

▶ Prävention

Ärztliche Präventionsempfehlung – Formular kommt zum 01.07.2017

| Zum 01.07.2017 wird das seit längerem angekündigte Formular zur Empfehlung von Präventionsleistungen eingeführt (Details in AAA 05/2017, Seite 1). Mit diesem neuen Vordruck – Muster 36 – können Ärzte einem Patienten eine Maßnahme zur Primärprävention von Krankheiten in Form einer ärztlichen Bescheinigung in den Bereichen Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement, Suchtmittelkonsum oder sonstigen Bereichen empfehlen. |

Auf dem Formular können zusätzlich Hinweise für den Patienten oder die Krankenkasse, nähere Angaben zu empfohlenen Maßnahmen sowie bestehende Kontraindikationen für bestimmte Maßnahmen aufgeführt werden. Der Patient kann mit der Präventionsempfehlung einen geeigneten Kurs bei seiner Krankenkasse beantragen. Ein Anspruch besteht dadurch zwar nicht, die Krankenkasse soll die ärztliche Präventionsempfehlung bei ihrer Entscheidung jedoch berücksichtigen. Unklar ist noch, ob für das Ausfüllen des neuen Muster 36 eine Vergütung gezahlt wird oder mit der Vergütung für die eigentliche Präventionsleistung (Gesundheitsuntersuchung, Kinderfrüherkennungsuntersuchung) abgegolten ist.

▶ Verordnung

G-BA: Beschlüsse zur Schutzimpfungs-Richtlinie in Kraft getreten

| Die Beschlüsse des G-BA zur Umsetzung der STIKO-Empfehlungen August 2016 (vom 01.12.2016), der STIKO-Stellungnahme zur Anwendung von Influenza-Lebendimpfstoffen bei Kindern (vom 15.12.2016) und der Änderungsbeschluss zu diesen beiden Beschlüssen (vom 16.02.2017) wurden im Bundesanzeiger vom 18.05.2017 und 19.05.2017 veröffentlicht und sind damit endlich in Kraft getreten. Nähere Informationen hierzu finden Sie in AAA 10/2016, Seite 1 sowie AAA 11/2016, Seite 13 und AAA 01/2017, Seite 15. |

▶ Wie würden Sie abrechnen?

Die aktuelle Frage aus unserer Facebook-Community

| An dieser Stelle soll es um aktuelle Abrechnungsfragen aus unserer AAA-Facebookgruppe gehen (www.facebook.com/groups/abrechnungsforum). Ein Gruppenmitglied fragte, wie in der folgenden Konstellation via GOÄ abgerechnet werden sollte: 2-jähriges Kind, erster Arztkontakt, Arzt schaut in beide Ohren, Gespräch unter 10 Minuten mit der Mutter. |

Aus der Community kamen die folgenden Vorschläge (Zahlen = GOÄ-Nrn.): 1, 5, 1415 (2x), K 1 **oder** 4, 6, K1 **oder** 1, 4, 5, 1415 (2x), K1 **oder** 1, 4, K1, 6 bzw. 7 **oder** 1, 4, K1, 5 **oder** 1, 7, K1 **oder** 5, 1415 (2x), K1 **oder** 1, 5, 1415 (2x), K1 **oder** 1, 5, K1, 4 und zuletzt: „Wenn es länger gedauert hat, die 6 anstatt der 5“. Neun Praxen und neun verschiedene Abrechnungsvarianten! Und alle sind aufgrund der geschilderten Umstände falsch. Nur ein Mitglied der Community hat die



ARCHIV
Ausgabe 5 | 2017
Seite 1



ARCHIV
aaa.iww.de



IHR PLUS IM NETZ
AAA-Facebookgruppe

Allgemeine Beratung
rechtfertigt nicht den
Ansatz der Nr. 4 GOÄ

korrekte Abrechnung genannt, nämlich eine Beratung, eine symptombezogene Untersuchung (Nrn. 1 und 5 GOÄ) und obendrauf der Kinderzuschlag (K1). Und was ist mit den anderen Ziffern?

- Nr. 1415 GOÄ setzt die Anwendung eines Binokularmikroskops voraus.
- Nr. 4 sollte nur bei nachhaltigem Beratungsbedarf und differenzierter Anamneseerhebung zum Ansatz kommen. Eine Unterweisung der Bezugsperson i.S. der Nr. 4 GOÄ ist z. B. erforderlich bei chronisch Kranken, pflegebedürftigen Patienten oder solchen, die einer speziellen Therapie bedürfen. Auch akute oder lebensbedrohliche Symptome erfordern eine Unterweisung bzw. Führung der Bezugsperson oder eine umfangreiche Erläuterung von Therapie und Pflegemaßnahmen (z. B. Erläuterung von Wadenwickeln bei Kindern, Anweisung über Medikamentengabe, Besprechung von Diätanordnungen, Pflegeanweisungen etc.).
- Die Nrn. 6 bzw. 7 GOÄ setzen eine vollständige Untersuchung eines Organ-systems voraus und scheiden im vorliegenden Fall völlig aus. Für den HNO Bereich sind bei Nr. 6 folgende Untersuchungen gefordert und nach der obigen Beschreibung nicht komplett erbracht worden: Inspektion der Nase, des Naseninnern, des Rachens, beider Ohren, beider äußerer Gehörgänge und beider Trommelfelle, Spiegelung des Kehlkopfs. Und Nr. 7 GOÄ kommt zum Ansatz bei vollständiger Untersuchung des gesamten Hautorgans, aller Brustorgane, aller Bauchorgane und des gesamten weiblichen Genitaltrakts – die Ohren gehören zu keinem dieser Organsysteme.

► Leserforum

Angaben auf dem Praxisschild

FRAGE: Kürzlich erhielten wir von der Ärztekammer ein Schreiben, mit dem uns mitgeteilt wurde, unser Praxisschild beinhalte unzulässige Angaben zu den Sprechstundenzeiten. Konkret wurde die Angabe von Privatsprechstunden (die wir auch zur Durchführung von IGeL nutzen) zu festgelegten Zeiten an bestimmten Wochentagen moniert. Sind derartige Angaben nicht erlaubt? |

ANTWORT: Gemäß § 20 Bundesmantelvertrag (BMV) sind feste Uhrzeiten für die Sprechstunden für GKV-Versicherte – mindestens 20 Stunden wöchentlich – auf dem Praxisschild anzugeben. Zusätzlich können Sprechstunden für Vorsorgeuntersuchungen und der Zusatz „Nach Vereinbarung“ angegeben werden. Weitere Zusätze, etwa wie „Mittwoch 13:00 bis 16:00 Uhr Privatsprechstunde“ sind nicht statthaft. Zwar vertreten Juristen dazu teilweise eine abweichende Auslegung, so z. B. veröffentlicht im offiziellen Mitteilungsblatt der KV Berlin, Ausgabe 11/2013, Seite 23. Demnach regelt der BMV lediglich die Belange der Kassensprechstunden. Werden diese erfüllt – also mindestens 20 Stunden Sprechzeit wöchentlich – steht es dem Arzt frei, für andere Bereiche zusätzliche Sprechzeiten anzukündigen. Zu empfehlen ist es aber eher, eine Auseinandersetzung mit der Kammer oder der KV zu vermeiden und es bei dem Zusatz „Nach Vereinbarung“ zu belassen. Mit Privat- und IGeL-Patienten können Sie Termine außerhalb der regulären Sprechzeiten „Nach Vereinbarung“ arrangieren, verbunden mit dem Hinweis, dass dann längere Wartezeiten nicht zu erwarten sind.

Rechtslage nicht
eindeutig – Streit mit
der KV vermeiden