



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.

## Schafft die KBV endlich eine **echte Chronikerpauschale?**

Vor rund einem Jahr haben Hausärzte in Niedersachsen Post von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) erhalten. **Betreff: nötige Korrekturen bei der Chronikerziffer. Auf Antrag der DAK Gesundheit und der AOK Niedersachsen sollten „sachlich-rechnerische Berichtigungen“ gemäß Paragraph 106a SGB V, also der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch Kassen und KV, wegen fehlender erforderlicher Arzt-Patienten-Kontakte vorgenommen werden.**

Davor gab es viele ähnliche Versuche anderer Kassen in anderen Regionen, Hausärzte um den Lohn ihrer Arbeit zu brin-

gen. Ende Juni 2014 etwa erhielten Ärzte in Sachsen ein Schreiben ihrer KV, das ihnen mitteilte, dass eine Kasse Rückforderungen für sachlich-rechnerische Richtigstellungen bei der Abrechnung der Chronikerpauschale nach Nr. 03212 EBM gestellt habe – rückwirkend ab dem 1. Quartal 2010 bis zum 3. Quartal 2013. Ein Jahr später haben die Kassen in dieser Angelegenheit erneut zugeschlagen, dieses Mal in Nordrhein. Auch dort behaupteten sie, dass bereits die alte Chronikerziffer nach Nr. 03212 EBM nicht korrekt berechnet worden sei, da der Ansatz dieser Leistung eine kontinuierliche Behandlung des Patienten beinhalte. Nach Auffassung der Kassen in Nordrhein sollte das die in Paragraph 62 der Chroniker-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geforderte Dauerbehandlung (wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal) sein.

Die Kassen unterstellten, dass in vier vor der Abrechnung der Chronikerpauschale unmittelbar vorhergehenden Quartalen Arzt-Patienten-Kontakte stattgefunden haben müssen und leiteten Rückforderungen von rund 12 Millionen Euro ab. Leider ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) danach eingeknickt: Mit einer Änderung des EBM zum 1. Oktober 2013 akzeptierte sie die von den Kassen gewünschte Definition des Leistungsinhalts der Chronikerziffern 03220 und 03221. Das will sie nun mit erheblicher Verspätung beheben.

### Simulationsergebnisse für Hausärzte

- Im 3. Quartal 2016 gibt es insgesamt 42,6 Mio. Behandlungsfälle, in denen ein VP und keine Ausschluss-GOP (gemäß aktueller GOP 03220) abgerechnet werden.
- Mit der vorgeschlagenen Liste der besonderen und schwerwiegenden Erkrankungen wären

03220	0322x (intensive Behandlung)
25,0 Mio	10,2 Mio

Behandlungsfälle zuschlagsberechtigt.

- Zum Vergleich: aktuell ca. 25 Mio. Behandlungsfälle mit GOP 03220.
- Bei einer punktsummenneutralen Umsetzung ergeben sich für die GOP 03220 und 0322x folgende Bewertungen:

Bewertung 03220 in Punkten	Bewertung 0322x in Punkten
130	75

Die Bewertung der GOP 03220 kann beibehalten bzw. für den Zuschlag für die intensive Behandlung im Vergleich zur 03221 (bisher 40 Punkte) sogar erhöht werden.

Quelle: KBV

# an n rechnet ab



In Berlin hat man offensichtlich eingesehen, dass die aktuelle Chronikerregelung – insbesondere die „Vier-Quartals-Vorgabe“ aus den Bestimmungen zu den EBM-Abschnitten 3.2.2 und 4.2.2 – seit Einführung für Probleme in der Hausarztpraxis sorgt.

Es wären aufwändige Prüfungen der vergangenen Quartale auf Arzt-Patienten-Kontakte und Praxis-Patienten-Kontakte notwendig, heißt es. Auch sei es zu nicht sachgerechten Ausschlüssen der Berechnungsfähigkeit für einige Patienten gekommen.

Immerhin gibt es zahlreiche Gründe, warum ein Patient nicht in drei von vier Quartalen in der Arztpraxis gewesen sein könnte: nach einem längeren Krankenhausaufenthalt, bei guter Einstellung oder der Vertretung durch eine andere Praxis. Es handelt sich bei diesen Patienten aus medizinischer Sicht eindeutig um Chroniker mit erhöhtem Betreuungsaufwand, für die jedoch die Berechnung der Chronikerpauschalen, aufgrund der bestehenden formalen Bestimmungen, aktuell nicht möglich ist. Hinzu kommt der Betreuungsaufwand für „Neu-Chroniker“, der gerade in den

ersten Quartalen am größten ist, während man auch hier die Chronikerpauschalen (noch) nicht berechnen kann. Letztendlich verursacht die mögliche Berechnung beim Hausarztwechsel und deren Dokumentation (Zusatzkennzeichen H) mit anschließenden Prüfanträgen durch die Krankenkassen einen völlig unnötigen bürokratischen Aufwand.

Die Vertreterversammlung der KBV sieht diese Hürden und hat daher bereits Ende 2015 den Vorstand der KBV beauftragt, sich für die Streichung des Vorquartalsbezugs in den Abrechnungsbedingungen für die EBM-Leistungen 03220 und 03221 sowie 04220 und 04221 einzusetzen. Gleichzeitig wurde ein Diagnosebezug für die Abrechnungsfähigkeit vorgeschlagen. Genau ein Jahr später wiederholte die Vertreterversammlung Ende 2016 diese Forderung.

Die neue KBV-Führung will nun offensichtlich etwas tun. Bei den Honorarverhandlungen für 2018 strebt sie eine Streichung der Vier-Quartals-Regelung und Bindung der Chronikerpauschalen an eine Diagnoseliste sowie die Einführung eines Multimorbiditätszuschlags an. Der GKV-Spitzenverband hat



inhaltliche Beratungen zum Thema jedoch bereits abgelehnt, wenn damit die Forderung nach zusätzlichen Finanzmitteln verbunden sei. Eine grundsätzliche Bereitschaft zur Beratung wurde angedeutet, jedoch mit dem Hinweis auf Beibehaltung der kontinuierlichen Betreuung – also der Vier-Quartals-Regelung.

Die KBV plant nun, verschiedene Forderungen in die Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband einzubringen:

- Die Regelung zu den notwendigen Kontakten in den vier Vorquartalen soll gestrichen werden.
- Es soll künftig eine Bindung der Nummern 03220 und 04220 an eine Diagnoseliste auf Basis von ICD-Dreistellern eingeführt werden.
- Die Zweitkontaktziffern 03221 und 04221 sollen ge-

strichen und durch einen Zuschlag für die intensive Betreuung und Behandlung von Patienten mit einer besonderen oder schwerwiegenden Erkrankung ersetzt werden. Nach einer Simulationsberechnung bezogen auf das 3. Quartal 2016 wäre eine solche eher medizinisch nachvollziehbar und nach dem Willen der Kassen auch als kostenneutrale Regelung möglich (siehe Kasten S. 16).

Angesichts dieser Datenlage können sich die Kassen, wenn sie es mit der geforderten Förderung der hausärztlichen Versorgung der Bevölkerung wirklich ehrlich meinen, eigentlich nicht entziehen. Sicherheitshalber plant die KBV aber schon den Weg vors Schiedsamt. Im Bewertungsausschuss soll die nächste Verhandlung nach einer Sitzung Anfang Mai am 5. Juni geführt werden, einen Beschluss soll es möglicherweise im erweiterten Bewertungsausschuss am 28. Juni geben. Ein Inkrafttreten wäre somit zum 1. Oktober 2018 möglich – es sei denn, die Kassen setzen sich mit ihrer Auffassung erneut durch.