

Zur Notfall-Ausrüstung gehört der Taschenrechner



Dr. Gerd W. Zimmermann
 Facharzt für
 Allgemeinmedizin
 Kapellenstraße 9
 D-65719 Hofheim

— Bei Hausbesuchen kann neben der Besuchsleistung so ziemlich alles berechnet werden. Beim Ansatz der Versichertenpauschale und von Gesprächsleistungen kommt es aber auf die zeitlichen Umstände an. Ruft z. B. ein Patient am Sonntagvormittag gegen 10 Uhr seinen Hausarzt an, ohne dass dieser gerade für den KV-Bereitschaftsdienst eingeteilt ist, stellt sich die Abrechnung anders dar als zu üblichen Praxiszeiten. Handelt es sich um den ersten Kontakt im Quartal, kommt die (Notfall-)Versichertenpauschale nach Nr. 03 030 EBM

zusammen mit der Nr. 01 100 für die telefonische Beratung zum Ansatz. Das ergibt ein Honorar von 29,54 Euro. Wird später doch noch ein Hausbesuch notwendig, kann dieser nach Nr. 01 411 zusätzlich Wegegeld berechnet werden.

MMW-KOMMENTAR

Die telefonische Beratung und der Besuch werden aus medizinischen Gründen zeitlich getrennt durchgeführt. Daher kommt der Ausschluss der Nebeneinanderberechnung der Nrn. 01 100 und 01 411 nicht zum Tragen, wenn jeweils die Uhrzeit angegeben wird.

Kommt es bei dem Patienten in der Folge zu einem weiteren Kontakt im Quartal, kann die „echte“ Versichertenpauschale berechnet werden, z. B. die Nr. 03 003. Sie ersetzt dann die Nr. 03 030, auch wenn sie mit 12,30 Euro nur unwesentlich höher bewertet ist. Bei der Entscheidung, welche der beiden Versichertenpauschalen man berechnet, sollte man deshalb berücksichtigen, dass die Notfallpauschale nach Nr. 03 030 – ebenso wie die Leistungen nach den Nrn. 01 100 und 01 411 – keine Zeitvorgaben haben und deshalb bei einer Plausibilitätsprüfung keine Belastung darstellen.



Tab. 1 **EBM-Beispiel: Notfallbehandlung ohne weiteren Kontakt im Quartal**

| EBM | Leistungsbeschreibung | Euro |
|-----------------|---|---------|
| 03 030 | Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme zwischen 19 und 7 Uhr oder an freien Tagen*, persönlicher Kontakt | 8,33 |
| 01 100 (10 Uhr) | Unvorhergesehene Inanspruchnahme zwischen 19 und 22 Uhr oder an freien Tagen* zwischen 7 und 19 Uhr | 21,21 |
| 01 411 (15 Uhr) | Dringender Besuch, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt zwischen 19 und 22 Uhr oder an freien Tagen* zwischen 7 und 19 Uhr | 50,76** |

* freie Tage sind Samstag, Sonntag, gesetzlicher Feiertag, 24. und 31. Dezember ** zuzüglich Wegegeld

Mehr Bürokratie beim AU-Schein

— Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 22. November 2019 die Regelungen zur Arbeitsunfähigkeit (AU) angepasst. Vertragsärzte sind künftig verpflichtet, spätestens ab einer Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen regelmäßig ärztlich festzustellen, ob eine stufenweise Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit in Betracht kommt. Die AU-Richtlinie enthielt zwar auch bisher schon vergleichbare Regelungen, aber

mit dem im Mai 2019 in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde die ärztliche Feststellung nun verbindlich vorgegeben.

Von dieser regelmäßigen Prüfung kann lediglich abgesehen werden, wenn gesundheitliche Bedenken gegen eine Wiedereingliederungsmaßnahme sprechen. Gleiches gilt, wenn der Patient selbst die stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit ablehnt.

MMW-KOMMENTAR

Da es nun diese verbindliche Vorgabe gibt, ist in jedem Fall eine ärztliche Dokumentation in der Patientenakte empfehlenswert – besonders in Fällen, in denen keine stufenweise Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit erfolgt, da man dies bei Rückfragen der Kasse ggf. begründen muss. Wird der Beschluss vom Bundesgesundheitsministerium nicht beanstandet, tritt er mit Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.