



Wann darf man **Atteste** bei Kassenpatienten privat liquidieren?

Nach Paragraph 36 des Bundesmantelvertrags (BMV-Ä) müssen Vertragsärzte die zur Durchführung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlichen schriftlichen Informationen (Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten) auf Verlangen an die Kasse übermitteln. In allen Fällen sind hierzu Vordrucke vereinbart. Solche vereinbarten Vordrucke, kurze Bescheinigungen und Auskünfte muss man ohne besonderes Honorar gegen Erstattung von Auslagen ausstellen. Es sei denn, man hat mit der Kasse ausdrücklich eine andere Vergütungsregelung vereinbart. Vordrucke der Kassen müssen deshalb darauf hinweisen, ob die Abgabe der Information gesondert vergütet wird oder nicht. Gutachten und Bescheinigungen mit gutachtlichen Fragen, für die keine Vordrucke vereinbart wurden, müssen nach den Leistungspositionen des Abschnitts II 1.6 EBM vergütet werden.

Auch wenn kein vereinbarter Vordruck verwendet wird, muss die Kasse angeben, aufgrund welcher Bestimmungen (SGB, andere Rechtsvorschriften) die Übermittlung der Information zulässig ist sowie ob und wie man diese berechnen kann. Helfen Kassen ihren Versicherten, Schadenersatzansprüche zu verfolgen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind, dürfen Vertragsärzte die dazu erforderlichen Auskünfte erteilen, wenn der Versicherte sie von der Schweigepflicht entbindet.



Ärztliche Berichte nach Nr. 01600 EBM (4,16 Euro) und Arztbriefe nach Nr. 01601 EBM (7,88 Euro) darf man auch abrechnen, wenn man sie per E-Mail erstellt und verschickt. Dafür kann man einmal die 40120 EBM ansetzen (0,55 Euro), die auch für das Senden per Post oder Fax gilt. Die 01600 EBM darf man im Behandlungsfall (Quartal) aber nicht neben der Versichertenpauschale nach Nr. 03000 EBM berechnen.

Bei Auftragsleistungen (Aufträge zur Durchführung von nach Art und Umfang konkret definierten Leistungen) darf man die unkommentierte Mitteilung eines Befunds nicht gesondert abrechnen. Dies gilt auch für die Anforderung von Befundmitteilungen und Krankenblättern durch einen ambulant behandelnden Vertragsarzt sowie deren Rücksendung.

Briefe, Faxe und E-Mails an Patienten sind nur als Privatliquidation nach GOÄ möglich: Infrage kommen die Nrn. 70 (Bescheinigung, 2,33 Euro), 75 (Brief, 7,58 Euro) oder 80 (Gutachten, 17,49 Euro) je plus entstandener Porto-/Kopierkosten.



Geriatrisches Basisassessment bei Dementen: ICD-Code ist wichtig

Das hausärztlich-geriatrische Basisassessment können (nur) Hausärzte nach Nr. 03360 EBM (13 Euro) einmal im Behandlungsfall (Quartal) und zweimal im Krankheitsfall (Zeitraum vier Quartale) berechnen. Dies setzt voraus, dass der Patient das 70. Lebensjahr vollendet und einen Pflegegrad hat.



Liegt kein Pflegegrad vor, ist die Berechnung auch möglich, wenn neben dem Alter eines der folgenden Kriterien erfüllt ist: multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschl. Fallneigung und Altersschwindel, komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art, Frailty-Syndrom, Dysphagie, Inkontinenz(en) oder

DIE NR. 03360 EBM KANN AUCH BEI PATIENTEN MIT EINER DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN (OHNE ALTERSBEGRENZUNG) BERECHNET WERDEN

- Dementielle Erkrankung (F00-F02)
- Alzheimer Erkrankung (G30)
- Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung (G20.1)
- Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung (G20.2)

therapierefraktäres Schmerzsyndrom. Bei Patienten, die noch nicht 70 sind, kann man die 03360 abrechnen, wenn eine Demenz besteht. Dies ist aber nur erlaubt, wenn die genannten Formen einer Demenz (s. Kasten) vorliegen. Es kommt auf den korrekten ICD-10 Code an.