

▶ G-BA

Heilmittelverordnungen sollen einfacher werden

| Die Verordnung von Heilmitteln soll ab dem 01.10.2020 vereinfacht werden. Der G-BA hat am 19.09.2019 Änderungen beschlossen, die u. a. zu weniger Rückfragen zwischen Ärzten und Heilmittel-Praxen führen sollen. |

So wird die Unterscheidung zwischen Verordnungen innerhalb oder außerhalb des Regelfalls abgeschafft und damit auch das Genehmigungsverfahren bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls. Eingeführt wird eine orientierende Behandlungsmenge. Weiter soll es künftig nur noch ein Verordnungsformular für **alle** Heilmittel geben und der Heilmittel-Katalog soll vereinfacht werden.

▾ **WEITERFÜHRENDER HINWEIS**

- Übersicht über die Neuregelungen bei der KBV online unter www.de/s3029

▶ Leserforum

Abrechnung der Versichertenpauschale nach EBM-Nr. 03000 bei präventiven Leistungen

| **FRAGE:** Bei einer Prüfung unserer Abrechnung unter Einbeziehung der Dokumentation in den Behandlungsunterlagen, wurden in mehreren Fällen die Versichertenpauschalen nach der EBM-Nr. 03000 bei Patienten gestrichen, die in den betreffenden Quartalen nur zur Durchführung einer Vorsorgeuntersuchung in die Praxis gekommen sind. Begründung: Außer den Kodierungen für die jeweilige Vorsorgeuntersuchung, so z. B. Z00.0 für die Gesundheitsuntersuchung, seien zwar ICD-10-Codes für Erkrankungen angegeben. Aus den Dokumentationen sei aber nicht ersichtlich, dass entsprechend den angegebenen Diagnosen Untersuchungen oder Behandlungen erbracht worden seien. Sind die Streichungen der Versichertenpauschalen gerechtfertigt? |

ANTWORT: Werden in demselben Quartal bei demselben Patienten ausschließlich Vorsorgeleistungen erbracht mit Angabe eines Z-Codes, ist die Versichertenpauschale nach Nr. 03000 nicht berechnungsfähig. Gemäß Ihren Ausführungen haben Sie zwar zusätzlich zu den Z-Diagnosen weitere ICD-10-Codes für kurative Diagnosen angegeben. Jedoch wurde offensichtlich in den Behandlungsunterlagen nicht dokumentiert, ob überhaupt Leistungen im Zusammenhang mit den angegebenen Diagnosen erbracht wurden. Insofern ist die Streichung der Versichertenpauschalen in diesen Fällen als gerechtfertigt anzusehen.

PRAXISTIPP | Wenn Patienten Ihre Praxis im gesamten Quartal nur zur Durchführung von Vorsorgeleistungen aufsuchen, wird es sich mehr oder weniger regelmäßig ergeben, dass der Verdacht auf eine Erkrankung auszuschließen ist. Die dazu erforderlichen Untersuchungen sind zu dokumentieren. Der ICD-Code für die auszuschließende Erkrankung ist, wenn sich der Verdacht nicht bestätigt, mit dem Zusatz „V“ zu versehen. Dann ist auch die Versichertenpauschale nach Nr. 03000 zusätzlich berechnungsfähig.

Genehmigungsverfahren für Folgeverordnungen entfällt

Keine Versichertenpauschale, wenn keine Leistungen dokumentiert sind

Untersuchungen dokumentieren und ICD-Code angeben, ggf. mit Zusatz „V“