

EBM-Nr. für Medikationsplan fällt leicht unter den Tisch

HOTLINE – 0 93 1 / 2 99 85 94



Helmut Walbert
Allgemeinarzt,
Medizinjournalist
und Betriebswirt
Medizin

Bei „Nicht-Chronikern“ beachten!

Dr. G. R., Hausarzt-Internistin, Thüringen: Wann und wie oft kann ich die Erstellung eines Medikationsplans bei Kassenpatientinnen abrechnen?

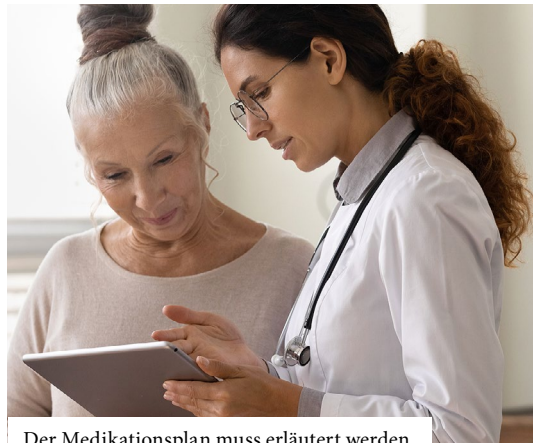
Ihre Fragen zur Abrechnung und zur wirtschaftlichen Praxisführung beantwortet unser Experte Helmut Walbert, Würzburg.



Telefon:
0 93 1 / 2 99 85 94

Jeden Dienstag,
13 bis 15 Uhr

E-Mail:
w@lbert.info



Der Medikationsplan muss erläutert werden.

MMW-Experte Walbert: Nach § 31a SGB V haben Vertragsärztinnen und -ärzte auf Verlangen einen Medikationsplan in Papierform zu erstellen, den Versicherten zu erläutern und auszuhändigen. Voraussetzung ist, dass die Versicherten mindestens drei systemisch wirkende Arzneimittel für mindestens 28 Tage zulasten der GKV verordnet bekommen haben. Hausärzte sind zum Ausstellen des Medika-

tionsplans verpflichtet, Fachärzte nur dann, wenn der Versicherte keinen Hausarzt hat. Für die Leistung steht die mit 4,48 Euro außerbudgetär vergütete Nr. 01 630 EBM zur Verfügung, die binnen vier Quartalen nur von einem Vertragsarzt einmalig abgerechnet werden kann.

Anders sieht es aus bei chronisch kranken Patientinnen und Patienten, für die der Zuschlag nach Nr. 03 220 angesetzt wird. Bei ihnen ist die Nr. 01 630 ausgeschlossen. Stattdessen setzt die KV pauschal den Zuschlag 03 222 zu – unabhängig davon, ob ein Medikationsplan erstellt wird oder nicht. Die Nr. ist mit 1,15 Euro bewertet. Sie wird nicht zugesetzt, wenn für den Patienten im selben Behandlungsfall der hausärztlich-geriatrische Betreuungskomplex nach Nr. 03 362 abgerechnet wird. Denn bei dieser Position ist der Medikationsplan Teil des obligaten Leistungsinhalts und wurde somit bereits vergütet. Fazit: In der Regel setzt die KV bei Chronikern die Pauschale automatisch zu. Sie als Hausärztin müssen nur darauf achten, den Ansatz nicht zu vergessen, wenn es um einen „Nicht-Chroniker“ geht, der eine länger andauernde Akutmedikation (28 Tage oder mehr) erhält. ■

In der GOÄ gibt es keinen Medikationsplan – was tun?

Dr. Y. F., Hausarzt-Internistin, Nordrhein: Wie kann ich den Medikationsplan bei Privatpatienten abrechnen?

MMW-Experte Walbert: Ein Medikationsplan dokumentiert übersichtlich und verständlich mindestens zwei einzunehmende Medikamente mit Dosierungs- und Einnahmehinweisen. In der veralteten GOÄ gibt es keine originäre Nr., es muss also eine gleichwertige, in der GOÄ

enthaltene Leistung analog abgerechnet werden. In jedem Fall kommt die kurze Bescheinigung nach Nr. 70 infrage – als Nr. A 70, „Erstellung oder Aktualisierung und ggf. elektronische Übersendung eines Medikationsplans“, bei 2,3-fachem Satz 5,36 Euro.

Bei Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes, Osteoporose mit Frakturen oder Ernährungsstörungen kann auch die Nr. 76 möglich werden. Die Legende fordert

die Erstellung eines individuellen schriftlichen Diätplans. Wenn diätetische Maßnahmen nötig sind, müssten diese auf dem Medikationsplan vermerkt werden. Dann ist eine Nr. A 76 möglich: „Individueller schriftlicher Medikationsplan mit individuellem Diätplan“ bei 2,3-fachem Satz 9,38 Euro. In Fällen von Tumorerkrankungen mit laufender Chemo- bzw. Strahlentherapie kann auch die Nr. 78 in Betracht gezogen werden. ■