

Heilmittel-Bürokratie: Praxen werden entlastet

— Am 19. September hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Erleichterungen bei der Heilmittelverordnung beschlossen, die ab Oktober 2020 gelten sollen. Das Bundesgesundheitsministerium hat nun zwei Monate Zeit, die Neuerungen zu genehmigen.

Die bisherige Regelfallsystematik entfällt. Künftig wird nicht mehr zwischen Erst- und Folgeverordnung sowie Verordnung außerhalb des Regelfalls unterschieden. Stattdessen gibt es einen Verordnungsfall, an den sich eine „orientierende Behandlungsmenge“ anschließt. Der Arzt muss sich an dieser Menge zwar orientieren, kann aber je nach medizinischem Bedarf des Patienten davon abweichen.

Außerdem werden Diagnosegruppen zusammengeführt, sodass von bisher 22

noch 13 übrigbleiben. Es wird auch nicht mehr zwischen kurz-, mittel- und längerfristigem Behandlungsbedarf unterschieden. Bereits verordnete Behandlungsmengen müssen deshalb nicht mehr aufgerechnet werden, und der Wechsel der Diagnosegruppen entfällt. Allerdings muss künftig zwischen „vorrangigen“ und „ergänzenden“ Heilmitteln unterschieden werden, da optionale



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

Heilmittel in die vorrangigen integriert werden.

Beim „verordnungsfreien Intervall“ entscheidet künftig ausschließlich das Datum der letzten Heilmittelverordnung darüber, ob die 6-Monats-Frist abgelaufen ist und damit ein neuer Verordnungsfall vorliegt.

In der Richtlinie wird klargestellt, dass sich ein Verordnungsfall auf den verordnenden Arzt bezieht. Die Verordnungen anderer Ärzte müssen also künftig nicht mehr berücksichtigt werden.

MMW-KOMMENTAR

Die Anpassung stellt zweifelsohne eine bürokratische Entlastung der Praxis dar. Ob sich das Regressrisiko dadurch vermindert, darf angezweifelt werden. Hier ist die Neuerung nur alter Wein in neuen Schläuchen! ■

© Kovaleff / stock.adobe.com



Das Patientengespräch steht ganz im Zentrum der Hausarztmedizin.

Wie Sie „sprechende Medizin“ abrechnen können – Teil 1

— Vor dem Jahr 2009 waren die beiden Gesprächsleistungstypen nach den Nrn. 03 230 und 35 100/35 110 EBM einmal für kurze Zeit komplett budgetiert. Es war ein K.O.-Schlag für die sprechende Medizin. Seither hat sich zum Glück manches getan, wenn es auch immer noch einen „Maulkorb“ gibt.

Die Leistung nach Nr. 03 230 kann so oft erbracht und abgerechnet werden, wie dies medizinisch notwendig ist. Sie wird je vollendete 10 Minuten abgerechnet und ist damit mehrfach pro Sitzung möglich. Die Leistungsbeschreibung

wurde 2017 deutlich entschärft. Die Nr. steht nun für ein „problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist“.

Arzt-Patienten-Kontakte, die diese Auflage erfüllen, sind in der hausärztlichen Praxis an der Tagesordnung, sodass man eigentlich nur aufpassen muss, dass man nicht in die Zeitfalle bei der Plausibilitätsprüfung nach Zeitvorgaben tappt. Ab 12 Stunden pro Tag bzw. mehr als 780 Stunden im Quartal ist man als Hausarzt zumindest „verdächtig“.