



Der neue Hausarzt-EBM

Ziffernspiele

Seit dem 1. Oktober 2013 gilt der neue Hausarzt-EBM, der teilweise tiefgreifende Veränderungen mit sich bringt. Durch die differenzierten Versichertenpauschalen sind jetzt wieder mehr Einzelleistungen abrechenbar. Voraussetzung für die Ansetzung der entsprechenden Ziffern ist die korrekte Dokumentation.

Man muss nur lange genug in diesem Beruf sein und alles kommt wieder. Seit dem 1. Oktober sind wir jetzt also wieder ein Stück weg von der Pauschalierung, dafür stehen mehr Einzelleistungsziffern zur Abrechnung zur Verfügung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begründet das so: Mehr Einzelleistungen und eine stärkere Differenzierung der Versichertenpauschale tragen bei den Hausärzten dazu bei, dass der steigende Behandlungsbedarf bei chronisch Kranken besser abgebildet wird.

Daher gibt es jetzt zwei Gebührenordnungspositionen zur Abrechnung des Chronikerzuschlags: Die GOP 03220 kann bereits bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet werden. Sie ist mit derzeit 13 Euro (130 Punkten) bewertet. Die GOP 03221 ist dagegen mit derzeit 15 Euro (150 Punkten) bewertet. Sie kann nur abgerechnet werden, wenn mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Quartal bestanden haben. Telefonische Kontakte oder mittelbare Kontakte – also zum Beispiel mit Pflegepersonal in Heimen oder Angehörigen – reichen für die Abrechnung der GOP 03221 nicht aus

Auch die Änderung der Chroniker-Richtlinie stellt uns vor eine „Fleißarbeit“, denn nun müssen wir bei all unseren bisherigen „Chronikern“ nachprüfen, ob sie innerhalb der letzten vier Quartale in mindestens drei Quartalen Kontakt mit unserer Praxis hatten und nicht wie bisher mit irgendeiner Praxis. Dazu müssen noch die gesicherten chronischen Diagnosen eingetragen sein und es muss kontrolliert werden, dass in zwei Quartalen eine Versichertenpauschale (VP) abgerechnet wurde. Aus eigener Erfahrung weiß ich, dass das durchaus zeitraubend sein kann. Die erste Chronikerpauschale 03220 kann direkt nach Überprüfung der Kriterien mit der VP eingetragen werden, muss aber gestrichen werden, wenn die GOP 03221 zum Ansatz kommt, denn sonst stimmt die Praxisstatistik im Computer nicht.

Die Gesprächsziffer GOP 03230 kann nicht nur direkt mit dem Patienten, sondern auch telefonisch oder mittelbar erbracht werden. Sie muss aber eine Mindestdauer von zehn Minuten haben. Dabei muss es sich um zusätzliche zehn Minuten für das Gespräch handeln. Der Hausarzt rechnet also für die ersten zehn Minuten Gespräch die Versichertenpauschale ab. Sollte das

Gespräch noch länger dauern, kann er ab 20 Minuten Gespräch je vollendete zehn Minuten die neue Gesprächspauschale abrechnen. Zusätzlich muss das Gespräch dokumentiert werden. Das geht in der Hektik des Praxisalltags oft unter, denn solche Gespräche finden oft „zwischen-durch“ statt. Wenn Sie den Hörer an den Chef weiterreichen, sollten Sie also auch darauf achten, dass der Vorgang gleich in der Akte des Patienten dokumentiert wird.

Geriatrischer Betreuungskomplex

Um die geriatrische Versorgung gezielt zu fördern, ist eine zusätzliche Gebührenordnungs-Position eingeführt worden – die GOP 03362 zur Betreuung von Patienten, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einen besonders aufwändigen Versorgungsbedarf haben. Für den geriatrischen Betreuungskomplex GOP 03362 muss in den letzten vier Quartalen ein geriatrisches Basisassessment GOP 03360 durchgeführt und abgerechnet worden sein. Dieses Assessment kann auch beim Neurologen oder Psychiater gewesen sein, es muss uns nur der Befund vorliegen. Nach Durchführung eines geriatrischen Basisassessments und Diagnosestellung können dann die GOPs 03360 und 03362 zusammen abgerechnet werden.

Nach ICD verschlüsselte Diagnosen, und zwar gesicherte Diagnosen, sind immer wichtiger geworden und jetzt zur Abrechnung dieser GOPs elementar. Überprüfen Sie deshalb alle Dauerdiagnosen auf den Zusatz G, denn Diagnosen wie: Zustand nach Herzinfarkt oder Zustand nach Apoplex, die mit dem Zusatz Z eingegeben sind, fallen zukünftig durch das Raster und finden keine Berücksichtigung mehr. Chronikerpauschalen und Geriatrische Ziffern im gleichen Quartal schließen sich nicht aus, sondern können zusammen abgerechnet werden.

Die Änderungen zum 1. Oktober waren übrigens nur der erste Teil einer größeren Reform. Bis zum 30. Juni 2014 sollen alle Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs neu bewertet werden. Info praxisteam wird Sie auf dem Laufenden halten.

Beate Rauch-Windmüller