

VON HAUSARZT ZU HAUSARZT



Dr. Gerd W. Zimmermann
 Facharzt für
 Allgemeinmedizin
 Kapellenstraße 9,
 D-65719 Hofheim

Pflegehilfsmittel richtig verordnen

— Primärkassenpatienten, die sich in einem Pflegeheim befinden, können Inkontinenzartikel zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung auf Kassenrezept verordnet bekommen. Die Verordnung, die einen pauschalen Abrechnungsbetrag pro Monat für das Heim oder den Lieferanten nach sich zieht, wird für den Zeitraum von drei Monaten ausgestellt. Bei einigen Kassen ist eine Verordnung von bis zu sechs Monaten möglich.

MMW Kommentar

Bei Ersatzkassenpatienten in Pflegeheimen gelten davon abweichende Regelungen. Saugende Inkontinenzartikel können dann nicht zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden. Hier muss der Träger des Heims eine Bescheinigung vorlegen, in der der Arzt bestätigt, dass der Patient inkontinent ist. Mit dieser Bescheinigung kann der Träger des Heims gegenüber den Ersatzkassen einen Tagespauschalsatz für die Versorgung mit Inkontinenzartikeln geltend machen.

Ärztliche Unfallmeldung neu vergütet

— Mit dem Formtext F 1050 erstattet der behandelnde Arzt am Tage der ersten Inanspruchnahme durch einen Unfallverletzten gegenüber dem Unfallversicherungsträger die ärztliche Unfallmeldung. Nach Nr. 125 UV-GOÄ konnte bisher für diese Mitteilung der zuständigen Berufsgenossenschaft eine Gebühr in Höhe von 6,15 Euro in Rechnung gestellt werden.

Ringversuchszertifikatspflicht ist in Hausarztpraxen selten

— Ärzte, die quartalsweise einen Nachweis über ihre erfolgreiche Teilnahme an einem Ringversuch für Laborleistungen vorlegen müssen, sind ab dem 2. Quartal 2011 zur elektronischen Übermittlung verpflichtet. Diese Verpflichtung gilt allerdings nur, wenn Leistungen aus einer Schlüsseltabelle abgerechnet werden.

Die jeweilige Praxissoftware zeigt eine Liste mit Laborleistungen an, die der Nachweispflicht unterliegen können. Enthält die angezeigte Liste ringversuchspflichtige Leistungen, muss für diese Gebührenordnungspositionen das Vorliegen eines Zertifikates bestätigt werden.

Eine Zertifikatspflicht entfällt allerdings, wenn Leistungen aus dieser Liste als patientennahe Sofortdiagnostik gemäß der Richtlinie der Bundesärztekammer einzustufen sind. Dies ist der Fall, wenn die Untersuchungen ausschließlich mit sog. „Unit-use-Reagenzien“ durchgeführt werden. Die Eingaben können als Stammdaten hinterlegt, modifiziert und wiederverwendet werden. Es ist daher nicht erforderlich, in den Folgequartalen diese Eingaben erneut zu tätigen. Die Vorgaben der KBV an die Software-Hersteller sehen vor, dass die Praxen das Modul zu jeder Zeit im Quartal aufrufen und mit den entsprechenden Daten füllen und speichern können.

MMW Kommentar

Die Nachweispflicht gilt für alle Ärzte, die ringversuchspflichtige Laborleistungen abrechnen. Grundlage bildet die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen. Für die in der Anlage B1 dieser Richtlinie aufgeführten Untersuchungen muss quartalsweise die erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen nachgewiesen werden. Die sog. patientennahe Sofortdiagnostik ist davon jedoch nicht betroffen. Für Untersuchungen in der Laborgemeinschaft (Basisuntersuchungen, Abschnitt 32.2) ist nicht der einzelne Vertragsarzt, sondern die abrechnende Laborgemeinschaft für den Nachweis verantwortlich. Sofern Leistungen (spezielle Untersuchungen, Abschnitt 32.3.) in der eigenen Praxis oder im Rahmen einer Leistungserbringergemeinschaft persönlich erbracht und mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden, ist der Nachweis je abrechnender Betriebsstätte erforderlich.

Im hausärztlichen Praxislabor dürfte aus dieser Anforderung die Glukosebestimmung im Vordergrund stehen. Für deren Berechnung können die Nrn. 32025 sowie 32057 EBM, letztere in Verbindung mit der Nr. 32089 EBM angesetzt werden. Die Nr. 32025 EBM ist dabei im Gegensatz zur Nr. 32057 EBM in der Schlüsseltabelle nicht enthalten und führt daher nicht zur Nachfrage nach einem Zertifikat, sodass deren Ansatz bevorzugt werden sollte, zumal diese Leistung besser vergütet wird als die Kombination aus den Nrn. 32057 und 32089 EBM. Dabei ist zu beachten, dass die Einschränkung in der Legende der Nr. 32025 EBM – quantitative Bestimmung (nicht mittels trägergebundener Reagenzien) – bereits vor längerer Zeit aufgehoben wurde, aber in der gedruckten Ausgabe des EBM, Stand 1. Januar 2009, noch enthalten ist.

MMW Kommentar

Ab dem 1.4.2011 wird diese Berichtsgebühr auf 7,50 Euro angehoben. Hierbei handelt es sich um einen Vergütungsanspruch im Rahmen der sog. Allgemeinen Heilbehandlung, der jedem Vertragsarzt und nicht nur den sog. D-Ärzten zusteht.