

# Pflegeheimbetreuung jetzt besser bezahlt

## Lohnt sich die kollegiale Kooperation – oder lauert darin sogar eine Plausibilitätsfalle?

➔ Medical-Tribune-Bericht

**HOFHEIM – 2014 haben sich KBV und Kassen über die Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen verständigt. Und seit Mitte 2016 gibt es Positionen im EBM, die diese Leistungen vergüten.**

Die EBM-Nrn. 37100, 37102, 37113 und 37120 sind auf die Heimversorgung zugeschnitten. Sie können nur von Ärzten abgerechnet werden, die bei der Betreuung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung einen Kooperationsvertrag gemäß § 119b SGB V nachweisen, der die Anforderungen der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erfüllt.

Insbesondere Hausärzte sollen den multiprofessionellen Behandlungsprozess steuern. Hierzu gehört das Veranlassen, Durchführen und/oder Koordinieren diagnostischer, therapeutischer und rehabilitativer

### Kooperative ärztliche Heimversorgung gemäß Präambel 37.1 Nr. 3 und Anlage 27 zum BMV-Ä

EBM	Leistungsbeschreibung	Euro
37100	Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale für die Betreuung von Patienten	13,16
37102	Zuschlag zu den EBM-Nrn. 01410 oder 01413 für die Betreuung von Patienten	13,16
37105	Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt	29,96
37113	Zuschlag zur EBM-Nr. 01413 für den Besuch eines Patienten in einem Pflegeheim, mit dem ein Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V besteht	11,16
37120	Fallkonferenz	6,74

mit dem Zuschlag nach Nr. 37113 versehen werden (6,74 Euro).

Die Nr. 37105 (29,96 Euro) ist eine Quartalspauschale und ebenfalls ein Zuschlag zur Nr. 03000. Sie kann nur von einem an der Behandlung beteiligten Vertragsarzt berechnet werden. Hierüber ist eine schriftliche Vereinbarung mit den anderen kooperierenden Ärzten zu treffen.

D.h.: Ein am Versorgungsvertrag beteiligter Hausarzt kann alternativ nur eine dieser Leistungen berechnen und kommt im Fall der Nr. 37105 z.B. bei 100 betreuten Altenheimbewohnern auf einen Quartalsumsatz von 2996 Euro. Bei allen an-

unter Einbeziehung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, gewährleistet werden.

Die kooperierenden Ärzte und die stationäre Pflegeeinrichtung müssen sich über die Dokumentation der ärztlichen Leistungen, Befunderhebungen und Anweisungen verständigen und eine gemeinsame Dokumentationsform und -aufbewahrung vereinbaren.

Finanziell interessant ist eine gemeinsame Versorgung der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen, wenn sich mehrere Hausarztpraxen mit einer hohen Zahl an Patienten in der Einrichtung zusammentun.

Ggf. wird das auch durch die aufgewerteten Möglichkeiten, qualifizierte Praxismitarbeiterinnen (NäPa, Verah) in eine solche Heimversorgung einzubeziehen, wirtschaftlich machbar.

#### Extrabudgetäres Honorar für Heimbesuche der NäPa

Werden die Heimbesuche weitgehend an solche Praxisassistentinnen delegiert, kann die Grundpauschale nach Nr. 37100 pro Patient berechnet werden, während z.B. für die NäPa-Besuche die üblichen Zuschläge anfallen. Alle genannten Leistungen werden extrabudgetär vergütet,

unterliegen also keiner Mengengrenzung.

Die Frage ist nur: Wie verhalten sich die Prüfungsgremien? Die Kooperationsregeln sehen eine gemeinschaftliche Betreuung der Patienten vor. Das ergibt sich schon aus der Möglichkeit der Fallkonferenz nach EBM-Nr. 37120. Bei z.B. fünf hausärztlichen Praxen mit je 20 Heimpatienten käme eine Patientenzahl von 100 zustande, die sich nicht nur in den Pauschalen, sondern auch bei der Fallzahl der einzelnen Praxen und damit bei der Zuteilung des Regelleistungsvolumens niederschlagen würde.

Höchststrichterlich sind aber nur maximal 20 % gemeinsam behandelte Patienten plausibel; eine Überschreitung dieser Grenze wäre Anlass für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung. Wenn Vorsatz unterstellt wird – und das ist hier ja vertragliche Voraussetzung –, käme sogar der Staatsanwalt ins Spiel. Ob die Kassenärztliche Bundesvereinigung das bedacht hat?

*Dr. Gerd W. Zimmermann*

Maßnahmen. Dies muss u.a. durch regelmäßige und bedarfsgerechte Visiten gewährleistet werden und beinhaltet auch Vertretungsregelungen.

Die übrigen Vorgaben des BMV-Ä sind ebenfalls in den berechnungsfähigen Positionen abgebildet.

### **Nur ein beteiligter Arzt darf die Nr. 37105 abrechnen**

Die Nr. 37100 wird als Zuschlag zur Versichertenpauschale Nr. 03000 einmal im Behandlungsfall (Quartal) bezahlt. Sie ist 13,16 Euro wert und kann höchstens zweimal im Krankheitsfall (Zeitraum von vier Quartalen) berechnet werden. Sie ist im Behandlungsfall nicht neben den Nrn. 37102 und 37105 berechnungsfähig.

Die Nr. 37102 (13,16 Euro) ist ein Zuschlag zu den Hausbesuchen nach den Nrn. 01410 oder 01413 und kann nur einmal im Quartal berechnet werden. Weitere Besuche nach Nr. 01413 können je Besuch

### **Konsile und Fallbesprechungen mit Pflegekräften**

deren beteiligten Hausärzten wären es mindestens 1316 Euro.

Die Hausärzte müssen sich gegenüber dem Alten-/Pflegeheim verpflichten, dem Versicherten und seinen Angehörigen bzw. Bezugspersonen als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen. Sie müssen Fallbesprechungen und Konsile unter Beteiligung der notwendigen Fachdisziplinen sowie Pflegekräfte (ggf. telefonisch) koordinieren.

Derartige Fallkonferenzen können nach der Nr. 37120 EBM (6,74 Euro) berechnet werden. Der Ansatz ist höchstens dreimal im Krankheitsfall möglich und auch bei einer telefonischen Fallkonferenz möglich.

Für eine engere Zusammenarbeit mit den Pflegefachkräften können gemeinsame Fortbildungen erfolgen. Es ist eine ärztliche Präsenz sicherzustellen. Zur Koordination

der Versorgung in sprechstundenfreien Zeiten muss zumindest eine telefonische Erreichbarkeit, ggf.



Heimbewohner und Angehörige sind froh, wenn für medizinische Fragen regelmäßig ein Hausarzt verfügbar ist.

Foto: fotolia/Photographiee.eu