

Chronikerbehandlung: EBM vs. GOÄ

— Bei der Behandlung und Betreuung eines chronisch kranken Patienten kann im vertragsärztlichen Bereich als Zuschlag zur Versichertenpauschale einmal im Quartal die Nr. 03 220 EBM (14,07 Euro) berechnet werden. Obligater Leistungsinhalt ist lediglich ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt. Bei einem weiteren persönlichen Kontakt kann noch die Nr. 03 221 (4,33 Euro) für eine intensive Behandlung hinzugesetzt werden. Dafür ist die Überprüfung, Anpassung und/oder Einleitung von Maßnahmen der leitliniengestützten Behandlung der chronischen Erkrankung obligatorisch. Da die Leistungen fakultativ die Erstellung bzw. Aktualisierung eines Medikationsplans sowie ggf. die Anpassung von Selbstmedikation und Arzneimittelhandhabung beinhalten, setzt die KV noch die Nr. 03 222 (1,08 Euro) zu.

Doch was ist eine schwerwiegende chronische Krankheit? Nach § 2 der Chroniker-Richtlinie liegt eine solche vor, wenn sie wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

- Pflegegrad 3, 4 oder 5 nach SGB XI,
- Grad der Behinderung (GdB) oder Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60%,
- kontinuierliche medizinische Versorgungsbedürftigkeit, ohne die eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Bedauerlicherweise definiert die Präambel zum Abschnitt IIIa 3.2.2 des EBM die kontinuierliche ärztliche Behandlung so: In mindestens drei der letzten vier Quartale muss wegen derselben chronischen Erkrankung jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt in derselben Praxis stattgefunden haben.

In mindestens zwei Quartalen muss es ein persönlicher Kontakt gewesen sein.

Immerhin wird diese Systematik nicht unterbrochen, wenn der Patient den betreuenden Hausarzt wechselt. In diesem Fall muss der neue Hausarzt die Arzt-Patienten-Kontakte seines Vorgängers dokumentieren und die Abrechnung mit dem Zusatz „H“ kennzeichnen.

MMW-KOMMENTAR

In der GOÄ gibt es die Nr. 15 für die „Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken“ (40,23 Euro). Der Begriff des chronisch Kranken ist nicht exakt definiert, aber die Leistungsle-

gende lässt erkennen, dass eine regelmäßige Betreuung und Koordination als Bedingung anzusehen ist. Ausgeschlossen ist daneben nur die Fremdanamnese nach Nr. 4.

Die Leistung darf einmal im Kalenderjahr berechnet werden. Dies bedeutet auch, dass man sie formal nicht am Anfang eines Jahres berechnen kann, da ihr Leistungsinhalt dann noch gar nicht erfüllt sein kann. Die Nr. soll die vielen Gespräche z. B. mit Erziehungsberechtigten, Pflegepersonen, Lebenspartnern und Angehörigen der Hilfsberufe in diesem Zeitraum abgelten.

Der im EBM in der Chronikerziffer enthaltene Medikationsplan kann hier zusätzlich berechnet werden, und zwar mit der Nr. 76 (schriftlicher Diätplan, 9,38 Euro bei 2,3-fachem Satz) als Analogziffer.

Tab. 1 Berechnung des zusätzlichen Aufwands bei chronisch Kranken

EBM	Legende	GOÄ	Legende
03 220	Zuschlag zur Versichertenpauschale bei einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	15	Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken
03 221	Zuschlag zur Nr. 03 220 bei intensiver Behandlung und Betreuung		
03 222	Zuschlag zur Nr. 03 220 für die Erstellung eines Medikationsplans	A76	Medikationsplan analog zu Nr. 76 (individueller schriftlicher Diätplan)



© rockerclicks / stockadobe.com