

Tab. 1 Abrechnung der Abklärung eines Demenzverdachts

EBM	Legende	Euro
03 242	Standardisiertes Testverfahren bei Demenzverdacht (z. B. SKT, MMST, TFDD), bis zu dreimal im Behandlungsfall	2,64
GOÄ	Legende	Euro (1,8-fach)
855	Projektives Testverfahren (z. B. Rorschach-Test, TAT)	75,74
856	Standardisierter Intelligenz- und Entwicklungstest (Staffeltests oder HAWIE(K), IST/Amthauer, Bühler-Hetzer, Binet-Simon, Kramer)	37,87
857	Orientierender Testuntersuchung (z. B. Fragebogentest nach Eysenck, MPQ oder MPI, Raven-Test, Sceno-Test, Wartegg-Zeichentest, Haus-Baum-Mensch, nicht aber der sogenannte Lüscher-Test)	12,17

So läuft es in der GOÄ

Auch in der GOÄ gibt es beim Einsatz psychometrischer Testverfahren keine Einschränkungen beim Alter des Patienten. Je nach Art des Tests gibt es die Nrn. 855–857 (Tab. 1). Da die Testungen zu den „technischen Leistungen“ zählen, gilt ein reduzierter Gebührenrahmen (Schwellensatz: 1,8-fach, Ma-

ximalsatz: 2,5-fach). Sie können nur einmal im Behandlungsfall mit den Nrn. 1 und 5 kombiniert werden. Der bei der Nr. 03 242 EBM oft angewandte MMST kann im privatärztlichen Bereich nach der Nr. 857 GOÄ abgerechnet werden.

Mehrere Tests desselben Typs in derselben Sitzung sind nicht einzeln abrechenbar. Der Mehraufwand kann nur durch eine Faktorsteigerung dargestellt werden. Möglich ist allerdings eine parallele Berechnung der Nrn. 855–857 in derselben Sitzung.

MMW-Kommentar

Der Aufwand bei der Demenzdiagnostik ist gering, zumal alle Testungen in beiden Gebührenordnungen an eine qualifizierte MFA delegiert werden können. Voraussetzung für die Abrechnung ist lediglich die Auswertung durch die Ärztin oder den Arzt. Möglich ist auch die Überweisung des Patienten an eine geriatrisch spezialisierte Praxis zur Durchführung erweiterter psychometrischer Testverfahren. Dafür kann die Nr. 30 980 EBM (22,18 Euro) berechnet werden. Handelt es sich um eine fachärztliche Praxis, kommt für die Vermittlung des Termins zusätzlich die Nr. 03 008 zum Ansatz. ■

Paxlovid-Bevorratung: Apotheker wollen jetzt Geld von den Praxen



Das antivirale Duo kann theoretisch noch immer von Ärzten direkt an Covid-Patienten abgegeben werden.

Bürokratie macht Direktabgabe praktisch unmöglich

Die SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung ist am 8. April 2023 weitestgehend außer Kraft getreten. Seitdem erhalten Hausärztinnen und Hausärzte keine Vergütung mehr für Bevorratung und Abgabe des Medikaments Paxlovid™. Die Apotheker sollen aber weiterhin Geld dafür bekommen – offenbar auf seltsamen Umwegen.

Grundsätzlich bleibt für Hausarztpraxen bis zum 31. Dezember 2023 die gesetzliche Grundlage bestehen, bis zu fünf Packungen Paxlovid zu bevorraten und direkt an Patienten abzugeben. So steht es in einer Allgemeinverfügung des Bundesministeriums für Gesundheit (BAnz AT 17.08.2022 B5). Für Apotheken und den pharmazeutischen Großhandel wurde deshalb in einem neuen § 422 SGB V eine Übergangsfrist bis Ende 2023 geschaffen. Die gesetzlichen Krankenkassen sollen ihnen eine Distributionspa-

schale von 15 Euro zuzüglich Umsatzsteuer je Packung zahlen, wenn Paxlovid an Arztpraxen zur Bevorratung abgegeben wird.

Das Problem ist, dass es in dieser Konstellation keinen Versichertenbezug und somit keine Kassenzuordnung auf einer Verordnung gibt und die Apotheken somit nicht zulasten der gesetzlichen Krankenkassen abrechnen können. Sie haben aber schon eine Lösung: Sie wollen die Summe künftig einfach den verordnenden Ärztinnen und Ärzten in Rechnung stellen!

MMW-Kommentar

Die KBV sieht angesichts dieser Entwicklung keine Grundlage mehr für eine weitere Bevorratung und Direktabgabe des Mittels an Patientinnen und Patienten. Dieser Empfehlung sollte man trotz der gesetzlichen Auflage folgen. ■