

VON HAUSARZT ZU HAUSARZT



Dr. Gerd W. Zimmermann

Facharzt für
Allgemeinmedizin
Kapellenstraße 9,
D-65719 Hofheim

Rotavirus- Impfung ist jetzt Kassenleistung

— Die Impfung gegen das Rotavirus ist seit 20. Dezember 2013 eine Kassenleistung und kann als solche erbracht und abgerechnet werden. Die Änderung der Schutzimpfungsrichtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sieht nun vor, dass zur Grundimmunisierung Impfungen im Alter von zwei und drei (sowie gegebenenfalls im Alter von vier) Monaten durchgeführt werden sollen. Die erste Impfung sollte möglichst frühzeitig erfolgen und ist bereits ab dem Alter von sechs Wochen möglich. Je nach verwendetem Impfstoff sind zwei beziehungsweise drei Dosen erforderlich. Der Mindestabstand zwischen den Impfdosen sollte vier Wochen betragen. Die Impfserie sollte je nach Impfstoff möglichst bis zum Alter von 16 bzw. 20 bis 22 Wochen abgeschlossen sein, spätestens aber bis zum Alter von 24 bzw. 32 Wochen.

MMW-Kommentar

Abgerechnet wird diese Impfung mit den Sonderziffern 89127A für die ersten Dosen des Impfzyklus respektive 89127B für die letzte Dosis. Im Regelfall ist der Impfstoff über den Sprechstundenbedarf zu verordnen. Das Honorar für diese Impfung wird regional vereinbart und kann deshalb unterschiedlich ausfallen.

Nicht alle EBM-Leistungen zählen bei der Plausibilitätsprüfung

— Wegen der Plausibilitätsprüfung nach Zeitprofilen sollte man durchaus überlegen, ob man immer alle Leistungen erbringen sollte, die vom Zeitaufwand her auch erbracht werden könnten. Die Prüfung auf Plausibilität ist keine Erfindung von KVen und Krankenkassen, sondern von der Politik im SGB V in den §§ 106 und 106a geregelt. In den Richtlinien zur Plausibilitätsprüfung steht in § 7, dass regelmäßig, ergänzend, stichprobenmäßig und anlassbezogen geprüft werden kann. Unterschieden wird dabei zwischen Tages- und Quartalszeitprofilen. Konkret bedeutet das, dass die im Anhang 3 des EBM aufgeführten Prüfzeiten beachtet werden müssen – auch wenn sie manchmal völlig unrealistisch sind.

MMW-Kommentar

Wenn die Addition aller Prüfzeiten an drei Tagen eine Arbeitsdauer über zwölf Stunden pro Tag ergibt oder im Quartal eine Zeit von über 780 Stunden erreicht wird, bedeutet das noch keinen automatischen Regress, sondern es erfolgt zunächst eine genauere Überprüfung. Dabei ist zu beachten, dass nicht alle EBM-Leistungen eine solche Zeitvorgabe haben. Ausgeschlossen von der Zeiterfassung sind alle Leistungen im organisierten Notdienst (Bereitschaftsdienst) sowie die Leistungen nach den Nrn. 01100, 01101, 01102 und 03030, die bei der Inanspruchnahme zur Unzeit abgerechnet werden. Die Entscheidung, ob das Honorar gekürzt wird oder nicht, wird übrigens im Gegensatz zu den Arzneimittel- oder Heilmittelregressen von der KV getroffen.

Auch ohne Patientenkontakt sind Besuche berechnungsfähig

— Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben sich in einer Sitzung am 2. Dezember 2013 auf eine Reihe von Auslegungen bei einzelnen EBM-Leistungen geeinigt. So wurde klar gestellt, dass ein Vertragsarzt unter Angabe der Gründe die Nrn. 01411 oder 01412 in voller Höhe berechnen kann, wenn er in dringenden Fällen gerufen wurde, den Patienten aber nicht mehr antrifft. Das kann zum Beispiel nach einem Verkehrsunfall passieren, wenn der Verletzte bereits in ein Krankenhaus abtransportiert wurde.

MMW-Kommentar

Diese Regelung gilt zwar bereits seit dem 1. Januar 2008, wurde so aber nur im Ersatzkassenvertrag dargestellt. Nach der Zusammenführung von Ersatzkassenvertrages und Bundesmantelvertrag zum 1. Oktober 2013 gilt diese Regelung nun aber ganz offiziell auch bei Kassen wie AOK, IKK, BKK und LKK. Selbstverständlich kann in einem solchen Fall aber auch die entsprechende Kilometerpauschale zusätzlich zum Ansatz gebracht werden. Obgleich in dem Interpretationsbeschluss nur die Nrn. 01411 und 01412 EBM erwähnt sind, kann diese Regelung in geeigneten Fällen auch auf den Ansatz der anderen Besuchsleistungen übertragen werden.