

Ihre Fragen zur Abrechnung und zur wirtschaftlichen Praxisführung beantwortet unser Experte Helmut Walbert, Würzburg.



Helmut Walbert
Allgemeinarzt,
Medizinjournalist und
Betriebswirt Medizin

Rufen Sie an!
Tel. 0 93 1 / 2 99 85 94
donnerstags, 13 bis 15 Uhr
w@lbert.info

Honorar-Nepp beim Medikationsplan?

? Dr. P. W., Allgemeinarzt, Rheinland-Pfalz: *Bei der Überprüfung der Leistungsziffernstatistik der KV-Abrechnung habe ich den Eindruck, dass die Nr. 01 630 für den Medikationsplan zu selten vergütet wird. Eigentlich haben wir mehr Fälle, die dafür infrage kommen. Was raten Sie?*

! MMW-Experte Walbert: Alle Achtung, dass Sie sich so intensiv mit der Abrechnung beschäftigen und die Plausibilität überprüfen!

Die Überprüfung der Nr. 01 630 wird allerdings dadurch erschwert, dass sie nur einmal im Krankheitsfall – also innerhalb von vier Quartalen – abrechenbar ist. Die Anzahl der vergüteten Fälle schwankt durch diese Bestimmung von Quartal zu Quartal. Die Überprüfung ist fast unmöglich, wenn nicht praxisintern entsprechende Listen exakt geführt werden.

Hinzu kommen diverse Ausschlüsse. Bei allen Patienten, für die im gleichen Quartal die Chronikerpauschale und der automatische Zuschlag nach Nr. 03 222 vergütet werden, ist die Nr. 01 630 ausgeschlossen. Der Medikationsplan ist bereits fakultativer Inhalt der Chronikerpauschale – sie wird also unabhängig davon vergütet, ob für den Patienten tatsächlich ein Plan erstellt wurde, aber es

ist auch keine zusätzliche Abrechnung daneben möglich. Auch neben dem hausärztlich-geriatrischen Betreuungskomplex nach Nr. 03 362 ist eine Abrechnung der Nr. 01 630 ausgeschlossen. In diesem Fall ist der Medikationsplan sogar obligater Bestandteil.

Noch wichtiger ist allerdings, dass seit dem 1. Oktober 2016 eine ganze Reihe von Patienten auch einfach auf Wunsch Anspruch auf einen Medikationsplan haben. Das gilt dann, wenn sie gleichzeitig mindestens drei zulasten der GKV verordnete, systemisch wirkende Medikamente über einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen einnehmen oder anwenden. Diesen Patienten muss die ein Medikationsplan erstellt werden, der dann nach der Nr. 01 630 abgerechnet wird. Auch hier gilt der Krankheitsfall als Frist für die nächste Abrechnung – egal wie viele Erkrankungen während dieses Jahres über 28 Tagen behandlungsbedürftig werden. ■



Mit dem Plan behalten Patienten den Überblick.

© Eva-Katalin / Getty Images / iStock

Vitamin D zahlt mitunter die Kasse

? Dr. A. S., Hausarzt-Internist, Köln, Nordrhein: *Nach Frakturen bei manifester Osteoporose sind Vitamin-D-Präparate zulasten der GKV verordnungsfähig. Gilt das auch für andere Indikationen? Wie gehe ich bei nachgewiesenem Vitamin-D-Mangel vor?*

! MMW-Experte Walbert: Bei einem laborchemisch nachgewiesenen,

klinisch relevanten Vitamin-D-Mangel sollten erst einmal nicht-medikamentöse Maßnahmen wie UV-Licht-Exposition und Ernährungsumstellung versucht und dokumentiert werden. Ist kein ausreichender Erfolg zur Erreichung, können zugelassene Vitamin-D-Präparate zulasten der GKV verordnet werden.

Auch die leitliniengerechte Komedikation mit einem Vitamin-D-Präparat

bei Steroidtherapie (> 7,5 mg Prednisolonäquivalent für voraussichtlich länger als sechs Monate), z. B. bei Rheuma oder Polymyalgie, kann zulasten der Krankenkasse verordnet werden.

Ein weiterer möglicher Fall, der auch in der Hausarztpraxis vorkommt, ist die Verordnung zur Rachitisprophylaxe bei Säuglingen und Kleinkindern bis zum vollendeten 2. Lebensjahr. ■