



# Dr. Zimmermann RECHNET ab

**Haben Sie Fragen zur Abrechnung oder Praxisführung? Mailen Sie der Redaktion: info@medizinundmedien.eu**

Sie erhalten zeitnah eine persönliche Antwort. Allgemein relevante Themen werden anonymisiert veröffentlicht.



**Dr. med. Gerd W. Zimmermann** ist seit 1979 als niedergelassener Allgemeinarzt in Hofheim/Taunus tätig und ebenso lange Mitglied im Deutschen Hausärzterverband. Er ist unser Gebührenordnungsexperte und schreibt regelmäßig für Sie.

## G-BA ändert **Krankentransport-Richtlinie**

**B**isher mussten die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) erst Krankfahrten zu ambulanten Behandlungen (etwa mit dem Taxi oder Mietwagen) genehmigen, damit diese von ihnen bezahlt wurden. Das hatte das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) zum 1. Januar 2019 geändert, nun hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auch die Krankentransport-Richtlinie angepasst. Auch hier heißt es jetzt: Für dauerhaft

mobilitätsbeeinträchtigte Patienten (Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5) gelten diese Genehmigungen – wie schon seit April 2019 gehandhabt – als automatisch erteilt.

**Aber Vorsicht:** Hausärzte können auch vergleichbar mobilitätsbeeinträchtigten Patienten, die keinen solchen Nachweis besitzen, aber über längere Zeit eine ambulante Behandlung brauchen (zum Beispiel bei einer Dialyse oder onkologischen Strahlentherapie), eine Krankenfahrt verordnen. Dem muss die Kasse aber weiterhin vorher zustimmen!

Ebenso müssen Kassen immer noch genehmigen, dass immobile Patienten einen Krankentransportwagen benötigen, etwa wenn während der Fahrt eine medizinische Betreuung erforderlich ist.

### Neues Formular ab Juli

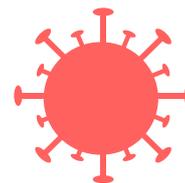
Seit letztem Jahr kam es zu Verwirrungen, weil die Fahrten für mobilitätsbeeinträchtigte Patienten mit entsprechendem Pflegegrad oder Merkzeichen auf dem Musterformular 4 bislang noch unter „genehmigungspflichtige Fahrten“ gelistet waren („Der Hausarzt“ 7/19). Das ändert sich ab 1. Juli: Zur besseren Orientierung werden Besonderheiten zum

### Diese Angaben muss die Verordnung des Krankentransports enthalten

In der Verordnung sind insbesondere anzugeben:

1. Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden (Paragraf 294a SGB V); Anhaltspunkte für:
  - Unfall, Unfallfolgen
  - Arbeitsunfall, Berufskrankheit
  - Versorgungsleiden
2. Angabe, ob es sich um eine Hinfahrt zur Behandlungsstätte oder Rückfahrt von der Behandlungsstätte handelt
3. Grund der Beförderung (Hauptleistung der Krankenkasse), weshalb der Transport als Nebenleistung erbracht wird
4. Behandlungstag oder Behandlungsfrequenz und nächste erreichbare, geeignete Behandlungsstätte
5. das medizinisch notwendige Transportmittel (Art der Beförderung)

**Quelle:** Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) mit Wirkung zum 5. März 2020



Genehmigungserfordernis nun einheitlich der betreffenden Beförderungsart zugeordnet. Die Fahrten zu ambulanten Behandlungen finden sich dann unter „genehmigungsfreie Fahrten“ auf Muster 4. Die alten Vordrucke dürfen Hausärzte dann nicht mehr nutzen; neue sollten daher rechtzeitig bestellt werden.

Der G-BA schreibt in der Richtlinie auch vor, was die Verordnung enthalten muss (s. Tab.). Besser strukturiert hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung das Formular: Jetzt ist klar zu sehen, was die Kasse zunächst genehmigen muss und was nicht.

Darüber hinaus können Hausärzte auf die Angabe des Behandlungstags verzichten, wenn dieser Tag noch nicht feststeht und es sich um eine „genehmigungsfreie Fahrt“ handelt.

Deutlicher ist jetzt, dass Ärzte bei jeder Beförderungsart „Rollstuhl“, „Tragestuhl“ oder „liegend“ angeben können. In der Begründung kann zudem „Gewicht bei Schwergewichtstransport“ eingetragen werden.

### Kliniken können auch verordnen

Darüber hinaus hat der G-BA beschlossen, dass auch Krankenhausärzte mit der Entlassung von Patienten Krankentransporte und -fahrten verschreiben dürfen, wenn diese nötig sind. ●

### → LINK-TIPP

Was muss genehmigt werden, was nicht? Die Praxisinfo der KBV finden Sie unter [www.hausarzt.link/oy8NM](http://www.hausarzt.link/oy8NM)

## Leistungen rund um **Coronavirus** sind extrabudgetär – aber reicht das?

**A**lle ärztlichen Leistungen, die seit dem 1. Februar aufgrund des **klinischen Verdachts** auf eine Infektion **oder einer nachgewiesenen Infektion** mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 nötig werden, gelten ohne weitere Feststellung als nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2020. Das hat der Bewertungsausschuss (BA) am 28. Februar beschlossen. Hausärzte sollen diese Fälle mit der Ziffer 88240 (sowie bei Laborleistungen zusätzlich mit der 32006) kennzeichnen. Diese vergüten die Kassen extrabudgetär. Das gilt auch für Patienten, die die Terminservicestelle vermittelt hat: Hier ist statt der TSS-Ziffern die 88240 anzugeben. Eine Bereinigung wie bei der TSVG-Entbudgetierung erfolgt bei den „Corona-Fällen“ nicht.

**WICHTIG:** Auf den ersten Blick scheint das eine gute Lösung zu sein. Man darf aber nicht vergessen, dass die meisten hausärztlichen Leistungen über Pauschalen abgedeckt sind und – zumindest bei bekannten Patienten – immer anfallen und meist nach den Euro-Beträgen der Gebührenordnung bezahlt werden. Wichtig wäre auch, dass die Kassen eine solche extrabudgetäre Vergütung außerhalb des Ziffernkranzes bei HZV-Patienten vergüten. Die Behandlung eines Corona-Infizierten dürfte bei Hausärzten zwar eher selten sein, zumal er schnell in Quarantäne ist. Sehr viel häufiger werden jedoch Patienten betreut, die lediglich fürchten, sich angesteckt zu haben. Hier muss in der Dokumentation deutlich werden, dass (zunächst) ein klinischer Verdacht bestand.

### Fallbeispiel: 55-jähriger Patient, bei dem wegen Verdacht auf eine Infektion mit dem Coronavirus ein Labortest veranlasst wird.

Diese Leistungen müssten seit 1. Februar extrabudgetär vergütet werden, wenn sie mit der Pseudonummer 88240 gekennzeichnet werden. Sicherheitshalber sollte man zur eindeutigen Zuordnung jede einzelne Leistung so kennzeichnen, damit die extrabudgetäre Vergütung gewährleistet ist.

EBM	Legende	Euro*	Bemerkungen
03040	Hausärztliche Grundpauschale	15,16	beide Leistungen ab 1. April 2020 abgewertet
03004	Versichertenpauschale	16,26	
32006	Ausnahmeziffer Laborbonus		wegen Verdacht auf meldepflichtige Erkrankung
88240	Kennzeichnung COVID-19-Fall		
03230	Gesprächsleistung mindestens 10 Minuten	14,06	Budget ab 1. April 2020 bei 64 Punkten/Fall
01102	Inanspruchnahme am Samstag	11,10	ab 1. April 2020 zwischen 7:00 und 19:00 Uhr
01450	Zuschlag zur Versichertenpauschale bei Videosprechstunde	4,39	Budget/Höchstwerte wurden für das zweite Quartal 2020 ausgesetzt
01451	Anschubförderung Videosprechstunde	10,11	Budget/Höchstwerte wurden für das zweite Quartal 2020 ausgesetzt

\*angegeben sind jeweils die Bewertungen ab dem 1. April 2020