

Mal zum Ansatz zu bringen. Der dabei eingesparte Zeitaufwand kann dann anderen zuwendungsintensiven Leistungen zugute kommen.

Deutlich aufgewertet, nämlich um 39 Punkte (4,28 Euro), wurde das Hautkrebscreening nach der Nr. 01 745 bzw. nach der Nr. 01 746

für Fälle, in denen es gemeinsam mit der Gesundheitsuntersuchung nach Nr. 01 732 erbracht wird. Es gibt allerdings eine neue Steuerung der Organisation. Bisher war es vom Arbeitsablauf her sinnvoll, das Hautkrebscreening zusammen mit dem Check-up anzubieten. Seit dem 1. Oktober 2019 ist

aber das Zeitintervall für die Durchführung des Check-up von 2 auf 3 Jahre angehoben worden. Das Intervall für das Hautkrebscreening ist aber bei 2 Jahren geblieben, so dass es sich aus rein betriebswirtschaftlicher Sicht empfiehlt, die Leistungen künftig getrennt voneinander anzubieten. ■

## EBM: Behandlung nach ambulanter Op.

— Der Abschnitt IV.31 des EBM enthält Leistungen aus dem Bereich ambulante Operationen. Neben den originären ambulanten Operationen (Abschnitt 31.1) sind hier auch die Untersu-

chungsleistungen zur Beurteilung der Narkose- bzw. Operationsfähigkeit aufgeführt (Abschnitt 31.1). Diese Nrn. sind explizit für Haus- und Kinderärzte reserviert. Nach der Operation steht für Hausärzte die Nr. 31 600 für die postoperative Versorgung zur Verfügung.

Da diese Leistungen extrabudgetär vergütet werden, sind sie im hausärztlichen Versorgungsbereich eine umsatztechnisch interessante Komponente

### MMW-KOMMENTAR

Zum Ansatz kommt die Nr. 31 600, wenn eine Überweisung des Operateurs als „Zielauftrag“ unter Angabe des OPS-Codes der ambulanten Operation und des Datums des operativen Eingriffs vorliegt. Die Nr. ist eine Pauschale und umfasst die Versorgung in einem Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer ambulanten Operation des Abschnitts 31.2. Sie beinhaltet Befundkontrollen

und -besprechungen, Verbandwechsel, Anlagen, Wechsel und Änderungen eines immobilisierenden Verbands, Drainagewechsel und -entfernungen sowie die Einleitung und Kontrolle der medikamentösen Therapie. Bewertet ist sie mit 17,14 Euro.

Andere Leistungen, die in diesem „Katalog“ nicht enthalten sind – z. B. das Entfernen von Fäden – können gesondert berechnet werden, in diesem Fall durch den Ansatz der Versichertenpauschale. Grundsätzlich besteht ein Ausschluss neben den EBM-Ziffern 02 300–02 302, 02 310, 02 340, 02 341, 02 350 und 02 360. Nicht ausgeschlossen ist somit der Ansatz anderer Leistungen, z. B. der Behandlung chronisch venöser Ulcera cruris nach Nr. 02 312 oder der Kompressionstherapie bei chronisch venöser Insuffizienz, postthrombotischem Syndrom, Beinvenenthrombose oder Lymphödem nach Nr. 02 313. Voraussetzung ist, dass diese Behandlung nicht mit der Op. zusammenhängt. ■



© Antonio Diaz / Getty Images / iStock

Jetzt ist sie in den besten Händen.

## Neue Überprüfungspflicht bei der AU

— Seit dem 3. Februar 2020 ist ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Arbeitsunfähigkeit rechtskräftig. Mit ihm wird geregelt, dass nach spätestens sechs Wochen regelmäßig ärztlich festgestellt werden muss, ob für den Patienten eine stufenweise Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit in Betracht kommt. Für den

Vertragsarzt bedeutet das grundsätzlich, dass er nun ab der Sechs-Wochen-Grenze mit jeder Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit feststellen muss, ob er eine Wiedereingliederung empfehlen kann.

### MMW-KOMMENTAR

Die neue Regelung muss allerdings nicht sofort umgesetzt werden. Zunächst hat der Be-

wertungsausschuss noch sechs Monate Zeit zu überprüfen, inwieweit der Beschluss des G-BA Auswirkungen auf den EBM hat. Mit anderen Worten: Es kann sein, dass noch über eine Vergütung im Zusammenhang mit der neuen Aufgabe gesprochen werden muss. Erst dann gelten die geänderten Vorgaben für die stufenweise Wiedereingliederung für alle Vertragsärzte verbindlich. ■