



ZIMMERMANN
RECHNET AB



Dr. Gerd W. Zimmermann ist als Allgemeinarzt in Hofheim tätig und unser Gebührenordnungsexperte. Seit 20 Jahren hat sein Abrechnungs-Seminar auf der practica in Bad Orb Tradition. In dieser Ausgabe beantwortet er einige **Fragen von practica-Teilnehmern**.

Arzneiplan: Bürokratiemonster oder Bettvorleger?

Seit dem 1. Oktober 2016 müssen insbesondere Hausärzte auf Anfrage der Patienten einen genormten Medikationsplan erstellen. Dieser soll alle Medikamente enthalten, die der Patient einnimmt, wenn möglich auch Fremdmedikation (zum Beispiel fachärztliche Verordnungen) und/oder eine Selbstmedikation mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Verpflichtend ist dies, wenn ein Patient mindestens drei verschreibungspflichtige Medikamente über einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen einnehmen muss und er die Erstellung ausdrücklich wünscht!

Als Honorar setzt die Kassenärztlichen Vereinigung (KV) die Nr. 03222 EBM (Honorar 1,05 Euro) als Zuschlag zur Chronikerpauschale (Nr. 03220 EBM) einmal im Behandlungsfall (Quartal) zu. Dieses Honorar wird auch gezahlt, wenn kein Medikationsplan erstellt wird. Als Übergangslösung kann bis zum 31. März 2017 auch noch ein praxisindividueller Plan verwendet werden!

Kommt es nicht zum Ansatz der Nr. 03220 EBM, etwa weil die Voraussetzungen für die

Chronikerpauschale (noch) nicht erfüllt sind, können Hausärzte die Nr. 01630 EBM (4,11 Euro) berechnen. Beide Ziffern können nicht zugesetzt werden, wenn die Nr. 03362 EBM (Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex, 16,59 Euro) berechnet wird.



Bei der Abrechnung stellten sich practica-Teilnehmer zwei Fragen:

- Kann die Nr. 01630 EBM berechnet werden, wenn es sich um einen Vertretungsfall handelt, bei dem der Chronikerzuschlag nach Nr. 03220 EBM nicht berechnungsfähig ist?
- Zählen Selbstmedikationspräparate bei der Medikamentenzahl (Einnahme von mindestens drei Präparaten länger als 28 Tage) mit?

Die Nr. 01630 EBM ist ein Zuschlag zur altersgestaffelten Versichertenpauschale (Nr. 03000 EBM), die seit 1. April 2015 auch bei Vertretungsfällen berechnet werden kann. Wird bei einem solchen Patienten ein Medikationsplan erstellt und werden dort mindestens drei Präparate aufgeführt, die länger als 28 Tage eingenommen werden, ist der Ansatz der Nr. 01630 EBM möglich. Bei der Medikamentenzählung gelten Präparate, die nicht verschreibungspflichtig sind (etwa Selbstmedikation), allerdings nicht mit.

Wichtig: Der Ansatz der Nr. 03362 EBM bei Vertretungsfällen ist nicht ausgeschlossen und kann dort berechnet werden, wenn die Voraussetzungen gegeben sind: Diese sind

EBM	Leistungsbeschreibung	Euro
01630	Zuschlag zur Versichertenpauschale 03000/04000, wenn der Arzt einen Medikationsplan erstellt hat. 1 x pro Krankheitsfall (vier Quartale)	4,11
Patient muss mindestens 3 Arzneimittel mindestens 28 Tage lang einnehmen!		
03222	Zuschlag zur Chronikerpauschale für die Erstellung eines Medikationsplans und dessen Aktualisierung bei Patienten, die aufgrund einer lebensverändernden chronischen Erkrankung hausärztlich behandelt werden.	1,05
Setzt die KV automatisch bei der Abrechnung der Nr. 03220 EBM zu – nicht bei Abrechnung der Nr. 03362 EBM!		

Das ist die Honorierung für das Erstellen des Medikationsplanes. Bei der Frage, was wann berechnet werden kann, spielt auch die Abrechnungssituation eine Rolle!

- Vorliegen eines Assessments, das nicht älter als ein Jahr ist **sowie**
 - definierte Erkrankungen wie etwa Demenz und/oder mindestens Erreichen des 70. Lebensjahres und **zusätzlich**
 - Vorliegen einer Pflegestufe und/oder definierter gesundheitlicher Defizite.
- Da die Leistungen nach den Nummern 01630 und 03222 EBM extrabudgetär vergütet werden, während die geriatrischen Leistungen einem Budget unter-

liegen, kann sich die Frage stellen, welche der genannten Leistungen zur Abrechnung kommt und welche nicht. Dabei gilt es wieder zu beachten, dass

die Nr. 01630 EBM nur einmal im Krankheitsfall (einmal in vier Quartalen) berechnet werden darf.

Voraussetzungen Chronikerpauschale

Kontinuierliche ärztliche Behandlung in den letzten vier Quartalen wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) bei jeweils mindestens einem Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen pro Quartal in mindestens drei Quartalen, davon mindestens in zwei Quartalen persönliche Arzt-Patienten-Kontakte, in derselben Praxis.

Warum steigt das **Honorar** nicht in allen KVen gleich?

Der Orientierungspunktwert (OPW) im EBM steigt ab 1. Januar 2017 auf 10,53 Cent. Das ist ein Umsatzplus von 0,9 Prozent, das sich bei allen Vertragsärzten auswirkt, da sich die Bewertungen der einzelnen EBM-Leistungen entsprechend erhöhen. Ein Hausbesuch ist ab 2017 dann 22,31 Euro wert, wobei eine solche Steigerung nur dann beim einzelnen Arzt ankommt, wenn die betreffende Leistung nicht budgetiert gezahlt wird. Wie hoch das jeweilige Budget – die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) – in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) ausfällt, hängt von zwei regionalen Faktoren ab: der Entwicklung der Morbidität (Morbi) und der Demografie (Demo). Dies ist 2017 sehr unterschiedlich (s. Tab).



In diesem Zusammenhang tauchte die Frage auf: Welche Rolle spielen bei der in der Tabelle gezeigten unterschiedlichen regionalen Morbiditätsentwicklung die Versorgungsstrukturverträge, die viele Kassen anbieten? Über diese Verträge bekommt der Vertragsarzt ein Zusatzhonorar, wenn er ICD 10-Diagnosecodes bei seinen Patienten aus einer vorliegenden Tabelle angeben kann. Hier besteht deshalb ein Zusammenhang mit der Entwicklung der regionalen MGV. Denn die jährlich festgestellte regionale Morbiditätsentwicklung als Grundlage der Weiterentwicklung der MGV hängt davon ab, ob bei der Behandlung der Patienten die korrekten ICD 10-Codes verwendet wurden. Dies ist bei den erwähnten Versorgungsstrukturverträgen aber allenfalls ein „Abfallprodukt“. Denn von dem dort honorierten Rightcoding profitieren in erster Linie die Kassen, da von den ICD

10-Codes abhängt, wie viel Geld der Kasse aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) zufließt. Die Teilnahme an solchen Verträgen sollte man daher unter dem Aspekt sehen, dass die dort gewünschte Kodiertiefe tatsächlich der individuellen Morbidität des Patienten entspricht. Aber selbst, wenn diese Selbstverständlichkeit erfüllt ist, darf man nicht vergessen, dass man als Vertragsarzt hier für ein „Linsengericht“ den Kassen hohe finanzielle RSA-Zuweisungen verschafft, die nicht zwangsläufig dort, wo die Morbiditätsentwicklung stattfindet – nämlich in unseren Praxen – auch ankommen.

Steigerung der MGV in Prozent				
KV	OPW	Morbi	Demo	SUMME
Sachsen-Anhalt	0,9	2,3151	0,4328	3,6479
Thüringen	0,9	1,9216	0,5028	3,3244
Mecklenburg-VP	0,9	1,8009	0,4526	3,1535
Brandenburg	0,9	1,7206	0,4561	3,0767
Sachsen	0,9	1,6328	0,1584	2,6912
Schleswig-Holstein	0,9	1,3722	0,2957	2,5679
Westfalen-Lippe	0,9	1,3489	0,2800	2,5289
Nordrhein	0,9	1,3057	0,1820	2,3877
Bundesschnitt	0,9	1,1700	0,1900	2,2600
Rheinland-Pfalz	0,9	1,0859	0,2583	2,2442
Hessen	0,9	1,2436	0,0624	2,2060
Saarland	0,9	0,8921	0,3770	2,1691
Niedersachsen	0,9	0,8985	0,2307	2,0292
Bayern	0,9	1,0060	0,0888	1,9948
Baden-Württemberg	0,9	0,6221	0,1706	1,6927
Berlin	0,9	0,7184	-0,1086	1,5098
Bremen	0,9	0,5361	-0,0245	1,4116
Hamburg	0,9	0,5697	-0,1096	1,3601

Wie das regionale Honorarbudget ausfällt, hängt von der Altersentwicklung der dortigen Bevölkerung und der „Kodiertiefe“ bei der Angabe der Erkrankungen ab.

Geriatler empfiehlt – Hausarzt trägt das Verordnungsrisiko

Seit 1. Juli 2016 gibt es im EBM zwei neue Abrechnungspositionen, die Hausärzte berechnen können, wenn sie ihre geriatrischen Patienten zusätzlich zu den eigenen Leistungen einer spezialisierten geriatrischen Versorgung zu führen. Eine solche spezialisierte Versorgung könnten dabei Hausärzte auch selbst durchführen. Dazu müssten sie aber eine Zusatzqualifikation erwerben, die berufsbegleitend kaum zu schaffen ist.

So gesehen beschränkt sich das Spektrum der neuen Leistungen auf die Nrn. 30980 und 30988 EBM. Sie bieten vereinfacht ausgedrückt ein Zusatzhonorar, wenn man einen Patienten einem spezialisierten Arzt oder einer Institution überweist (Nr. 30980 EBM) und anschließend dessen/deren Behandlungsempfehlungen umsetzt (Nr. 30988 EBM). Da man beide Leistungen nur einmal im Krankheitsfall berechnen darf, kann man nur im Abstand von einem Jahr überweisen.



Die Fragen zu diesem neuen Leistungskomplex waren vielfältig:

- Kann ich mein Assessment nach der Nr. 03360 EBM, das zweimal jährlich möglich ist, auch erbringen und abrechnen, wenn ich einen Patienten einem solchen spezialisierten Assessment zuleite?

Beim Einsatz der Nr. 03360 EBM ändert



Setzen Hausärzte die Empfehlungen des Geriaters um, tragen sie die wirtschaftliche Verantwortung für die Leistung.

sich nichts. Sie kann weiterhin berechnet werden, auch wenn der Patient einer spezialisierten geriatrischen Versorgung zugeführt wird.

- Wenn ich nicht selbst die Leistung nach Nr. 03360 EBM erbringe(n will), gilt dann das spezialisierte Assessment als Voraussetzung zum Ansatz des hausärztlich geriatrischen Betreuungskomplexes (Nr. 03362 EBM)? Da der jeweilige Ansatz der Nr. 03362 EBM davon abhängt, dass ein geriatrisches Assessment vorliegt, das nicht älter als ein Jahr ist, dieses aber nicht selbst erbracht worden sein muss, berechtigt auch das Vorliegen eines solchen spezialisierten Assessments (auch aus einer stationären Einrichtung) zum

Ansatz der Nr. 03362 EBM über den Zeitraum von vier Quartalen.

- Kann ich die Nr. 30988 EBM auch abrechnen, wenn der Patient aus einer stationären geriatrischen Behandlung entlassen wird? Wer trägt das Regressrisiko für die von der geriatrischen Einrichtung empfohlenen Heilmittelverordnungen?

Leider berechtigt die Vorlage eines stationär erbrachten spezialisierten geriatrischen Assessments nicht zum Ansatz der Nr. 30988 EBM, da diese Leistung „nur in einem Zeitraum von vier Wochen nach Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der GOP 30984 berechnungsfähig“ ist. Auch für die Verordnung von Empfehlungen, die nach einem Aufenthalt des Patienten in einer geriatrischen ambulanten oder stationären Einrichtung umgesetzt werden, trägt der jeweilige verordnende (Haus-)Arzt die wirtschaftliche Verantwortung.

EBM	Leistungsbeschreibung	Euro
03360	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment 1 x im Behandlungsfall (Quartal) 2 x im Krankheitsfall (4 Quartale)	12,73
03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex 1 x im Behandlungsfall	16,59
30980	Abklärung vor Durchführung der Nr. 90984 durch den Hausarzt 1 x im Krankheitsfall (4 Quartale)	20,25
30988	Zuschlag zur Nr. 03362 für die Einleitung und Koordination der Therapiemaßnahmen nach multiprofessioneller geriatrischer Diagnostik 1 x im Krankheitsfall (4 Quartale)	6,78

Neben den eigenen geriatrischen Leistungen kann der Hausarzt gegen Honorar seine Patienten einmal jährlich bei einem geriatrisch spezialisierten Arzt/Einrichtung vorstellen.