

Achtung: Bei der Geriatrie wird's kompliziert

— Seit 2013 gibt es im EBM das hausärztlich-geriatrische Basisassessment nach Nr. 03 360 und den hausärztlich-geriatrischen Betreuungskomplex nach Nr. 03 362. Obgleich der Bereich als förderungswürdig eingestuft und 250 Millionen Euro als Anschubfinanzierung bereitgestellt wurden, kommt er nicht so recht „aus den Startlöchern“.

2016 wurde deshalb der Abschnitt IV 30.13 für die spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung mit den Nrn. 30981 und 30984–30986 geschaffen. Auch Hausärzte können diese Leistungen erbringen, müssen allerdings ein Jahr in einer geriatrischen Spezialeinrichtung hospitieren. Wer das nicht kann oder will, kann zumindest mit der Nr. 30980 die Indikation eines weiterführenden geriatrischen Assessments stellen. Und für die Einleitung und Koordination der Therapie in der Folge eines solchen Assessments steht der Zuschlag nach Nr. 30988 zur Verfügung. Die beiden Nrn. sind mit 21 bzw. 7,03 Euro bewertet und werden extrabudgetär vergütet.

MMW-KOMMENTAR

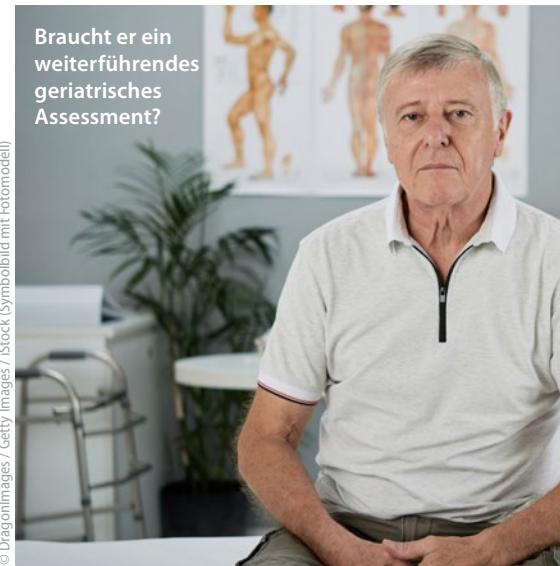
Die KBV hat nun in die Abrechnungszahlen geschaut und einige Ungereimtheiten entdeckt. So haben die Hausärzte die Vorabklärung nach Nr. 30980 deutlich öfter abgerechnet als die geriatrischen Spezialisten das für sie gedachte Gegenstück, die Nr. 30981. Daher wurde jetzt zusätzlich eine Art Facharztvorbehalt bei der Überweisung in eine geriatrische Spezialeinrichtung eingebaut: Hausärzte können die Nr. 30980 künftig nur noch abrechnen, wenn sie tatsächlich ein Gespräch mit dem geriatrisch spezialisierten Arzt geführt haben.

Beim Koordinationszuschlag nach Nr. 30988 fiel wiederum auf, dass die Hausärzte ihn öfter abrechneten als die Spezialisten das weiterführende geriatrische Assessment. Deshalb ist er jetzt nur noch ansetzbar, wenn ein solches auch tatsächlich vorher bei dem Patienten durchgeführt wurde. Konkret bedeutet das: Hat man einen Patienten, der einer besonderen geriatrischen Diagnostik und Behandlung bedarf, muss man sich zunächst mit einem geriatrisch spezialisierten Arzt in Verbindung setzen und mit ihm die Indikation besprechen. Dafür kann

man als Hausarzt die Nr. 30980 berechnen – aber nur, wenn der Spezialist im Gegenzug die Nr. 30981 abrechnet. Geht der Patient danach zu diesem Spezialisten, kann der die Nr. 30984 für das Assessment berechnen. Kommt der Patient dann mit Therapieempfehlungen zurück, kann der Hausarzt die Nr. 30988 berechnen.

Braucht er ein weiterführendes geriatrisches Assessment?

© Dragonimages / Getty Images / iStock (Symbolbild mit Fotomodell)



Wird die 25-Stunden-Pflicht zum Problem?

— Ab 1. Mai 2019 müssen alle Vertragsärzte nicht mehr nur 20, sondern mindestens 25 Sprechstunden pro Woche anbieten. So gibt es das neue Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vor. Hausärzte dürften selbst diese angehobene Wochenarbeitszeit eher selten unterschreiten, zumal die Hausbesuchstätigkeit laut dem Gesetz ausdrücklich eingerechnet wird.

MMW-KOMMENTAR

Vorsicht ist trotzdem geboten. Im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ist nämlich bis-

her geregelt, dass eine Arbeitszeit von mindestens 20 Stunden einem Arztsitz mit vollem Versorgungsauftrag entspricht. Auch diese Vorgabe dürfte dem TSVG folgend in Kürze auf 25 Stunden angehoben werden – was wiederum Auswirkungen auf das Regelleistungsvolumen (RLV) hat. Nur wer nachweislich auf diese Stundenzahl kommt, erhält ein volles RLV.

Die KVen haben dies auch bisher schon geprüft, und zwar anhand der Zeitprofile, die für jede Praxis im Zusammenhang mit der Plausibilitätsprüfung nach Zeitvorgaben erstellt werden. Hier sollte man berücksichti-

gen, dass eine ganze Reihe von EBM-Leistungen keine Zeitvorgaben haben. Insbesondere die „Notfall-Nummern“ 01 100–01 102, die Pauschalen nach den Nrn. 01 430 oder 01 435 sowie die dringenden Besuchsleistungen nach den Nrn. 01 411, 01 412 und 01 415 sind mit keiner Zeitangabe versehen. Wer also häufig solche Leistungen erbringt, sollte dies in irgendeiner Form dokumentieren. Im Zweifelsfall hat er sich dann, wenn die Summe der Zeitprofile einer Woche einmal keine 25 Stunden ergibt, die Möglichkeit eröffnet, auch diese Leistungen noch berücksichtigen zu lassen.