



EBM 2008: Zuschlag zu den Versichertenpauschalen (Nr. 03212)

Bei der Abrechnung auf der Grundlage des EBM 2008 kommt es für die Hausärzte entscheidend darauf an, die Abrechnungsbedingungen der neuen Nr. 03212 korrekt anzuwenden. Aus der Leistungsbeschreibung im EBM 2008 und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ergeben sich folgende Kriterien:

Regelung im EBM 2008

Nr. 03212 Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach den Nr. 03110 bis 03112 für die Behandlung eines Versicherten mit einer oder mehreren schwerwiegenden chronischen Erkrankung(en) gemäß § 2 Abs. 2 der Richtlinie des G-BA.

Obligater Leistungsinhalt

Mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte, einmal im Behandlungsfall (kurativ-ambulant) 495 Punkte.

Der Zuschlag nach Nr. 03212 kommt grundsätzlich nur im Zusammenhang mit einer Versichertenpauschale nach den Nrn. 03110 bis 03112 in Betracht. Hausarztpraxen mit einem diabetologischen Schwerpunkt können in Überweisungsfällen die Nr. 03212 neben den Versichertenpauschalen nach den Nr. 03120 bis 03122 EBM abrechnen.

Die Abrechnung der Versichertenpauschalen setzt mindestens einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt voraus. Zusätzlich fordert der „Chroniker-Zuschlag“ einen weiteren Arzt-Patienten-Kontakt, der persönlich, aber auch im Rahmen eines Telefongespräches erfolgen kann. Der zweite Arzt-Patienten-Kontakt sollte, sofern keine weiteren Leistungen berechnungsfähig sind, in der Patientenakte dokumentiert werden.

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

„Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

- a) Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem 2. Kapitel des SGB XI vor.

- b) Es liegt ein Grad der Behinderung vor (GdB) von mindestens 60 % nach § 30 des Bundesversorgungsgesetzes oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % nach § 56 Abs. 2 SGB VII vor, wobei der GdB bzw. die MdE zumindest auch durch die Krankheit nach Satz 1 begründet sein muss.
- c) Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.“

(§ 2 Abs. 2 der Chroniker-Richtlinie des G-BA)

Nach den Richtlinien des G-BA zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten muss bei dem betreffenden Patienten eine Dauerbehandlung wegen derselben Erkrankung für mindestens ein Jahr vorliegen – mit mindestens einer ärztlichen Behandlung im Quartal – und zusätzlich eines der unter a) bis c) genannten Merkmale. Von zentraler Bedeutung ist das Erfordernis einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung.

Der G-BA hat darauf verzichtet, eine Liste von schwerwiegenden chronischen Erkrankungen zu erstellen. Aus der medizinischen Fachliteratur lasse sich eine stringente Konkretisierung nicht ableiten, heißt es in den „Tragenden Gründen“ zur Entscheidung.

Bei der Abrechnung der Nr. 03 212 ist die Angabe der ICD-Klassifikation nicht erforderlich. Die Abrechnung erfolgt in jedem Quartal, sofern der Patient im Rahmen der kontinuierlichen medizinischen Versorgung die ärztliche Behandlung in Anspruch genommen hat. Es gibt keine Zuordnung der Abrechnungsfähigkeit zu einem bestimmten Hausarzt.