

giert werden können. Sofern eine NÄPA-Qualifikation vorliegt, kommen für das Aufsuchen eines Patienten durch einen vom behandelnden Arzt beauftragten angestellten Mitarbeiter der Arztpraxis die Nrn. 38 100 und 38 200 für zusammen 17,68 Euro zum Einsatz.

Hier wird praktisch eine identische Leistung wie beim Ansatz der Nrn. 03 062 und 03 064 mit 2,14 Euro weniger vergütet. Allerdings handelt es sich um extrabudgetäres Honorar. Außerdem sind die Leistung an keine Mindestfallzahl der Praxis gebunden!

Im Rahmen solcher Besuche können alle Leistungen nach der Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal zusätzlich abgerechnet werden. Eine Einschränkung: Hausärzte dürfen diese Besuchsleistung durch Praxispersonal nur beim Einsatz im Pflegeheim berechnen. Der Einsatz bei Patienten, die in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden, ist ausgenommen.



Eine NÄPA ist stets im ärztlichen Auftrag unterwegs.

So läuft die kooperative Heimbetreuung

Um die kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung im Pflegeheim zu verbessern, können Vertragsärzte eine Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V mit dem Heim abschließen. Die Hausärzte koordinieren dann die medizinische Versorgung der Versicherten in Abstimmung mit der stationären Pflegeeinrichtung und den ggf. beteiligten Fachärzten und benennen aus ihrem Kreis einen Koordinationsarzt.

In dem Vertrag sollte die Erreichbarkeit der Kooperationsärzte und die Ein-

schaltung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes geregelt sein. Nicht zwingend vorgeschrieben ist ein Angebot außerhalb der Sprechstundenzeiten. Da das Gesetz ausdrücklich auf eine kooperative Betreuung abzielt, sind hier die Bestimmungen des § 11 der Bundesvereinbarung zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen aufgehoben. Es ist also nicht mehr automatisch eine unzulässige Abrechnungshäufigkeit zu vermuten, wenn bei Praxen desselben Versorgungsbereichs 20% der Patienten oder mehr identisch sind.

MMW-KOMMENTAR

Zur Abrechnung des vermehrten Aufwands steht pauschal bis zu zweimal innerhalb von vier Quartalen (Krankheitsfall) die Nr. 37 100 EBM als Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale zur Verfügung. Alternativ gibt es die Nr. 37 102 als Zuschlag zu den Nrn. 01 410 oder 01 413 einmal im Quartal. Der im Kooperationsvertrag benannte koordinierende Arzt kann anstelle der Nrn. 37 100 bzw. 37 102 einmal im Quartal die Nr. 37 105 berechnen, einen exklusiven Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale. Alle genannten Abrechnungspositionen sind für jeden in diesem Rahmen betreuten Patienten ansatzfähig. Bei jedem notwendigen Besuch nach Nr. 01 413 kann darüber hinaus der Zuschlag nach Nr. 37 113 zugesetzt werden. Für die Fallkonferenzen zwischen den kooperierenden Ärzten und dem Pflegepersonal, die Teil eines jeden Kooperationsvertrags sein müssen, kann die Nr. 37 120 berechnet werden – allerdings nur bis zu dreimal innerhalb von vier Quartalen. Alle genannten Leistungen des EBM-Abschnitts IV.37 sind von der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Zeitvorgaben ausgenommen und können ggf. mit anderen Nrn. wie den Chroniker- oder Geriatriepauschalen kombiniert werden.

Tab. 1 Abrechnungsbeispiel kooperativ versorgter Heimpatient

EBM	Legende	Euro
03 005	Versichertenpauschale ab dem 76. Lebensjahr	22,37
03 040	Zuschlag zur Versichertenpauschale: hausärztlicher Versorgungsauftrag	15,34
37 100 oder 37 102	Zuschlag zur Versichertenpauschale: Heimbetreuung (einmal im Behandlungs-, zweimal im Krankheitsfall) Zuschlag zu den Nrn. 01 410 oder 01 413 (einmal im Behandlungsfall)	13,32
zusätzlich möglich:		
01 413	Mitbesuch Heimpatient	11,29
37 113	Zuschlag zur Nr. 01 413 bei einem Kooperationsvertrag mit dem Heim	11,29
37 120	Fallkonferenz (dreimal im Krankheitsfall)	6,82
	Summe	80,53