

● Das Fussballfieber beginnt – So funktioniert das Auslandsabkommen!

Am 14.06.2024 startet die Fußball-Europameisterschaft in Deutschland. Unsere schöne Stadt Hamburg ist auch ein Austragungsort, der viele Gäste von nah und fern begrüßen darf. Deshalb ist es für Sie wichtig zu wissen, wie das Auslandsabkommen funktioniert. Die Abrechnungsmodalitäten im Rahmen der ärztlichen Behandlung von Patienten, die im Ausland krankenversichert sind, finden Sie auf der [Homepage der KVH](https://www.kvhh.net) (kvhh.net / Praxis / Praxis-Teams / Auslandsabkommen).

● Meningokokken-B-Impfempfehlung für Säuglinge und Kleinkinder rechtskräftig

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Meningokokken-B-Impfempfehlung für Säuglinge und Kleinkinder (s. Telegramm Nr. 8 vom 22.05.2024) ist seit dem 29.05.2024 rechtskräftig. Die KVH konnte jedoch mit den Krankenkassen bisher noch keine Einigung über die Vergütung erzielen. Deshalb darf dieser Impfstoff weiterhin nur auf Privatrezept verordnet werden; das Impfhonorar ist den Eltern privat in Rechnung zu stellen.

Im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens haben die Eltern allerdings gegenüber ihrer Krankenkasse einen Anspruch auf Rückerstattung. Wir werden Sie auf diesem Wege weiter auf dem Laufenden halten.

● Aktualisiertes Formular 21 zum 01.07.2024: Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

Zum 01.07.2024 wird ein neues Formular 21 für die ärztliche Bescheinigung eines erkrankten Kindes eingeführt. Alte Formulare sind dann ungültig. Die Anpassungen bringen einige Vereinfachungen mit sich und betreffen sowohl die ärztlichen Angaben als auch den Antrag der Betreuungsperson.

Ärztinnen und Ärzte müssen nicht mehr ankreuzen, dass die Art der Erkrankung die Betreuung notwendig macht. Dieses Feld wurde entfernt, da die Notwendigkeit der Betreuung aus der Bescheinigung hervorgeht. Bei Unfällen müssen Ärzte jedoch zwischen „Kita- oder Schulunfall/-folgen“ und „sonstiger Unfall, Unfallfolgen“ unterscheiden. Bei anerkannter gesundheitlicher Schädigung kreuzen sie das neue Feld „SER“ (Soziales Entschädigungsrecht) an.

Kinderkrankengeld kann auch für die Betreuung eines behinderten Kindes, das Hilfe benötigt, beantragt werden, auch wenn das Kind älter als zwölf Jahre ist. Dieser Anspruch war schon vorher vorhanden, wurde aber in den [Vordruckerläuterungen zum Formular 21](https://www.kbv.de/media/sp/Muster_21_Vordruckerlaeuterungen.pdf) (www.kbv.de/media/sp/Muster_21_Vordruckerlaeuterungen.pdf) nun deutlich vermerkt. Zudem wurde klargestellt, dass bei einer medizinisch notwendigen Mitaufnahme eines Elternteils während einer stationären Behandlung die stationäre Einrichtung die Bescheinigung ausstellt, nicht der Vertragsarzt.

Beim Antrag der Betreuungspersonen auf Kinderkrankengeld entfallen Angaben zum Entgeltfortzahlungsanspruch und zu früherem Kinderkrankengeldbezug, da diese Informationen nun durch den Arbeitgeber an die Krankenkasse gemeldet werden. Das Formular weist nun auch darauf hin, dass der Antrag bei der Krankenkasse der Betreuungsperson gestellt werden muss. Hier gab es in der Vergangenheit häufig Unklarheiten im Hinblick auf die zuständige Krankenkasse.

Das neue Formular trägt die Kennzeichnung „(7.2024)“ und ist im DIN-A5-Format verfügbar. Praxen sollten rechtzeitig neue Formulare beim Paul-Albrechts-Verlag bestellen. Bereits ausgestellte Bescheinigungen bleiben gültig, die Hersteller der Praxisverwaltungssysteme wurden entsprechend informiert.

● **Aktualisiertes Formular 12 zum 01.07.2024: Häusliche Krankenpflege jetzt mit Möglichkeit der Blankoverordnung**

Ab dem 01.07.2024 können Ärzte für die häusliche Krankenpflege eine „Blankoverordnung“ ausstellen, bei der sie die Entscheidung über Häufigkeit und Dauer bestimmter Maßnahmen, wie zum Beispiel Kompressionsbehandlungen, an Pflegefachkräfte übertragen. Hierfür wurde das Verordnungsformular 12 geändert, um den erweiterten Befugnissen der Pflegefachkräfte gerecht zu werden. Innerhalb eines ärztlich festgelegten Rahmens dürfen Pflegefachkräfte selbst über die Durchführung der Maßnahmen entscheiden, wie in § 37 Absatz 8 SGB V und der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie festgelegt.

Das neue Formular enthält spezielle Ankreuzfelder, die diese Übertragung ermöglichen. In der Mai-Ausgabe des KV-Journals hatten wir bereits die wichtigsten Änderungen sowie ein Ansichtsexemplar in einem Artikel zu den neuen Blankoverordnungen veröffentlicht.

Der Wechsel zum neuen Formular 12 erfolgt zum 01.07.2024, gekennzeichnet mit „(7.2024)“. Alte Formulare dürfen ab dem dritten Quartal nicht mehr verwendet werden, und Praxen sollten rechtzeitig neue Formulare beim [Paul-Albrechts-Verlag](http://kvhh.net) (kvhh.net / Praxis / Formulare/ PAV-Formulare) bestellen. Bereits ausgestellte Verordnungen bleiben gültig. Die Anbieter von Praxisverwaltungssystemen wurden informiert, sodass auch hier die neue Version ab Juli in der Software hinterlegt sein sollte.

● **Kassenwechsel bei laufender Psychotherapie: Urteil des Landessozialgerichts Schleswig-Hostein**

Insbesondere durch die Techniker Krankenkasse werden aktuell Berichtigungsanträge zu psychotherapeutischen Leistungen bei Kassenwechsel gestellt, wenn trotz Genehmigung einer Psychotherapie durch die bisherige Krankenkasse gegenüber der neuen Krankenkasse keine erneute Antragstellung erfolgte und insoweit auch keine Genehmigung durch die nunmehr zuständige Krankenkasse erteilt wurde. Die KV Hamburg muss das von der Krankenkasse nach § 106d Abs. 3 SGB V mitgeteilte Prüfungsergebnis umsetzen. Ein Entscheidungsspielraum steht ihr grundsätzlich nicht zu.

Um Berichtigungsanträge und sachlich-rechnerische Korrekturen zu vermeiden, müssen Praxen eine neue Genehmigung bei der nunmehr zuständigen Krankenkasse einholen, wenn eine Patientin oder ein Patient die Krankenkasse wechselt. Sollte einer Ihrer Patientinnen oder Patienten

die Krankenkasse gewechselt haben, kontaktieren Sie unbedingt vor Fortsetzung der Therapie die nunmehr zuständige Krankenkasse.

Nach einer rechtskräftigen Entscheidung des Landessozialgerichts Schleswig-Holstein vom 19. Juni 2023 (Az.: L 4 KA 26/20) wirkt die ursprünglich erteilte Genehmigung einer Krankenkasse nicht fort. Die klagende Psychotherapeutin habe es versäumt, auf die vorgelegte, neu ausgestellte Gesundheitskarte des Patienten zu reagieren. Die ohne Genehmigung der neuen Krankenkasse erfolgte weitere kinderpsychotherapeutische Behandlung war sachlich-rechnerisch zu korrigieren, so das Urteil.

Auch wenn die Rechtslage noch nicht endgültig höchstrichterlich geklärt ist, sollten Psychotherapeutinnen und -therapeuten bei Kassenwechsel die bewilligten Kontingente von der neuen Krankenkasse bewilligen lassen. Die Berichtigungsbescheide kommen meist Jahre später und ziehen sich dann durch alle Quartale der Behandlung, dadurch entstehen ggf. hohe Honorarrückforderungen.

● **Zur Erinnerung: Offene Sprechstunden sind für bestimmte Fachgruppen verpflichtend**

Ärztinnen und Ärzte bestimmter Fachgruppen müssen mindestens fünf Stunden pro Woche als offene Sprechstunden anbieten (bei vollem Versorgungsauftrag, sonst anteilig).

Folgende Gruppen sind von der Regelung betroffen: Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Nervenärzte, Neurologen, Neurochirurgen, Orthopäden (und Unfallchirurgen), Psychiater, Urologen.

Wie die offenen Sprechstunden auf die Arbeitswoche verteilt werden – jeden Tag eine Stunde, alle fünf Stunden an einem Tag oder anders –, ist den Ärzten freigestellt. In einer fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaft muss nicht jeder Arzt in der offenen Sprechstunde Patienten versorgen. Ein Arzt kann beispielsweise die gesamten offenen Sprechstunden aller BAG-Mitglieder übernehmen – bei drei Ärzten mit voller Zulassung wären das pro Woche 15 offene Sprechstunden. Entscheidend ist, dass die aus der Anzahl der Ärzte derselben Arztgruppe folgende Gesamtzahl an offenen Sprechstunden von der Praxis erfüllt wird.

Die Praxis muss die Zeiten ihrer offenen Sprechstunden veröffentlichen (z. B. via Anrufbeantworter oder Website) und der KV mitteilen.

Wie wird die offene Sprechstunde vergütet und abgerechnet?

Im Rahmen der offenen Sprechstunde werden alle Leistungen eines Arztgruppenfalls bis zur Erreichung eines Höchstwertes extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet. Damit die KV erkennt, dass der Patient in der offenen Sprechstunde behandelt wurde, kennzeichnen Praxen den Abrechnungsschein im PVS als „Offene Sprechstunde“.

Weitere Informationen auf der [Homepage der KVH](http://kvhh.net) (kvhh.net / Praxis / TSVG / FAQ)

Für Fragen zu allen KV-Themen – auch zu den in diesem Telegramm genannten:
Mitgliederservice der KV Hamburg: Telefon 22 802-802, Fax 22802-885
mitgliederservice@kvhh.de

Melden Sie sich jetzt für das mobilfähige eTelegramm an!

