

Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment

Betriebswirtschaftlich macht das keinen Sinn

Dr. med. F. J. Z., Arzt für Allgemeinmedizin, KVNo:

Ich habe eine große Allgemeinpraxis auf dem Lande mit zunehmend älter werdender Klientel. Das Hausärztlich-geriatrische Basisassessment wäre häufig sinnvoll, um den Status der geriatrischen Patienten zu dokumentieren. Das Regelleistungsvolumen reicht zur Grundversorgung nicht aus. Betriebswirtschaftlich macht die Leistung eigentlich keinen Sinn. Was raten Sie mir?

Antwort: Die GOP 03 240, das „Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment (BA)“, findet sich im Hausarzt-EBM im Abschnitt 3.2.3 „Besonders förderungswürdige

Einzeleistungen und Leistungskomplexe“ als allererste Gebührenordnungsposition. Im Zeitalter der Regelleistungsvolumina (RLV) klingt die Überschrift wie Hohn für den Hausarzt. Auch die Vergütung ist eine Verhöhnung ärztlicher Leistung: Für 12,97 Euro soll ein umfangreiches Diagnostikprogramm mit mindestens drei Tests aus drei verschiedenen Leistungsbereichen erbracht werden.

Für die Prüfzeit sind zehn Minuten angesetzt. Damit kann der Vertragsarzt leben, auch wenn er sicherlich in der Regel weit aus mehr Zeit braucht, entsprechend zu beraten.

Betriebswirtschaftlich gesehen führt diese Leistung ins Abseits. Sie fällt ins RLV, das bei

Ihnen ja bereits durch die Grundversorgung erschöpft ist. Dies ist verständlich, da es sich in der Regel ja um multimorbide Patienten über 60 Jahre handelt. Die Versichertenpauschale GOP 03 112, € 35,75 in Kombination mit dem „Chroniker-Zuschlag“ GOP 03 212, € 17,35 überschreitet ja bereits jedes RLV in der BRD. Damit wird klar, warum diese GOP so selten abgerechnet wird.

Hier gibt es nur einen Ausweg: Bieten Sie einen so genannten „Brain- und Fitness-Check“ an. Dieser ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern eine Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL). Damit wird die Leistung vom Patienten bezahlt und die betriebswirtschaftliche Seite ist wieder stimmig!

Vitaminspritzen bei diabetischer Polyneuropathie

Kann ich die Regressforderung abwenden?

Dr. med. P. G., Dinslaken:

Ich habe das Präparat Medivitan® mit der Indikation diabetische Polyneuropathie auf Kassenrezept verordnet. Die Injektion hat die Patientin zuhause selbst geregelt. Jetzt habe ich eine Regressforderung erhalten. Kann ich dies mit der vorliegenden Erkrankung Polyneuropathie abwehren?

Antwort: Leider nein! Nach den Arzneimittel-Richtlinien (AM-RL) sind Vitamine grundsätzlich erst einmal ausgeschlossen, weil sie zu den OTC-Arzneimitteln zählen. Die wenigen zulässigen Ausnahmen für Vitamine sind in den AM-RL aufgezählt. Die diabetische Polyneuropathie darf durchaus behandelt werden. Dies setzt aber die Zulassung des entsprechenden Präparates für diese Indikation voraus. Aus der Fachinformation der Firma zu Medivitan geht aber



© Klaus Eppeler / fotolia.com

Cave: Bei Vitaminen löst Rezeptpflicht keine Leistungspflicht der GKV aus.

hervor, dass das Präparat in erster Linie zur „Selbstmedikation“ bestimmt ist. Des Weiteren gibt es wirtschaftlichere Therapiemöglichkeiten, zu denen der Arzt nach der AM-RL § 9 Wirtschaftliche Ordnungsweise, Absatz 2, „verpflichtet ist.“

Auch die Tatsache, dass die Spritzampullen rezeptpflichtig sind, löst keine Leistungs-

pflicht der GKV aus. Die Verordnung muss also auf einem „Grünen“- oder „Privat“-Rezept erfolgen.

Eine Therapieform, die aus Sicht der GKV unwirtschaftlich ist, muss dennoch dem Patienten nicht vorenthalten werden! Als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) kann diese Therapieform angeboten werden. Die ärztlichen Leistungen werden nach GOÄ abgerechnet, die Spritzampullen entweder dem Patienten verordnet oder als Materialkosten in der Liquidation aufgeführt.

Bezüglich der Selbstinjektion durch die Patientin zuhause habe ich erhebliche Bedenken. Hier müsste eine entsprechende Dokumentation der Aufklärung über die Komplikationen erfolgen. Aus diesen Gründen sollte eine Vitalisierungskur mit Spritzen grundsätzlich in der Praxis erfolgen.