



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

Geriatric: Kliniken drängen in Domäne der Hausärzte

Dank Qualifizierungshürden für Hausärzte und EBM-Ziffern, die nur spezialisierte Geriater abrechnen dürfen, wollen Kliniken die ambulante Betreuung geriatrischer Patienten für sich erobern. Das wurde bei der Fachtagung Geriatrie am 16. Juni in Bremen deutlich. Dort hatte der Deutsche Hausärzteverband alle wichtigen Beteiligten an einen Tisch gebracht, um die „Spezialisierte Geriatrie als notwendige Ergänzung zur hausärztlichen Versorgung älterer Menschen“ zu erörtern: Vertreter von klinischer Geriatrie, Hausärzteverband, DEGAM, Kassen und Patientenvertreter.

Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) stellte klar, dass sie die neuen EBM-Leistungen zur geriatrischen Versorgung begrüßt, zugleich aber eine Umsetzung dieser Leistungen durch Hausärzte, die keine zusätzliche geriatrische Weiterbildung durchlaufen haben, ablehnt. Die DGG und die anwesenden Kliniker machten keinen Hehl daraus, dass eine spezialisierte geriatrische Versorgung ihrer Meinung nach nur ihr Ziel erreichen kann, wenn diese spezifisch qualifizierte Ärzte erbringen. Sie zogen eine Parallele zur Palliativversorgung, die man bekanntlich schon frühzeitig in eine allgemeine (AAPV) und eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) getrennt und deutlich unterschiedlich vergütet hat. Offensichtlich ist der klinische Bereich bestrebt, bei der Geriatrie eine ähnliche Entwicklung einzuleiten, die es ihnen erlaubt, in den ambulanten Sektor vorzudringen. Inhaltlich hatten sie aber Schwierigkeiten, die Notwendigkeit einer speziellen Weiterbildung in der ambulanten Geriatrie zu begründen.

Natürlich haben Krankenhäuser mit heute üblichen spezialisierten Abteilungen Probleme, den Besonderheiten bei Erkrankungen älterer Menschen gerecht zu werden. Selten ist der Anlass für eine stationäre Einweisung eines älteren Patienten nur gastroenterologisch, kardiologisch oder orthopädisch bedingt. Schon lange haben Krankenhäuser deshalb geriatrische Abteilungen eingerichtet, die dieser Aufgabe gerecht werden. Dort können geriatrische Patienten nach kurzem Auf-

Anforderungen an das weiterführende geriatrische Assessment*

- Umfassendes geriatrisches Assessment (z.B. Selbstversorgungsfähigkeiten, Mobilität, Kognition, Emotion, instrumentelle Aktivitäten) und soziales Assessment (z.B. soziales und Wohnumfeld, (außer)häusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf) je in mindestens fünf Bereichen inkl. einer Anamnese und einer körperlichen Untersuchung
- Einbindung von mindestens einem der folgenden anderen Leistungserbringer gemäß Paragraph 6 Nr. 3 der Vereinbarung nach Paragraph 118a SGB V: Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden
- Syndrombezogene geriatrische Untersuchungen einschließlich prognostischer Einschätzung zu spezifischen geriatrischen Syndromen
- Differentialdiagnostische und differentialprognostische Bewertung der geriatrischen Syndrome und des Gesamtbefundes auf Basis des weiterführenden geriatrischen Assessments
- Feststellung des Behandlungsbedarfs, Festlegung von geriatrischen Behandlungszielen und Erstellung eines schriftlichen Behandlungsplans einschließlich Empfehlungen für die medikamentöse Therapie, ggf. zu Heil- und Hilfsmitteln sowie zu rehabilitativen Maßnahmen und zur weiteren Diagnostik und Verlaufsbeurteilung des Patienten.

*nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik nach Paragraph 135 Abs. 2 SGB V

enthalt in einer Spezialabteilung indikationsgerechter behandelt und damit auf den Übergang in eine ambulante Weiterbehandlung vorbereitet werden.

Dem trägt auch das neue gesetzlich verfügte Krankenhausentlassmanagement Rechnung, das die Kliniken verpflichtet, am Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung für die notwendige Weiterbehandlung älterer Patienten durch Pflegedienste und Physiotherapeuten sowie die Verordnung von Arznei- und Hilfsmitteln zu sorgen. Vielleicht liegt hier aber bereits der Grund für das Drängen der Kliniken vom stationären in den ambulanten Bereich bei der Versorgung geriatrischer Patienten?

Ziemlich unverblümt wurde bei der Fachtagung die geplante Versorgung geriatrischer Patienten durch Geriatrische Institutsambulanzen (GIA) als ausgelagerte stationäre Abteilung angesprochen. Solche GIA müssen aber eine Ermächtigung erhalten, wollen sie an das im ambulanten Bereich zur Verfügung gestellte Honorar für die spezialisierte geriatrische Versorgung nach den EBM-Nrn. 30984 bis 30988 kommen. Eine Ermächtigung wird nach den gesetzlichen Vorgaben nur erteilt, wenn keine entsprechend qualifizierten niedergelassenen Ärzte vorhanden sind. Damit schließt sich der Kreis! Naheliegender ist, dass man daher eine Qualifikationshürde für Hausärzte aufbaut, die nicht zu bewältigen ist. Ein Hausarzt, der die Berechtigung zur Abrechnung der Leistungen der spezialisierten geriatrischen Versorgung erhalten will, muss unter anderem zwölf Monate in einer geriatrischen Spezialklinik tätig sein. Er müsste also seine Praxis für ein Jahr schließen und seine (geriatrischen) Patienten für ein Jahr unversorgt lassen. Angesichts des steigenden Hausärztebedarfs ist eine solche Auflage fahrlässig und das ganze Konzept kann nur als klassische Fehlsteuerung gesehen werden.

Z Losgelöst von dem augenscheinlichen Hintergrund eines weiteren Einbruchs des stationären Systems in den ambulanten Bereich stellen sich einige inhaltliche Fragen, die die anwesenden Kliniker nicht beantworten konnten. Die neuen spezialgeriatrischen Leistungen im EBM stellen nur die Durchführung eines speziellen geriatrischen Assessments dar. Warum also muss ein Hausarzt, der diese Leistungen erbringen will, 160 Weiterbildungsstunden und zwölf Monate Kliniktätigkeit nachweisen? Selbst wenn man unterstellt, dass dieses spezielle geriatrische Assessment erst gelernt werden muss, würde doch ein spezieller Kurs von maximal sechs bis acht Stunden reichen! Und was soll er darüber hinaus noch an medizinisch-geriatrischen Inhalten lernen? Die Klinikvertreter versuchten diese Schiefelage damit zu entkräften, dass sie auf die Notwendigkeit eines geriatrischen Teams hinwiesen, das der spezialisierte Geriater vorhalten muss. Allein mit diesem Team sei eine nachhaltige geriatrische Versorgung möglich. Keine Antwort fanden sie aber auf die Frage, warum dieses geriatrische Team nur Vorschläge für die Weiterbehandlung durch den Hausarzt gibt und dies der Hausarzt nicht direkt in Zusammenarbeit mit ambulant tätigen Physio- und Ergotherapeuten erledigen kann? Die Kausalkette dieser Fehlentwick-

lung in der ambulanten geriatrischen Versorgung hat die Fachtagung mehr als deutlich gezeigt. Hier haben Kliniker mit Unterstützung der fachärztlich dominierten Ärztekammern eine Versorgungsschiene in der geriatrischen Versorgung zwischen stationärem und ambulatem Sektor etabliert, die nicht den betroffenen Patienten hilft, sondern nur dem Krankenhaus eine neue Einnahmequelle verschafft. Auch die vorgeschobene angebliche Entlastung des personell immer mehr eingeschränkten hausärztlichen Bereichs ist nicht erkennbar. Leistungen, die der Hausarzt täglich an seinen geriatrischen Patienten erbringt und für die nur er die nötigen Kenntnisse über das familiäre und soziale Umfeld hat, werden an eine Institution umgeleitet, die sich diese Erkenntnisse unter dem Deckmantel aufwändiger Assessments erst erarbeiten muss. Das ist eine Verschwendung von Zeit und finanziellen Ressourcen und keine Verbesserung der Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung.


Geriatrische Patienten brauchen keinen Facharzt für Geriatrie, sondern einen Hausarzt, der sich wegen einer adäquaten Vergütung seiner Leistungen diesen Patienten angemessen widmen kann.






Regress sind nicht unendlich möglich

Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung, die mit einem Regress endet, ist nicht mehr möglich, wenn seit Abschluss des betroffenen Quartals mindestens vier Jahre vergangen sind. Das ist das Ergebnis eines aktuellen Urteils des Bundessozialgerichts (BSG, Az. B 6 KA 27/11 R und B 6 KA 45/11 R). Ein Wermutstropfen bleibt aber. Nach Auffassung der Richter kann diese Ausschlussfrist gehemmt werden und zwar dadurch, dass der betroffene Arzt eine Mitteilung über die beabsichtigte Durchführung der Prüfung erhält und ihm der Grund für das Zurückstellen der Prüfung deutlich mitgeteilt wird.

 Offen ist leider, wann genau diese Frist beginnt. Bei Honorarprüfungen hat das BSG bisher auf den Tag nach der Bekanntgabe des für den geprüften Abrechnungszeitraum maßgeblichen Honorarbescheides abgestellt (Az: B 6 KA 63/04 R). Später haben die Richter aber wieder offen gelassen, ob sie an dieser Sichtweise auch in Zukunft festhalten wollen (Az: B 6 KA 40/05 R). Entscheidend ist damit leider weiterhin der Individualfall. Es lohnt sich aber unter diesem Aspekt auf jeden Fall, die Rechtmäßigkeit eines Regresses gerichtlich prüfen zu lassen.

Tests sind neben geriatrischer Betreuung berechnungsfähig


Die Nr. 03242 EBM steht für die Durchführung von Testverfahren bei Demenzverdacht (z.B. SKT, MMST, TFDD). Sie kann je Test bis zu dreimal im Behandlungsfall mit jeweils zwei Euro berechnet werden. Eine Zeitvorgabe für die Plausibilitätsprüfung gibt es hier nicht.

 Beachten sollte man, dass die Nr. 03242 EBM nur neben der Geriatrieleistung nach Nr. 03360 EBM im gesamten Behandlungsfall ausgeschlossen ist. Eine parallele Berechnung neben Nr. 03362 EBM hingegen (Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex) ist möglich. Angesichts der Tatsache, dass die Leistung nach Nr. 03360 EBM (Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment) im Krankheitsfall (und damit innerhalb von vier Quartalen) höchstens zweimal berechnungsfähig ist, sollte man diese Leistungen nicht vergessen und ggf. auf Lücke erbringen und abrechnen.



Psychotherapeuten können Hausärzte entlasten

Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dürfen – wie schon die ärztlichen Vertreter dieser Fachgruppe – nunmehr Krankenhausbehandlung und Krankentransport verordnen und demnächst auch Leistungen der psychotherapeutischen Rehabilitation und Soziotherapie. Die entsprechenden Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 16. März und 20. April 2017 treten in Kürze in Kraft. Für die Verordnung gelten die gleichen Formulare wie für Vertragsärzte.

 Die Änderung geht auf das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz zurück. Der Gesetzgeber hatte den G-BA beauftragt, seine Richtlinien anzupassen. Daraufhin änderte dieser die Richtlinien zur Verordnung von Rehabilitation, Soziotherapie, Krankenhausbehandlung und Krankentransport im Hinblick auf die Verordnungsbefugnisse für Vertragspsychotherapeuten. Der hausärztliche Bereich wird durch diese Neuregelung entlastet. Die oft schwierige Krankenseinweisung und Rehabilitationsverordnung bei psychisch Kranken kann nun auch über die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen an Psychotherapeuten delegiert werden.