

Zimmermann



ZIMMERMANN
RECHNET AB



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.

Palliativpatienten: Hausärzte können jetzt Symptomkontrolle verordnen

Vertragsärzte können seit dem 25. November 2017 Symptomkontrollen bei Palliativpatienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege verordnen (*wir berichteten kurz in Ausgabe 20/2017*). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte diese neue Leistung bereits am 16. März beschlossen, die Umsetzung ist nun erfolgt. Die Symptomkontrolle bei Palliativpatienten umfasst das Erkennen, Erfassen sowie Behandeln von Krankheitszeichen und Begleiterscheinungen bei der pflegerischen

Tätigkeit. Mit der Verordnung der Leistung veranlasst der Vertragsarzt eine Kontrolle der Schmerzsymptomatik sowie ein Erkennen von Übelkeit, Erbrechen, pulmonalen oder kardialen Symptomen oder Obstipation. Gegenstand der Verordnung sind außerdem Wundkontrollen und -behandlungen bei exulzierenden Wunden sowie die Krisenintervention, zum Beispiel bei Krampfanfällen, Blutungen und/oder akuten Angstzuständen.

Eine solche Behandlung darf man bei schwerstkranken und sterbenden Patienten in jedem Alter verordnen, nicht jedoch bei Patienten, die bereits Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erhalten (SAPV, Voll- oder Teilversorgung).

Bei der Versorgung von Palliativpatienten kann der Hausarzt auf jeden Fall zunächst die „Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus“ nach Nr. 03370 EBM berechnen.

EBM	Legende	Euro
03370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus	35,91

Sofern man ein Palliativteam einschalten will, füllt man Muster 63 aus und kann nach den Nrn. 01425 oder 01426 EBM abrechnen:

EBM	Legende	Euro
01425	Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	26,64
01426	Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	16,01

Kreuzt man „Additiv unterstützende Teilversorgung“ an, kann man zusätzlich weitere palliativmedizinische Leistungen erbringen und berechnen:

EBM	Legende	Euro
03371	Zuschlag zur Versichertenpauschale nach Nr. 03000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis	16,74
03372	Zuschlag zu den Nrn. 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	13,06
03373	Zuschlag zu den Nrn. 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	13,06

Die Verordnung setzt voraus, dass der Patient unter einer oder mehreren nicht heilbaren fortschreitenden oder so weit fortgeschrittenen Erkrankungen leidet, dass nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf wenige Tage, Wochen oder Monate limitiert ist. Bei Kindern und Jugendlichen darf man die Leistung auch bei länger prognostizierter Lebenserwartung verordnen, sofern die Voraussetzungen erfüllt sind. Die Verordnungsdauer für die Erst- und Folgeverordnung beträgt jeweils bis zu 14 Tage. Die Häufigkeit richtet sich nach dem individuellen Bedarf und unterliegt keiner

ann rechnet ab

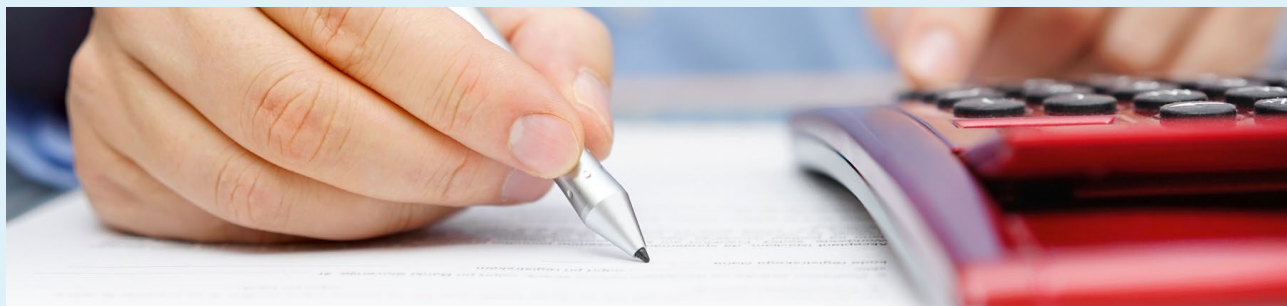
Beschränkung hinsichtlich der Zahl der täglichen Pflegeeinsätze. Die Verordnung erfolgt über das Formular 12 unter Angabe der Leistungsziffer 24a oder „Symptomkontrolle bei Palliativpatienten“.

Wie bisher muss man dabei alle nötigen behandlungspflegerischen Maßnahmen

angeben – man kann sie nicht separat verordnen, da die 24a all diese Leistungen bereits umfasst.

Ziel ist es, den Hospiz- und Palliativgedanken stärker in der Regelversorgung zu verankern und die ambulante Palliativversorgung zu stärken. Hausärzte

sollen dabei weiterhin beteiligt sein. Wichtig ist deshalb, dass man bei der Verordnung zumindest zunächst „Teilversorgung“ ankreuzt. Nur dann können Hausärzte im Falle einer Inanspruchnahme die hierfür vorgesehenen Nrn. 03370 bis 03373 EBM berechnen.



Arznei- und Heilmittelregress bei Zufälligkeitsprüfung abgeschafft

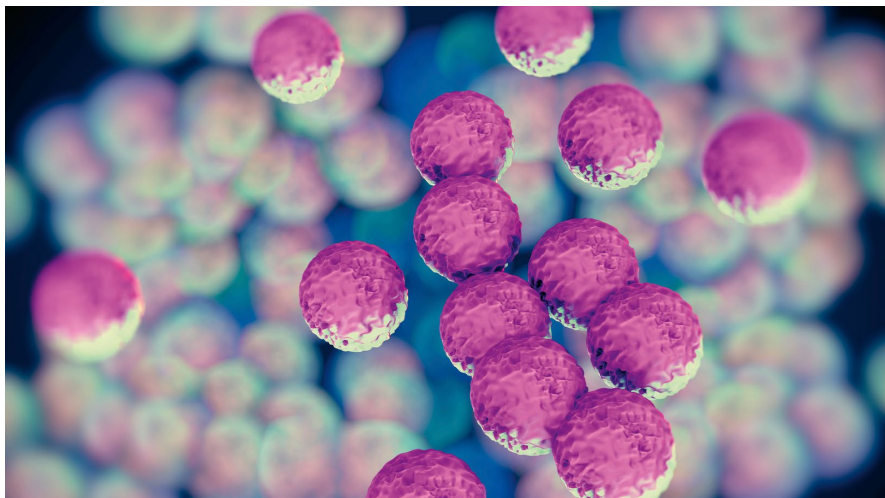
Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat die Richtlinie zur Zufälligkeitsprüfung (Paragraf 106a Abs. 3 SGB V) aufgrund geänderter Vorgaben aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz geändert. Bei der Zufälligkeitsprüfung (Paragraf 106a Abs. 1 S. 1 SGB V) sieht der Gesetzgeber insbesondere nur noch die arztbezogene Prüfung ärztlicher Leistungen (Honorarregress) vor. Die bisherigen Regelungen der Richtlinie, die auch Regresse bei verordneten Leistungen oder sogar Krankenhausüberweisungen ermöglichten, wurden gestrichen.



Beachtenswert ist allerdings, dass die Richtlinie weiterhin auf die selbst erbrachten und veranlassten ärztlichen Leistungen abzielt. Überweisungen an Fachärzte oder ans Labor beispielsweise können weiterhin in diese Form der Wirtschaftlichkeitsprüfung einbezogen werden. Dies ist insbesondere bei Laborüberweisungen spätestens mit dem Inkrafttreten der „Laborreform“ ab 1. April 2018 von Bedeutung (s. *Der Hausarzt* 20/2017). Unterdeckungen im „Labortopf“ werden künftig nach dem Verursacherprinzip ausgeglichen. Durch diese veränderte Inanspruchnahme hausärztlicher und fachärztlicher Leistungen bei einer Unterdeckung sind daher verschärfte regionale Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Laborleistungen vorgesehen. Ab Inkrafttreten der Laborreform muss man etwa beim Bezug von Laborleistungen per Überweisung aus Laborvereinen oder von Laborärzten die begründenden Diagnosen angeben, damit auf dieser Grundlage ggf. Wirtschaftlichkeitsprüfungen erfolgen können.

Paragraf 106a Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen

Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird geprüft durch die arztbezogene Prüfung ärztlicher Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens zwei Prozent der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung). (...) Die Zufälligkeitsprüfung umfasst neben dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen auch Überweisungen, Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie sonstige veranlasste ärztliche Leistungen, insbesondere aufwändige medizinisch-technische Leistungen; (...) Der einer Zufälligkeitsprüfung zugrunde zu legende Zeitraum beträgt mindestens ein Jahr.



MRSA-Sanierung: Wofür braucht man die **KV-Genehmigung**?

Seit 2014 kann die MRSA-Sanierung bei Patienten über die häusliche Krankenpflege erfolgen und die vertragsärztlichen Leistungen können gesondert und extrabudgetär berechnet werden. Die einzelnen Therapiemaßnahmen richten sich nach dem Bedarf des Patienten.

- Verordnungsfähig sind zum Beispiel
- die Applikation einer antibakteriellen Nasensalbe,
 - die Mund- und Rachenspülung mit einer antiseptischen Lösung und
 - die Dekontamination von Haut und Haaren mit antiseptischen Substanzen.

In Ausnahmefällen kann auch der tägliche Wechsel der Bettwäsche und die tägliche Desinfektion von Gegenständen,


die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, erforderlich sein, damit die Eradikationstherapie erfolgreich verläuft. Ein solcher Ausnahmefall liegt vor, wenn Patienten, etwa aufgrund von körperlichen oder geistigen Einschränkungen, nicht die begleitenden Sanierungsmaßnahmen selbst ausführen oder Angehörige dies übernehmen können. Dies gilt allerdings nur, wenn sie keinen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI (Pflegeversicherung) haben. Die Verordnung erfolgt auf dem Muster 12 „Verordnung häuslicher Krankenpflege“ unter Angabe der Leistungsnummer 26a oder des Textes „Durchführen der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose“.

Haben Sie Fragen zur Abrechnung und/oder zur Praxisführung?

Melden Sie diese Fragen an die Redaktion unter info@medizinundmedien.eu. Sie erhalten zeitnah eine persönliche Antwort. Allgemein relevante Themen werden veröffentlicht.

Diese Leistungen kann der Hausarzt bei einem MRSA-Befall berechnen, wenn eine entsprechende Genehmigung der KV vorliegt:

EBM	Legende	Euro
30940	Erhebung des MRSA-Status eines Risikopatienten	3,69
30942	Behandlung und Betreuung eines Risikopatienten, der Träger von MRSA ist, oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson	14,00
30944	Aufklärung und Beratung eines Risikopatienten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung nach Nr. 30942	9,48
30946	Abklärungs-Diagnostik einer Kontaktperson nach erfolgloser Sanierung eines MRSA-Trägers	3,37
30948	Teilnahme an einer MRSA-Fall- und/oder regionalen Netzwerkkonferenz	4,84
30950	Bestätigung einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich(e)	2,00
30952	Ausschluss einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich(e)	2,00

 Antibakterielle Nasensalben als zugelassene Arzneimittel (Rezeptpflicht) kann man zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnen, apothekenpflichtige OTC-Arzneimittel und Medizinprodukte dagegen nicht. Die Kosten für die entsprechenden Produkte muss der Patient tragen. Die „Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose“ als häusliche Krankenpflege dürfen auch Vertragsärzte ohne KV-Genehmigung zur „Durchführung und Abrechnung der speziellen Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA“ (MRSA-Leistungen Abschnitt 30.12 EBM) abrechnen.

Liegt eine solche Genehmigung vor, kommen die in der Tabelle aufgeführten Ziffern zum Einsatz. Wird eine Eradikationstherapie im Krankenhaus begonnen, kann auch der Krankenhausarzt beim Entlassmanagement die Maßnahme verordnen.