

Eine Umfrage unter Kollegen – und das ist kein Witz! – hat Erstaunliches ans Licht gebracht: Es gibt immer noch Kollegen, die gar nicht wussten, dass es einen neuen EBM gibt.

Hausärztliche Komplexleistungen

Spirometer jetzt einstampfen?

Die neuen hausärztlichen Komplexleistungen sind nicht ganz einfach verständlich; sie haben deswegen zu einigen Irritationen geführt. Sind Einzelleistungen überhaupt noch berechnungsfähig? Und wenn beispielsweise die Spirographie fakultativer Leistungsinhalt der Nr. 03210 ist, kann man das Spirometer doch quasi entsorgen? Was passiert, wenn ein Patient am Quartalsende kommt, für die Berechnung des Komplexes aber zwei Arzt-Patienten-Kontakte erforderlich sind? Abrechnungsexpertin Ursula Klinger erläutert die wichtigsten Punkte.



Foto: Thomas

Ursula Klinger: Gar nicht so schlecht für Hausärzte.

— Grundsätzlich gibt es für die hausärztliche Praxis im EBM zwei neue Betreuungskomplexe bei chronischen Erkrankungen: Dazu gehört zum einen die Nr. 03210 – Behandlung eines Patienten mit chronisch internistischen Grunderkrankungen. Die Ziffer kann einmal im Quartal abgerechnet werden und erfordert mindestens zwei Arzt-Patienten-Kontakte. Wir hatten in MMW Nr. 16/2005 schon einmal über diese Ziffer berichtet. Weil vielen Hausärzten neben dem obligaten vor

allen Dingen auch der fakultative Leistungsinhalt der Nr. 03210 Kopfzerbrechen bereitet, gehen wir diese Wochen nochmals auf einige Details ein.

Fakultative Leistungen, die im Komplex enthalten sind, sind: das Ruhe-EKG (03320), die spirographische Untersuchung (03330), ein Ganzkörperstatus (03311), die klinisch-neurologische Basisdiagnostik (03312) und die orientierende Erhebung des psychopathologischen Status (03313). Dann kann man ja eigentlich die Spirogra-

phie oder das EKG einstampfen, kommentiert ein Arzt während eines EBM-Seminars diese Aufzählung. „Nein – natürlich nicht“, widerspricht Ursula Klinger (www.abrechnungsseminare.de), denn schließlich müssen sowohl EKG als auch Spirometer vorhanden sein, um die Nr. 03210 überhaupt abrechnen zu können (siehe Kasten auf Seite 55).

Im Übrigen sind die Komplexe keine Verschlechterung, führt Frau Klinger weiter aus, denn die Untersuchun-

gen sind kalkulatorisch in den 455 Punkten enthalten, egal ob sie tatsächlich durchgeführt werden oder nicht. Hier sollten Ärzte zunächst einmal auf die alte Abrechnung schauen und nachsehen, wie oft diese Leistung bei den Patienten in den Quartalen zuvor abgerechnet wurde.

Grundsätzlich gilt: Eine Komplexleistung geht vor Einzelleistung. Der Arzt kann also nicht wählen zwischen Abrechnung der einzelnen Leistung oder dem Komplex. Hier werden die KVEN auch ein wachsames Auge haben und bei Falschabrechnungen bzw. der zusätzlichen Abrechnung von Einzelleistungen „Korrekturen“ durchführen.

Was passiert aber, wenn ein Patient erst am Ende des Quartals kommt und die Ziffer 03210 angesetzt werden müsste, ein zweiter Patientenkontakt innerhalb dieses Quartals aber nicht

möglich ist? Dann, so die Ansicht der KBV, muss der Arzt am Quartalsende entscheiden, ob er die Einzelleistung abrechnet. Die Komplexziffer kann jedenfalls nicht angesetzt werden. Gleiches gilt, wenn der Patient den zweiten Termin einfach nicht wahrnimmt. Oder der Arzt, erklärt Frau Klinger, rechnet die Nr. 03211 ab, da hier nur ein Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich ist.

Auch auf Plausi-Zeiten achten!

Dieser zweite hausärztliche Komplex, die Nr. 03211 (Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-degenerativen und/oder entzündlichen Erkrankungen des Bewegungsapparates), wird sicherlich bei vielen Patienten infrage kommen. Die Ziffer ist einmal im Behandlungsfall abrechenbar, fakultativer Leistungsinhalt sind

die Nrn. 03311 und 03312. Die Komplexe schließen sich im Übrigen gegenseitig aus, also entweder die Nr. 03210 oder die Nr. 03211 ansetzen.

Wichtig ist, dass die beiden Komplexe auch nicht neben den Nrn. 03001 und 03002 abgerechnet werden dürfen. Ebenso darf die Nr. 03120 nicht am gleichen Tag neben den Komplexen stehen.

Bei der Abrechnung sollten die Ärzte auch immer mal einen Blick auf die Prüfzeiten werfen. Die Nrn. 03311 und 03312 gehen mit jeweils 18 Minuten ins Quartalsprofil ein. Die Komplexe, so Frau Klinger, wirken aber eher entzerrend, denn die Einzelleistungen (wie beispielsweise EKG oder Spirometrie) gehen ins Tagesprofil, und hier sieht Expertin Klinger die größere Gefahr, in eine Plausibilitätsprüfung zu geraten. Wird dann noch die in hausärztlichen Praxen häufige Nr. 03120 (Beratung, Erörterung und/oder Abklärung) abgerechnet, könnten die Prüfzeiten wirklich kritisch werden. Denn die 03120 geht mit zehn Minuten ins Tages- und Quartalsprofil. Da die Softwareprogramme in der Regel über ein Modul verfügen, die Tages- und Quartalsprofile berechnen, sollte der Arzt hier schauen, wie sich seine Zeiten z. B. nach vier Wochen aufsummieren.

Dazu nun einige Abrechnungsbeispiele:

Beispiel 1

Wurde bei einem Patienten die Nr. 03210 oder die Nr. 03211 angesetzt, ist an den Folgetagen z. B. folgende Abrechnung möglich:

Nr. 03115, Nr. 35100 oder Nr. 35110. Hier aber auch wieder Cave: Die neuen Ziffern gehen mit jeweils 16 Minuten ins Plausibilitätsprofil ein.

Beispiel 2

Was geschieht nun, wenn ein Patient nach seiner Krankheit die Praxis wegen präventiver Leistungen aufsucht?

1. Kontakt: Ordinationsgebühr (nach Nrn. 03110 bis 03112).

2. Kontakt: Betreuungskomplex Nr. 03210 (Behandlung eines Patienten

Die spezielle Logik des EBM

Obligat ist fakultativ

Was obligat ist, muss immer vorhanden sein, und was fakultativ ist, kann wegfallen. So interpretiert der normale Menschenverstand diese beiden Begriffe. Nun orientiert sich der EBM 2000plus nicht unbedingt am normalen Menschenverstand, was sich auch in der Verwendung der beiden Begriffe obligat und fakultativ äußert. In den allgemeinen Bestimmungen Nr. 4.4 lesen wir: „Die Berechnung von Komplexen ist nur möglich, wenn die apparativen, räumlichen und persönlichen Voraussetzungen ... zur Erbringung mindestens eines obligaten sowie aller fakultativen Leistungsinhalte im Gebiet und/oder im Schwerpunkt gegeben sind ...“

Obligat ist im EBM also offenbar fakultativ und vice versa. Aber Spaß beiseite: Bei Begriffswahl und Ausdrucksweise haben die EBM-Bastler kein besonders glückliches Händchen bewiesen. Im Klartext ist gemeint: Was der EBM als obligaten Bestandteil eines Leistungskomplexes bezeichnet, muss auch erbracht werden, um den Komplex abrechnen zu können – es sei denn, zwischen den einzelnen obligaten Bestandteilen steht „und/oder“ (was eigentlich nur in den

Spezialistenkapiteln vorkommt – dann reicht einer der so aufgezählten obligaten Bestandteile). Von den fakultativen Bestandteilen muss gar nichts erbracht werden, um den Komplex abrechnen zu können – aber der Arzt muss immer in der Lage sein, diese fakultativen Leistungen bei Bedarf auch zu erbringen.

Das heißt beispielsweise im Fall der Nummer 03210: Es müssen ein EKG-Gerät und ein Spirometer in der Praxis stehen, sonst kann diese Nummer nicht abgerechnet werden. Wer kein Spirometer oder kein EKG hat, kann die Nr. 03210 streng nach EBM nicht abrechnen. Aber tatsächlich erbracht werden muss nichts davon, um die Nummer abrechnen zu können. Erbracht werden muss nur der obligate Teil, also Zwischenanamnese, Beratung, Überprüfung der Arzneimitteltherapie, und es müssen mindestens zwei Arzt-Patienten-Kontakte im Quartal stattgefunden haben. Ist all dies passiert, sind die 455 Punkte für den Komplex schon fällig – ein besonders großer Aufwand ist dies nicht unbedingt. Kommen noch Spirometrie und EKG hinzu, bleibt es allerdings bei den 455 Punkten. **BW ■**

mit chronisch internistischer Grunderkrankung), Konsultationskomplex (Nr. 03115).

3. Kontakt: Konsultationskomplex (Nr. 03115), Beratung, Erörterung, Abklärung, mindestens zehn Minuten (Nr. 03120). Hat das Gespräch z. B. 21 Minuten gedauert, ist die Nr. 03120 zweimal berechnungsfähig.

4. Kontakt: Patient kommt zur Krebsvorsorge:

Konsultationskomplex (Nr. 03115), Krebsvorsorge (Frau Nr. 01730, Mann Nr. 01731), Stuhltest (Nr. 01734, isoliert abrechenbar auch ab 50 Jahren), Urinsediment (Nr. 32031), Beratung zur Früherkennung kollektoriales Karzi-

nom (Nr. 01740 ab 55 Jahren). Bringt der Patient die Stuhlprobe nicht zurück, ist die Kostenpauschale 1,50 Euro nach Nr. 40152 ansetzbar.

Für Hausärzte gar nicht so schlecht

Dabei gilt: Die Vorsorgeuntersuchungen sind nicht nur sinnvoll, sie sind auch attraktiv, denn hier werden immer separate Verträge mit den Krankenkassen abgeschlossen, erläutert Ursula Klinger. „Insgesamt ist der neue EBM für Hausärzte gar nicht so schlecht“, resümiert die Abrechnungsexpertin und fordert die anwesenden Ärzte auf: „Begreifen Sie den neuen EBM auch als Chance!“ **ANKE THOMAS ■**