

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.

Neuer Stolperstein beim Medikationsplan

In seiner 411. Sitzung hatte der Bewertungsausschuss (BA) eine Leistungsposition zur Abrechnung der Erstellung eines Medikationsplanes nach Nr. 01630 EBM beschlossen (Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 03000, 04000, ... und 30700 für die Erstellung eines Medikationsplans gemäß Paragraf 29a Bundesmantelvertrag-Ärzte). Sie ist mit 39 Punkten bewertet, das entspricht beim aktuellen Punktwert von 10,6543 Cent 4,15 Euro. Eine Berechnung ist neben dem Chronikerzuschlag nach Nr. 03220 EBM ausgeschlossen. Hier setzt die Kassenärztliche Vereinigung (KV) automatisch die Nr. 03222 EBM (1 Euro) zu. Neben der Geriatrie-Leistung nach Nr. 03362 EBM gibt es für die Medikationsplanerstellung überhaupt kein Honorar, da diese Leistung dort enthalten sein soll.

Z Diese Abrechnungsbestimmungen konnte man schon als recht grotesk ansehen. Trotzdem setzt der Bewertungsausschuss mit seiner finalen Fassung noch eins drauf. Ursprünglich sollte die Nr. 01630 EBM einmal im Krankheitsfall – also innerhalb von vier Quartalen einmal – berechnungsfähig sein. Das wurde nun umgewandelt: „Die Gebührenordnungsposition 01630 kann im Laufe von vier Quartalen nur von einem Vertragsarzt einmalig abgerechnet werden“. Da der Medikationsplan nicht nur von Hausärzten erstellt werden kann und im fachärztlichen Bereich ggf. ergänzt werden soll, ist deshalb Vorsicht geboten. Zumindest ist das der Fall, wenn der Patient mit einem solchen Medikationsplan in der Praxis erscheint, der nicht von der Praxis erstellt wurde. Wird hier die Leistung nach Nr. 01630 EBM berechnet, könnte das formal den Staatsanwalt interessieren. Ob sich die ärztlichen Vertreter im Bewertungsausschuss dieser Falle, die sie damit ihren Schutzbefohlenen stellen, bewusst sind, darf hinterfragt werden.

Für wen gibt es **Unterstützungspflege**?

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 21. Dezember 2017 die Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege (HKP-Richtlinie) angepasst (s. Der Hausarzt 01). Neu aufgenommen wurde die Unterstützungspflege. Sie umfasst Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, die man bei schwerer Krankheit

oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit verordnen kann (Paragraf 37 Abs. 1a SGB V). Angepasst wurde der Leistungsanspruch in Bezug auf das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen: Dies kann nun auch für Kompressionsstrümpfe der Klasse I verordnet werden. Bislang war dies erst ab der Kompressionsklasse II möglich.

an n rechnet ab

Z Nach dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) können Versicherte künftig wegen einer schweren Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit – insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung – Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung erhalten, soweit keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt (Pflegestufe). Die neue Leistung ist daran aber nicht gebunden. Vielmehr kann die Unter-

stützungspflege auch bei vergleichbaren Fallkonstellationen verordnet werden. Voraussetzung ist, dass der Patient sich im Hinblick auf die krankheitsbedingten oder behandlungsbedingten Auswirkungen nicht selbst pflegen und versorgen kann. Der Bedarf an Unterstützungspflege bezieht sich allerdings nur auf körperliche Beeinträchtigungen der Patienten, kognitive Beeinträchtigungen werden hingegen nicht erfasst. Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung darf man nur zusammen mit Leistungen der Grundpflege verordnen. Leistungen der Grundpflege sind hingegen auch ohne Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung möglich. Die Leistung der Unterstützungspflege kann man bis zu vier Wochen je

Krankheitsfall verschreiben. Geändert wurde außerdem die Leistungsziffer 31 des Leistungsverzeichnisses der HKPRL. Demnach ist die Leistung des An- und Ausziehens von Kompressionsstrümpfen und -strumpfhosen auch für Kompressionsklasse I im Rahmen der Behandlungspflege ordnungsfähig. Mit dieser Erweiterung will der G-BA Einschränkungen zum Beispiel in der Motorik, Geschicklichkeit, Kraft und Beweglichkeit berücksichtigen.



Kommt Hausärzten als nächstes die Psychosomatik abhandeln?

Hausärzte sind berechtigt, psychosomatische Leistungen bei ihren Patienten zu erbringen und abzurechnen, wenn sie über den entsprechenden Qualifikationsnachweis „Psychosomatische Grundversorgung“ verfügen. Zur Abrechnung gibt es die Nrn. 35100 und 35110 EBM (jeweils 16 Euro bei mindestens 15 Minuten Therapiedauer). Da Hausärzte diesen Versorgungsauftrag in sehr unterschiedlichem Umfang wahrnehmen, treten in der Regel bei Hausärzten, die sich hier engagieren, die Grundsätze der Wirtschaftlichkeitsprüfung in Kraft. Prüfungsgremien kürzen die abgerechneten Leistungen, wenn die Abrechnungshäufigkeit über dem im Grunde genommen nicht repräsentativen Fachgruppenschnitt liegt, so dass das bei voller Vergütung der Leistung (fiktiver Stundenlohn 64 Euro) bereits dürftige Honorar noch weiter sinkt. Die Folge ist, dass immer weniger Hausärzte diese Leistungen erbringen und der Bereich deshalb zu den Psychotherapeuten abdriftet.

Z Wie wenig hier die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die Interessen der betroffenen Vertragsärzte vertritt, macht ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 17. November 2017 zur Bedarfsplanung deutlich. Danach sollte es zu einer Privilegierung von Psychosomatikern bei der Nachbesetzung von ärztlichen Psychotherapeuten-Sitzen kommen. Konkret bedeutet dies, dass einerseits über die Prüfungsgremien die Hausärzte neben der Geriatrie und der Palliativmedizin auch aus der Psychosomatik gedrängt werden sollen. Spezialisierte Geriater und Palliativmediziner und nun auch Psychosomatiker sollen so durch die Hintertür den Hausarzt ersetzen. Glücklicherweise hat zumindest an dieser Stelle das Aufsichtsministerium aufgepasst und den Beschluss beanstandet. Ob das auf Dauer die hausarztfeindliche Haltung der KBV aufhalten kann, bleibt abzuwarten.

Kompressionstherapie nach GOÄ richtig abrechnen

In der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gibt es im Gegensatz zum EBM keine Komplexleistungen, um eine Kompressionstherapie abzurechnen. Die Grundleistung ist dort die Nr. 204 GOÄ (Kompressionsverband, 95 Punkte). Multipliziert mit dem 2,3-fachen Schwellensatz resultiert ein Honorar von 12,74 Euro. Da die Nr. 204 GOÄ nur den einfachen „Kompressionsverband“ abdeckt und nicht den wesentlich anspruchsvolleren „phlebologischen Funktionsverband“, ist ein Multiplikator über dem Schwellensatz unter Hinweis auf den Aufwand möglich. Die Leistung kann man je angelegtem Kompressionsverband und damit mehrfach berechnen.

Z Die GOÄ beschränkt die Berechenbarkeit im Behandlungsfall nicht: Über den Zeitraum der Abrechnung kann man also so viele Kompressionsverbände nach Nr. 204 GOÄ in Rechnung stellen, wie notwendigerweise angelegt wurden. Für notwendige Kontrolluntersuchungen der Beinumfangfänge gibt es die Nr. 5 GOÄ (symptombezogene Untersuchung). Die zusätzliche Berechnung der Nr. 200 GOÄ für den einfachen Verband ist nicht ausgeschlossen. Dies ist zum Beispiel in Zusammenhang mit dem großflächigen Auftra-



GOÄ	Legende	Euro	Kosten (Euro)
1	Beratung	10,72	
5	Klinische Untersuchung	10,72	
2006	Behandlung Ulcus cruris	8,65	
209	Auftragen von Externa	20,10	
204	Kompressionsverband	12,74	1,76
200	Abdeckverband	6,02	1,28
526	Apparative Kompressionsbehandlung	5,78	

So könnte man nach GOÄ die Behandlung eines Ulcus cruris mit Stauungsdermatitis je Sitzung und je Bein berechnen. Bei der Rechnungsstellung wurden jeweils die Schwellensätze zugrunde gelegt. Bei der Nr. 209 GOÄ kann man das verwendete Externum per Rezept verordnen.

gen von Externa wie Salben, Cremes, Puder, Lotionen, Lösungen zur Behandlung von Hautkrankheiten wie einer Stauungsdermatitis nach Nr. 209 GOÄ denkbar. Besteht ein Ulcus cruris, wäre zusätzlich die Nr. 2006 GOÄ möglich (Behandlung sekundär heilender Wunde). Eine vorbereitende apparative Kompressionstherapie ist nach Nr. 526 GOÄ berechnungsfähig. Die Materialkosten für die genannten Verbände können zusätzlich etwa über den hier von den Privatkassen in der Regel anerkannten UV-Nebenkostentarif pauschal zum Ansatz gebracht werden (s. Tab.).

Vorsicht bei der Verordnung von **Krankentransporten**

2015 hat der Gesetzgeber festgelegt, dass die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit verordneten Leistungen ab 2017 anhand von Vereinbarungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen auf Landesebene geprüft werden kann. Diese Prüfung kann auch Verordnungen für Krankentransporte umfassen und einen Regress nach sich ziehen. Deshalb sollte man stets die Vorgaben der Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) berücksichtigen.

Z Fahrten zu einer stationären Behandlung kann man ohne eine Genehmigung der Kasse verschreiben. Die Kosten für Fahrten zu einer ambulanten Behandlung übernehmen die Kassen hingegen nur in Ausnahmefällen. Dazu gehören:

- vor- und nachstationäre Behandlungen im Krankenhaus,
- ambulante Op in Klinik/Vertragsarztpraxis, wenn sie stationärsersetzend sind,
- Dialysebehandlungen,

- bestimmte Krebstherapien wie die onkologische Strahlentherapie,
- die parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie/parenterale onkologische Chemotherapie.

Ist unklar, ob es sich um einen stationärsersetzenden Eingriff handelt, sollte man einen Genehmigungsvorbehalt der Kasse auf dem Formular angeben. Der Patient muss sich um die Genehmigung selbst kümmern. Nimmt er eine Fahrt in Anspruch, bevor sie genehmigt wurde, kann er sich die Kosten ggf. von der Kasse erstatten lassen. Für Krankentransporte – unabhängig von der Art des Fahrzeugs und auch für Kinder und Jugendliche – müssen Patienten zehn Prozent der Fahrtkosten zuzahlen, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro.

