

# Betriebsstörungen sind vorprogrammiert

Von Gerd Nett

Seit dem 1. Januar 2008 gilt ein neuer Einheitlicher Bewertungsmaßstab für die Vergütung der Ärzte. Diese Änderungen haben Einfluss auf die ambulanten Pflegedienste.

**Bielefeld.** Der Gesetzgeber hat durch die Gesundheitsreform die Vereinbarung und die Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) dem Bewertungsausschuss, gebildet aus den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, als eigenverantwortliche Aufgabe zugewiesen. Der „EBM 2008“ trat am 1. Januar 2008 in Kraft und löst den seit 2004 geltenden „EBM 2000plus“ ab.

Der EBM führt alle vertragsärztlichen Leistungen, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden können, auf und bewertet die Leistungen mit Punktzahlen. Die Folge des damit verbundenen Budgetsystems ist: je mehr Punkte alle Ärzte einer Gruppe zusammen erbringen, umso geringer wird deren Wert in Eurocent. Daher versucht (fast) jeder Arzt so viele Punkte zu erreichen wie möglich, denn auf den Punktwert hat der Einzelne kaum einen Einfluss, sondern nur auf die Menge.

Der EBM 2008 enthält u.a. folgende neue Strukturen: Versichertenpauschalen für hausärztlichen Leistungen und Grund- und Zusatzpauschalen für fachärztlichen Leistungen werden eingeführt statt der bisherigen Abrechnung über Einzelleistungen. Es gibt einen Zuschlag für die Behandlung von Versicherten mit schwerwiegenden chronischen Erkrankungen. Dieser Zuschlag gilt jedoch nur für Hausärzte und hausärztlich tätige Internisten und Pädiater. Für dringende Besuche in beschützenden Einrichtungen, z.B. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal wird eine neue Besuchspauschale eingeführt.

Zunächst einmal werden alle Ärzte in 2008 versuchen, ihre Punktzahlen auf der Basis des neuen EBM weiter zu optimieren. Dies kann dazu führen, dass Ärzte, die bislang einige der Leistungen (auch solche aus der HKP-Richtlinie) selbst erbracht haben, diese nun an Pflegedienste delegieren. Grund ist, dass diese als fakultative Leistungen in der Versichertenpauschale enthalten sind und nicht mehr gesondert abgerechnet werden können.

Da die Neuverordnung und die Überprüfung der Notwendigkeit bzw. die Koordination der verord-



Leistungen der Häuslichen Krankenpflege, die Ärzte teilweise selbst erbracht haben, könnten jetzt wieder an die Pflegedienste übertragen werden.

Foto: Krüper/nh

neten Häuslichen Krankenpflege (HKP) ebenfalls eine „Inklusivleistung“ ist, könnte es aus den gleichen Gründen zu einem zögerlichen Verordnungsverhalten führen. Dies ist aber praktisch nicht zu erwarten, da erstens die Leistungen der HKP nicht budgetiert sind und zweitens die aufgeführten Vorteile sich sonst nicht erzielen ließen.

Vermutlich wird es häufiger zu Überweisungen der Patienten zu Fachärzten kommen, da auch hier die Pauschale vom überweisenden Hausarzt abgerechnet werden kann, aber gleichzeitig der Facharzt die „Inklusivleistungen“

übernehmen muss. Das spart dem überweisenden Arzt Zeit, die in andere Patienten investiert werden kann, ohne das eigene Budget zu gefährden. Dies könnte indirekt zu einem gesteigerten Koordinationsaufwand für die Pflegedienste führen.

Einige Ärzte werden vermehrt hausärztlich-geriatrische Basisassessments, z.B. bei Verdacht auf Vorliegen einer Demenz oder bei Sturzgefährdung, durchführen. Zum einen gibt es hierfür 370 Punkte und die standardisierten Tests lassen sich zum Teil an Praxismitarbeiter delegieren. Die Testergebnisse könnten vom

Pflegedienst für die Beurteilung der Kunden genutzt werden, insbesondere wenn es um zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI geht. Vorsichtig sollte man allerdings sein, wenn man als „kostenloser“ Dienstleister für den fakultativen Teil dieses Zuschlages (z.B. die Beratung zur Wohnraumanpassung) instrumentalisiert werden soll.

Um den Morbiditätszuschlag abrechnen zu können, sind mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte pro Quartal notwendig. Also sind die Ärzte darauf angewiesen, dass die Patienten zwischenzeitlich nicht den Arzt wechseln. Die Anzahl der Patienten einer Praxis mit schwerwiegenden chronischen Erkrankungen und/oder mit Funktions- und Fähigkeitsstörungen, insbesondere Hirnleistungsstörungen ist in 2008 sehr wichtig. Denn an dem prozentualen Verhältnis zu den übrigen Patienten und Praxen bemisst sich ab 2009 die Höhe (in Euro) des individuellen, praxisbezogenen Morbiditätszuschlagsschlages. Daher werden die Ärzte vermehrt versuchen, diese Klientel durch Tests zu identifizieren.

Rechnen Sie damit, dass es im ersten Halbjahr bei den niedergelassenen Ärzten zu „Störungen“ kommen kann, da vieles für sie völlig neu ist und sich erst einspielen muss.

## INFORMATION

Gerd Nett, System & Praxis,  
Tel.: (0 26 94) 91 15 28, E-Mail:  
Gerd.Nett@SysPra.de

## Quelle:

CAREkonkret

NR. 1/2 // 4.1.2008

# Ambulante Dienste