

# Medikationsplan – zu viele Sonderregeln

**Die Honorierung des Medikamentenplans steht. Sie ist enttäuschend ausgefallen. Noch dazu müssen Vertragsärzte im Blick behalten, wann die Einzelleistung angesetzt werden muss und wann der Zuschlag automatisch zugesetzt wird. Das gilt für Haus- und Fachärzte gleichermaßen.**

Die Honorierung ärztlicher Leistungen wird immer komplizierter. Die drei wichtigsten Arten der Honorierung: Einzelleistungen, Komplexleistungen und Zuschläge lassen sich für den Vertragsarzt neben dem medizinischen Alltag vielleicht gerade noch verstehen. Doch ganz im Sinne des Abbaus der Bürokratie werden nun dieselben Leistungen je nach Erkrankungsart der Patienten und in Abhängigkeit der verschiedenen Fachrichtungen über eine der drei Arten unterschiedlich honoriert. Dass das fast nicht mehr zu kontrollieren ist, scheint honorarpolitisch so gewollt.

So ist es auch mit dem Medikationsplan, auf den Patienten Anspruch haben, die drei oder mehr ärztlich verordnete, systemisch wirksame Medikamente langfristig einnehmen. Die Honorierung erfolgt entweder über eine eigene Gebührenordnungsposition (GOP 01630), oder über Zuschläge, für die es in den einzelnen Fachgruppenbereichen teils eigene Gebührenordnungspositionen gibt, die meist automatisch von der KV zugesetzt werden. Hinzu kommt, dass es in den verschiedenen Fachrichtungen selbst noch unterschiedliche Regelungen für diese Leistung gibt.

Die Abrechnung des Medikationsplans im hausärztlichen Versorgungsbereich haben wir in der APP vom 6. Oktober behandelt. Im fachärztlichen Bereich wird die Abrechnung noch einmal komplexer. Fachärzte rechnen entweder

- den Zuschlag nach GOP 01630 ab,
- oder sie erhalten einen fachgruppenspezifischen Zuschlag zu ihrer entsprechenden Grundpauschale (s. Tabellen).

Der Zuschlag nach GOP 01630 ist allerdings patientenspezifisch gefasst. Das heißt, es sind Erkrankungen der Patienten festgelegt, bei denen die GOP 01630 als Zuschlag im Sinne einer Einzelleistungsvergütung berechnungsfähig ist: Dazu zählen onkologische Patienten, Schmerzpatienten sowie Patienten mit einer Organtransplantation.

Der Zuschlag zur fachgruppenspezifischen Grundpauschale wird automatisch von der KV zugesetzt, sofern die entsprechenden Voraussetzungen gegeben sind und nicht schon die GOP 01630 abgerechnet wurde. Die Vergütung über den Zuschlag zur Grundpauschale erfolgt leistungsunabhängig einmal im Behandlungsfall, also unabhängig davon, ob für den Patienten ein Mediplan erstellt oder aktualisiert wurde, oder nicht. Der Zuschlag ist je nach Fachgruppe unterschiedlich hoch bemessen. Für Fachgruppen, die viele Medikamente verordnen und deshalb öfter einen Plan aktualisieren oder ausstellen werden, ist der Zuschlag zur Grundpauschale höher, als bei Fachgruppen mit wenigen Verordnungen. Also müssen fachgruppenspezifische Zuschläge erhalten – allerdings nicht für jede Fachgruppe .

- Beispiel 1: Patient mit Z.n. Lebertransplantation in Behandlung bei seinem Hausarzt. In Abhängigkeit von der Krankenkasse, der der Patient angehört ist der Z.n. Lebertransplantation ggf. als Chroniker anerkannt. Damit würde die GOP 03220 zur Abrechnung kommen, der die GOP 03222 seitens der KV in jedem Quartal zugesetzt wird. Gilt der Patient nicht als Chroniker, würde die GOP 01630 einmal im Krankheitsfall abzurechnen sein. Beim Internisten ohne Schwerpunkt würde die GOP 13227 einmal im BHF von der KV zugesetzt.

- Beispiel 2: Patient mit Hypertonie und KHK beim Internisten ohne SP. Die GOP 13227 würde von der KV zugesetzt. Der betreuende Hausarzt würde die GOP 03220 für den Chroniker abrechnen, wodurch der Zuschlag nach GOP 03222 ausgelöst werden würde. Handelt es sich um einen geriatrischen Patienten, für den die hausärztliche Betreuungspauschale 03362 angesetzt wird, so erhält der Hausarzt für den Medikationsplan keine Gebühr.

- Beispiel 3: Patient mit Z.n. Bypass-OP wegen KHK beim Kardiologen: Die KV würde die GOP 13547 zusetzen.

# Die Pauschale für den Medikationsplan - automatisch von der KV zugewährt

Fachärztliche Zuschläge für Patienten, bei denen die Einzelleistung nicht berechnungsfähig ist

Fachgruppe	Zuschlag	P	€	zu GOP	Bemerkungen
Anästhesie	05227	3	0,31	05210 - 05212	<p>Die Vergütung erfolgt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- leistungsunabhängig</li> <li>- extrabudgetär</li> <li>- einmal im BHF</li> </ul> <p>Die Zuschläge sind nicht berechnungsfähig, wenn im Krankheitsfall schon die Einzelleistung (GOP 01630) berechnet wurde.</p> <p>Der Zuschlag wird von der Kassenärztlichen Vereinigung unter Beachtung der Abrechnungsausschlüsse automatisch zugewährt.</p>
Augenärzte	06227	2	0,21	06210 - 06212	
Chirurgie	07227	2	0,21	07210 - 07212	
Gynäkologie	08227	2	0,21	08210 - 08212	
HNO	09227	2	0,21	09210 - 09212	
Hautärzte	10227	2	0,21	10210 - 10212	
Internisten ohne Schwerpunkt	13227	9	0,94	13210 - 13212	
Angiologie	13297	2	0,21	13290 - 13292	
Endokrinologie	13347	3	0,31	13340 - 13342	
Gastroenterologie	13397	2	0,21	13390 - 13392	
Hämatologie / Onkologie	13497	9	0,94	13490 - 13492	
Kardiologie	13547	2	0,21	13540 - 13542	
Nephrologie	13597	9	0,94	13590 - 13592	
Pneumologie	13647	6	0,63	13640 - 13642	
Rheumatologie	13697	6	0,63	13690 - 13692	
Kinder- und Jugendpsychiater	14217	2	0,21	14210 - 14211	
Neurologie Neurochirurgie	16218	6	0,63	16210 - 16212	
Orthopädie	18227	2	0,21	18210 - 18212	
Phoniatrie / Pädaudiologie	20227	2	0,21	20210 - 20212	
Psychiater	21227	6	0,63	21210 - 21212	
Phoniatrie / Pädaudiologie	21228	6	0,63	21213 - 21215	
Psychosomatik	22219	2	0,21	22210 - 22212	
Urologie	26227	2	0,21	26210 - 26212	
Physikalische u. rehabil. Medizin	27227	2	0,21	27210 - 27212	
Schmerztherapie	30701	9	0,94	30700	

# Die Einzelleistung - GOP 01630 als Zuschlag zu Versicherten-/Zusatzpauschalen

Fachgruppe	Zuschlag	P	€	zu GOP	Bemerkungen
Allgemeinmedizin	01630	39	4,07	03000 Versichertenpauschale	Der Zuschlag kann je Patient einmal im Krankheitsfall (= einmal in vier Quartalen) von einem Vertragsarzt abgerechnet werden.  Die Vergütung erfolgt extrabudgetär.
Kinder-u. Jugendmedizin				04000 Versichertenpauschale	
Chirurgie				07345 Onkologische Erkrankung	
Gynäkologie				08345 Onkologische Erkrankung	
HNO				09345 Onkologische Erkrankung	
Dermatologie				10345 Onkologische Erkrankung	
Gastroenterologie				13435 Onkologische Erkrankung	
Internisten Transplantatträger				13437 Lebertransplantatträger	
Kardiologen				13561 Herztransplantatträger	
Nephrologen				13601 Nierentransplantatträger	
Pneumologen				13675 Onkologische Erkrankung	
				13677 Lungen-/ Herz-Lungen- Transplantatträger	
MKG- Chirurgie				15345 Onkologische Erkrankung	
Urologen				26315 Onkologische Erkrankung	
Schmerztherapeuten	30700 chron. Schmerzranke				
Ausnahme: *Internisten mit SP Hämatologie/Onkologie erhalten einen entsprechend höheren Zuschlag auf die Grundpauschale = zu jedem BHF einmal im Quartal (BHF), automatisch zugesetzt					
Internistische Hämato-Onkologen	13497	9	0,94	13490 - 13492 Grundpauschale	Einmal im BHF

## Die Abrechnung für Hausärzte auf einen Blick

**Wie in der** App-Ausgabe vom vergangenen Donnerstag ausführlich dargestellt, gibt es für Hausärzte zwei alternative EBM-Ziffern über die sie am extrabudgetären Honorar für den Medikationsplan partizipieren:

- **GOP 01630:** Zuschlag zur Versichertenpauschale für die Erstellung und Pflege eines Medikationsplans, einmal im Krankheitsfall, 39 Punkte.
- **GOP 03222:** Leistungsunabhängiger Zuschlag zur Chronikerpauschale 03220, einmal im Behandlungsfall, 10 Punkte (wird von der KV zugesetzt).
- **Beide Positionen** sind neben dem geriatrischen Betreuungskomplex (03362) nicht berechnungsfähig.