

Abrechnung

Hinweise für die Abrechnung

Aufnahme der GNR 01735 in den EBM 2008

Umsetzung der Beratungsleistungen gemäß § 4 der Chroniker-Richtlinie

SGB V – § 62 – Belastungsgrenze

(1) Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Die Belastungsgrenze beträgt zwei vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Abweichend von Satz 2 beträgt die Belastungsgrenze 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

1. für nach dem 1. April 1972 geborene chronisch kranke Versicherte, die ab dem 1. Januar 2008 die in § 25 Abs. 1 genannten Gesundheitsuntersuchungen vor der Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben,
2. für nach dem 1. April 1987 geborene weibliche und nach dem 1. April 1962 geborene männliche chronisch kranke Versicherte, die an einer Krebsart erkranken, für die eine Früherkennungsuntersuchung nach § 25 Abs. 2 besteht, und die diese Untersuchung ab dem 1. Januar 2008 vor ihrer Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben.

Für Versicherte nach Satz 3 Nr. 1 und 2, die an einem für ihre Erkrankung bestehenden strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, beträgt die Belastungsgrenze 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien bis zum 31. Juli 2007 fest, in welchen Fällen Gesundheitsuntersuchungen ausnahmsweise nicht zwingend durchgeführt werden müssen. Die weitere Dauer der in Satz 2 genannten Behandlung ist der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit erforderlich, zu prüfen. Die jährliche Bescheinigung darf nur ausgestellt werden, wenn der Arzt ein therapiegerechtes Verhalten des Versicherten, beispielsweise durch Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f, feststellt; dies gilt nicht für Versicherte, denen das Erfüllen der Voraussetzungen nach Satz 7 nicht zumutbar ist, insbesondere wegen des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit der Pflegestufen II und III nach dem Elften Buch oder bei einem Grad der Behinderung von mindestens 60. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten zu Beginn eines Kalenderjahres auf die für sie in diesem Kalenderjahr maßgeblichen Untersuchungen nach § 25 Abs. 1 und 2 hinzuweisen. Das Nähere zur Definition einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92.

In seiner 145. Sitzung hat der Bewertungsausschuss mit Wirkung zum **01. Januar 2008 unter anderem die Aufnahme der Gebührenordnungsposition 01735** beschlossen.

01735

Beratung gemäß § 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“) zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 01. April 1987 geborene Frauen

..... **230 Punkte**

Obligater Leistungsinhalt

- Beratung gemäß § 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62

SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“) über die Teilnahme und Motivation zur Teilnahme am Programm zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau gemäß Abschnitt B 1 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

- Information über Inhalt, Ziel und Zweck des Programms, Häufigkeit und Krankheitsbild, Effektivität und Wirksamkeit der Früherkennungsmaßnahme,
- Information über Nachteile, Risiken und Vorgehensweise bei einem positivem Befund
- Ausgabe des krankheitsbezogenen Merkblattes des Gemeinsamen Bundesausschusses
- Ausstellung der Bescheinigung

Die Gebührenordnungsposition 01735 kann gemäß Richtlinie nur von Ärzten berechnet werden, die berechtigt sind

die entsprechenden Untersuchungen durchzuführen.

Die Gebührenordnungsposition 01735 kann gemäß Richtlinie nur einmalig im Zeitraum von 2 Jahren nach Erreichen der Anspruchsberechtigung berechnet werden.

Bis zur Vereinbarung des Dokumentationsvordrucks für die Dokumentation gem. § 4 der Chroniker-Richtlinie kann die Bescheinigung auf Muster 16 erfolgen.

Die Gebührenordnungsposition 01735 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01620 und 01621 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01735 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01730 berechnungsfähig (auf Bundesebene noch nicht abschließend entschieden).

Der genannte Beschluss befindet sich noch im Unterschriftenverfahren und wird im Deutschen Ärzteblatt in einer der nächsten Ausgaben veröffentlicht.

Im Zusammenhang mit der Aufnahme dieser Gebührenordnungsposition möchten wir Ihnen folgende Erläuterungen geben.

Die Leistung ist abgeleitet aus § 62 SGB V, welcher die Regelungen zu Belastungsgrenzen beschreibt. Gemäß § 62 SGB V Abs. 1 haben Versicherte im Kalenderjahr nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten. Dabei beträgt die Belastungsgrenze zwei vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Weiterhin regelt dieser Paragraph für nach dem 1. April 1987 geborene weibliche und nach dem 1. April 1962 geborene männliche chronisch kranke Versicherte die Pflicht zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen, um diesen verminderten Satz, bezogen auf die Belastungsgrenze zu erreichen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in Richtlinien festzulegen, in welchen Fällen Früherkennungsuntersuchungen ausnahmsweise nicht zwingend durchgeführt werden müssen.

Dies ist in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“) erfolgt. Danach besteht für oben genannte Versicherte eine Pflicht zur Teilnahme zunächst nur bezogen auf die Untersuchungen zur Früherkennung des Brustkrebses (Mammographie-Screening),

des Darmkrebses (Schnelltest auf occultes Blut oder Früherkennungskoloskopie) und des Zervix-Karzinoms.

Gemäß § 4 Abs. 1 der Chroniker-Richtlinie gilt die Untersuchung auch dann als regelmäßig in Anspruch genommen, wenn die nach dem 1. April 1987 geborenen weiblichen und nach dem 1. April 1962 geborenen männlichen Versicherten in einem Präventionspass jeweils eine auf die oben genannten Früherkennungsuntersuchungen bezogene und auf die Merkblätter des Gemeinsamen Bundesausschusses gestützte Beratung über Chancen und Risiken der jeweiligen Untersuchungen nachweisen. Die Beratung ist von einem Arzt zu erbringen, der berechtigt ist, die entsprechende Untersuchung durchzuführen und hat zeitnah nach Erreichen des Anspruchalters, längstens jedoch in einem Zeitraum von 2 Jahren nach Beginn der jeweiligen Anspruchsberechtigung zu erfolgen.

Unter Beachtung dieser Kriterien ist diese Beratungsleistung **zunächst nur** im Zusammenhang mit dem Programm zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau gemäß Abschnitt B1 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien (**Zervix-Karzinom**) **für nach dem 1. April 1987 geborene weibliche Versicherte relevant. Bezogen auf das Anspruchsalter besteht hier eine Beratungspflicht ab 1. April 2007.**

Für die anderen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (Brustkrebs- und Darmkrebsfrüherkennung) besteht, unter Berücksichtigung der in § 4 Absatz 1 der Chroniker-Richtlinie genannten Altersgrenzen und dem Anspruchsalter (für Mammographie-Screening und Darm-

krebsfrüherkennung ab 50 Jahren), zum derzeitigen Zeitpunkt keine Beratungspflicht. Diese Beratungen kommen frühestens ab 1. April 2012 (Darmkrebsfrüherkennung Mann) bzw. 1. April 2037 (Darmkrebsfrüherkennung Frau, Mammographie-Screening) in Frage. **Aus diesem Grund gilt die Gebührenordnungsposition 01735 zunächst nur für die Beratung im Zusammenhang mit der Krebsfrüherkennungsuntersuchung des Zervix-Karzinoms für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen.**

Die Nachweisführung erfolgt über den Präventionspass durch den Versicherten gegenüber der Krankenkasse und ist vom die Beratung durchführenden Arzt dort zu dokumentieren. Bis zur Vereinbarung des Dokumentationsvordruckes für die Dokumentation gemäß § 4 der Chroniker-Richtlinie (Präventionspass) soll die Bescheinigung auf dem Muster 16 (Rezept) erfolgen. Dabei wird von der KBV der folgende Text empfohlen: „Die oben genannte Versicherte hat an der Beratung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender chronischer Erkrankungen im Sinne des § 62 SGB V über die Chancen und Risiken des Gebärmutterhals-Krebses teilgenommen“. Diese Bescheinigung ist mit dem Vertragsarztstempel und der Unterschrift zu versehen.

Sofern Sie von Krankenkassen anders lautende Mitteilungen in Bezug auf diese Beratungsleistung erhalten, bitten wir Sie das an die KV Sachsen weiterzuleiten.

– Abrechnung/eng –

Krankenversichertenkarte für heilfürsorgeberechtigte Polizeivollzugsbeamte und heilfürsorgeberechtigte Feuerwehrbeamte des Landes Sachsen-Anhalt

Das Ministerium des Inneren des Landes Sachsen-Anhalt hat über die **Einführung einer Krankenversichertenkarte für heilfürsorgeberechtigte Polizeivollzugsbeamte und heilfürsorgeberechtigte Feuerwehrbeamte des Landes Sachsen-Anhalt ab dem 01. Januar 2008** informiert.

Die Heilfürsorgeberechtigten sind angehalten, die Chipkarte dem behandelnden Arzt vor der Inanspruchnahme der

ärztlichen Leistungen auszuhändigen und Ihre Identität auf Verlangen nachzuweisen. Sofern nach Art der Erkrankung eine Weiter- oder Mitbehandlung durch einen anderen Arzt erforderlich ist, hat der Heilfürsorgeberechtigte diesem einen Überweisungsschein des erstbehandelnden Arztes zu übergeben.

In dringenden Fällen kann ein Arzt auch ohne Krankenversichertenkarte oder Überweisungsschein in Anspruch ge-

nommen werden. Die Krankenversichertenkarte oder der Überweisungsschein ist dann unverzüglich nachzureichen.

– Abrechnung/eng –