

Pauschalen niemals ohne Direktkontakt!

HOTLINE – 093 1 / 2 99 85 94



Helmut Walbert
Allgemeinarzt,
Medizinjournalist
und Betriebswirt
Medizin

Ein „Hallihallo“ am Empfang reicht nicht

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



Telefon:
093 1 / 2 99 85 94

Jeden Donnerstag,
13 bis 15 Uhr

E-Mail:
w@lbert.info

Dr. K. V., Allgemeinarzt, Sachsen-Anhalt: Kann ich die Chronikerpauschale nach Nr. 03 221 EBM ansetzen, wenn ich einen Patienten telefonisch berate?

MMW-Experte Walbert: Die Nr. 03 221 ist eine Zuschlagsziffer zur Nr. 03 220, die wiederum eine Zuschlagsziffer zur Versichertenpauschale ist. Für alle drei Leistungen ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt obligat. Dieser ist in den Allgemeinen Bestimmungen des EBM unter Punkt 4.3.1 definiert als „die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit von Arzt und Patient und die direkte Interaktion derselben“. Die Nr. 03 221 kann also nicht telefonisch erbracht werden.

Hier drängt sich ein weiteres Problem auf, das vielen Praxisteams nicht bewusst ist. Zu Beginn des Quartals werden Versichertenpauschale und Chronikerzuschlag häufig routinemäßig angesetzt, ohne dass ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattfindet. Ein „Hallo“ oder „Wie geht's?“ im Empfangsbereich wird bei einer Plausibilitätsprüfung nicht als Begründung anerkannt – es fehlt die persönliche Interaktion. Und das kann erhebliche finanzielle und zulassungsrechtliche Konsequenzen haben. Deshalb muss unbedingt eine Interaktion stattfinden und in der Patientenakte dokumentiert sein. Es reicht schon z. B. der Eintrag einer Blutdruckkontrolle.

Ggf. sollte also der Praxisablauf überprüft werden. Wird zu Beginn des Quartals lediglich ein Wiederholungsrezept oder eine Überweisung ausgestellt, kann nur die Nr. 01 410 angesetzt werden. Um den korrekten Ansatz der Versichertenpauschale sicherzustellen, wird beim Abholen des Formulars bzw. beim Einlesen der Versichertenkarte ein Termin zur Erbringung des geforderten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakts mit entsprechender Dokumentation vereinbart.



Ein Telefonat ist für die Chronikerpauschale zu wenig.

Gynäkologische Krebsvorsorge: Längeres Intervall ab 35

Dr. P. P., Allgemeinärztin, Niedersachsen: Ich habe eine Zulassung für die gynäkologische Vorsorge. Die Patientinnen nehmen das rege war. Nun zahlt die Kasse den Abstrich erst ab 35 Jahren, und das nur alle drei Jahre. Wird damit die bisherige Krebsvorsorge zur IGeL?

MMW-Experte Walbert: Nicht ganz, denn an den bisherigen gynäkologischen

Vorsorgeleistungen ändert sich nichts. Ab dem 20. Lebensjahr gibt es die Nr. 01 760; hierunter fallen insbesondere die bimanuelle Untersuchung und die Spiegeleinstellung der Portio. In Kombination mit einem zytologischen Abstrich kommt stattdessen die Nr. 01 761 zum Ansatz. Ab dem Alter von 30 Jahren kommt in beiden Fällen eine bimanuelle Untersuchung der Brust hinzu.

Eine Beschränkung ergibt sich dann aber doch ab dem 35. Lebensjahr: Dann wird die Zytologie mit dem Nachweis humaner Papillomviren nach der neuen Nr. 01 763 kombiniert. Diese Untersuchung kann bei unauffälligem Befund nur alle drei Jahre abgerechnet werden. Der Anspruch auf die Vorsorge nach Nr. 01 760 – also ohne Zytologie – in jedem Kalenderjahr bleibt allerdings bestehen.