


DAUERBAUSTELLE: VIEL HICKHACK UM TERMINVERMITTLUNG

Zum Jahreswechsel wurden neue Regelungen zur Terminvergabe geschaffen. Patienten sollen **schneller einen Termin bei Fachärzten** erhalten, so der Wunsch der Politik. Dass mit schnelleren Arztterminen die Probleme im System gelöst werden können, findet der Deutsche Hausärzteverband schon vom Ansatz her falsch. Warum der Verband das glaubt und welche Regeln gelten, lesen Sie in folgendem Beitrag.

 Anke Thomas

Die Neuerungen bei der Terminvereinbarung zum 1. Januar haben den Hausärztinnen und Hausärzten – neben einer etwas besseren Vergütung für die Terminvermittlung an einen Facharzt – eine Menge Ärger beschert. Offenbar wurden Hausarztpraxen reihenweise mit (dringlichen) Überweisungswünschen von Fachärzten und Patienten überhäuft. Viele Hausarztpraxen berichteten seit Anfang des Jahres von derartigen Problemen. Denn das Prozedere um Überweisung und Terminvermittlung frisst Zeit, die in den hausärztlichen Praxen ein äußerst knappes Gut ist. Auch wenn sich bei der Vermittlung eigentlich nicht viel im Vergleich zum Vorjahr geändert hat, offenbarten sich doch eine Reihe von Fragen zur Abrechnung – auch zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV). Einige Kassenärztliche Vereinigungen vertraten nämlich zunächst die Ansicht, dass Hausärztinnen und Hausärzte, die mit ihren Patienten HZV-Verträge abgeschlossen haben und in denen die Terminvermittlung nicht im HZV-Ziffernkranz enthalten ist, die EBM Nr. 03008 nicht abrechnen dürfen. Dies hätte eine Benachteiligung der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) bedeutet, machte der Deutsche Hausärzteverband das

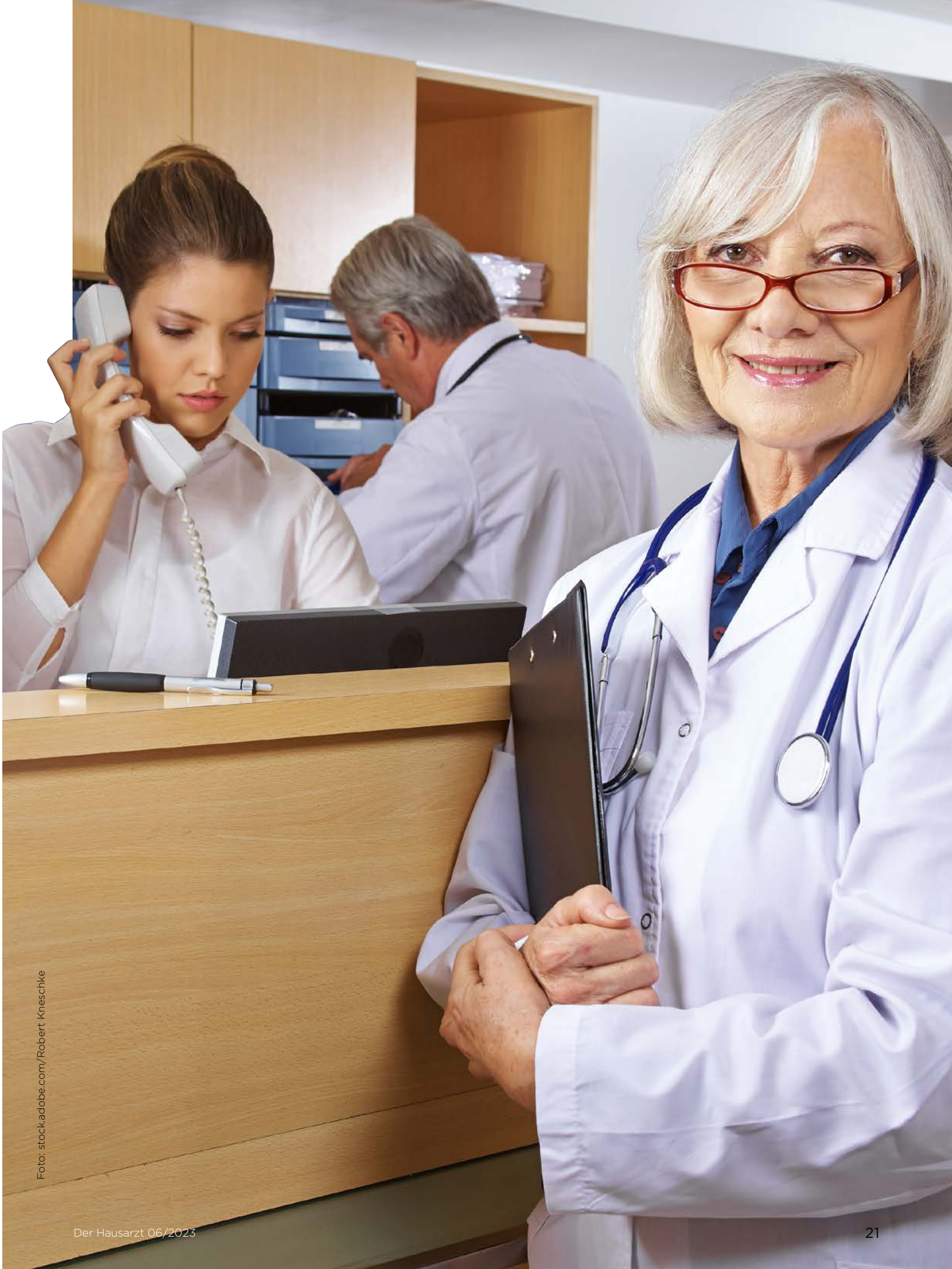
Bundesgesundheitsministerium (BMG) aufmerksam und bat um Klarstellung.

BMG stärkt HZV den Rücken

Das BMG hat jüngst reagiert und in einem Schreiben an die Kassenärztliche Bundesvereinigung deutlich gemacht, dass HZV-Ärztinnen und Ärzte – sofern die Terminvermittlung nicht im Ziffernkranz enthalten ist – die EBM-Ziffer 03008 ansetzen dürfen. Hausärztinnen und Hausärzte, die mit ihren Patienten HZV-Verträge abgeschlossen haben, in denen die Terminvermittlung im HZV-Ziffernkranz enthalten sind, können diese EBM-Ziffer selbstverständlich nicht ansetzen.

Auch wenn diese Kuh für die HZV-Hausärztinnen und Hausärzte vom Eis ist, sieht der Deutsche Hausärzteverband nicht, dass sich mit der Terminvermittlung die wirklichen Probleme im System lösen lassen. Dabei bastelt die Politik immer wieder an der Terminvermittlung herum.

Dazu eine kleine Terminvermittlungs-Zeitreise: Der ehemalige Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hatte die Terminvermittlung als Erster in den Fokus genommen. Mit der Einführung der Terminservicestellen (TSS) wollte Gröhe die niedergelassene





Das gilt für die Abrechnung der 03008

Hier eine Übersicht zum Prozedere und weitere Hinweise zur Abrechnung der EBM-Nr. 03008:

- Stellt die Hausarztpraxis fest, ein dringlicher Termin ist nötig, zählen die Tage ab dem Folgetag der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit. Wochenend- und Feiertage zählen mit.
- Auf der Überweisung muss die Betriebsstättennummer (BSNR) des weiterbehandelnden Facharztes nicht eingetragen werden. Nur bei der Abrechnung ist die BSNR anzugeben.
- Ab dem 24. Kalendertag muss die medizinische Begründung in Feldkennung 5009 eingetragen werden.
- Dringliche Termine können für einen Patienten bei mehreren Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen vereinbart werden. Die EBM Nr. 03008 kann dann auch mehrfach abgerechnet werden. Dafür muss jeweils ein eigener Überweisungsschein angelegt werden.
- Vorsicht: Nach den Abrechnungsprüfungs-Richtlinien darf der Anteil der Fälle mit der EBM Nr. 03008 nicht mehr als 15 Prozent betragen. Eine Hausarztpraxis mit 1.000 Patienten dürfte in dem Quartal also maximal bei 150 Patienten eine dringliche Terminvermittlung – ohne auffällig zu werden – abrechnen.
- Die Terminvermittlung kann mit der Facharztpraxis telefonisch, über KIM, E-Mail, eine Portallösung (e-Terminservice), per Fax... erfolgen. Es gibt dafür keine konkreten Vorgaben. Wichtig ist, dass dem Patienten der konkrete Termin mitgeteilt wird.
- Die Terminvermittlung kann auch eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter des Praxisteam übernehmen. Der Termin muss nicht persönlich von der Hausärztin bzw. dem Hausarzt vereinbart werden.
- Den Zuschlag erhalten Hausarztpraxen im Übrigen auch dann, wenn der Patient den vereinbarten Termin in der jeweiligen Facharztpraxis nicht wahrgenommen hat.

Nicht abgerechnet werden darf der Zuschlag, wenn:

- der vermittelte Patient bereits im laufenden Quartal bei demselben Facharzt bereits in Behandlung war. Dies ist zu erfragen.
- der Haus- und Facharzt in derselben Praxis tätig sind. Innerhalb einer BAG bzw. eines MVZ ist eine Terminvermittlung nicht möglich, weil eine Vermittlung nur zu einem anderen Leistungserbringer erfolgen kann. Ein MVZ bzw. eine BAG werden aber rechtlich als Einheit gesehen, erklärt die KV Thüringen dazu.

Ärzeschaft bereits 2016 dazu bringen, Patienten möglichst schnell zu Facharztterminen zu verhelfen. Wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) es nicht schaffen sollten, Patienten in einem überschaubaren Zeitraum über die TSS eine Arztbehandlung zu vermitteln, sollte eine Behandlung in der Klinik möglich sein. Die Behandlungskosten sollten aus dem Topf der Niedergelassenen an die Klinik erfolgen – eine Aufweichung der Sektorengrenzen zu Ungunsten der niedergelassenen Ärzte. Allerdings zündete Gröhes Idee nicht wirklich. Neues Feuer erhielt das Ganze mit Gröhes Nachfolger, dem ehemaligen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn. Spahn brachte das Terminservice – und Versorgungsgesetz auf den Weg, das 2019 in Kraft trat. Die Behandlung neuer Patienten wurde mit einer extrabudgetären Vergütung versüßt. Aber auch das funktionierte nicht wirklich.

Steuerung kann so nicht klappen

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach als Spahns Nachfolger schaffte bekanntlich die Neupatientenregelung zum Jahreswechsel ab. Die Regelung habe sich nicht bewährt, befand Lauterbach und setzt Hoffnung darauf, dass neben den TSS noch mehr Termine über die Hausärztinnen und Hausärzte vermittelt werden als es bisher der Fall ist. Aber auch das wird so nicht gelingen, ist der Deutsche Hausärzteverband überzeugt. Und zwar schon allein deshalb, weil die Zahl der nachgefragten Termine das Angebot weit übersteigt. Und es außerdem viel zu viele vermeidbare Arzt-Patientenkontakte gibt, die so sicher nicht verhindert werden können. Die Koordination müsste vielmehr über die Hausarztpraxis laufen, erklärt der Deutsche Hausärzteverband. Denn die Hausärztin bzw. der Hausarzt kennt die Patienten oft jahrelang, versorgt sie und überweist – wenn nötig – an eine Facharztpraxis (siehe dazu Kommentar rechts).

Zumindest wird die Terminvermittlung durch Hausarztpraxen im EBM seit Jahresbeginn etwas besser vergütet. Für die EBM-



MIT PRIMÄRARZTSYSTEM WARTEZEITENDILEMMA LÖSEN

KOMMENTAR

von Dr. Markus Beier

Die Wartezeitendiskussion ist so alt wie unser Gesundheitswesen. Und aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist das ja auch durchaus nachvollziehbar: Da zahlt man jeden Monat seine Beiträge und dann wartet man Monate auf einen Facharzttermin.

Die Politik antwortet seit Jahren nach dem immer gleichen Rezept: Mehr Termine für alle und das möglichst schnell. Hierfür werden im Jahresrhythmus neue Wege der Terminvermittlung aus dem Boden gestampft, beispielsweise über die Terminservicestellen. Dass jeder Termin, egal wie er vermittelt wird, nur einmal vergeben werden kann, wird kurzerhand ignoriert. Die Politik wählt so den einfachen und öffentlichkeitswirksamen Weg und drückt sich vor der eigentlichen Debatte, die zwar etwas komplexer ist, für die Zukunft unseres Gesundheitswesens aber entscheidend: Was ist Bedürfnis – und was ist wirklich Bedarf? In kaum einem anderen Land gehen die Menschen so häufig zum Arzt wie in Deutschland. Und jeder, der in der hausärztlichen Versorgung arbeitet,

dürfte darüber kaum verwundert sein. Da werden Patientinnen und Patienten von einem Facharzt zum nächsten geschickt, teilweise werden offensichtlich überflüssige Untersuchungen mehrfach durchgeführt usw. Eine Folge ist dann eben auch, dass diejenigen, die wirklich auf die fachärztliche Expertise angewiesen sind, viel zu lange auf einen Termin warten müssen.

Wir erleben aber auch, dass die Patientinnen und Patienten, die sich von uns steuern lassen, deutlich besser dran sind. Zahlreiche Studien belegen das eindrucksvoll. Evaluationen zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg zeigen deutlich, dass Patienten, die an der HZV teilnehmen, weniger unkoordinierte Facharztkontakte haben sowie eine geringere Hospitalisierungsrate.

Also liebe Politik: Die Qualität eines Gesundheitssystems misst sich nicht daran, dass jedes Bedürfnis immer sofort bedient wird, sondern ob die, die einen echten Bedarf haben, schnell und gut versorgt werden. ●

Nummer 03008 (extrabudgetärer Zuschlag auf die Versichertenpauschale) gibt es seit dem 1. Januar 131 Punkte bzw. 15,05 Euro statt zuvor etwa 10 Euro.

Hausärzte können die EBM Nr. 03008 abrechnen, wenn der Termin bei einem Facharzt innerhalb von 35 Tagen vereinbart wurde. Liegt der Termin zwischen dem 24. Tag und 35. Tag, ist in der Abrechnung zwingend eine medizinische Begründung anzugeben. Was eine plausible medizinische Begründung sein könnte, darüber gibt es bislang keine Informationen.

Wenn der Behandlungstermin beim Facharzt spätestens vier Kalendertage nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit liegt, erhält der Facharzt die höchsten Zuschläge. Offenbar aufgrund dieses Umstands haben Fachärzte teils dringliche

Überweisungen angefordert, damit die vier Tage-Frist eingehalten wird. Allerdings betont der Deutsche Hausärzteverband gegenüber Politik und Öffentlichkeit: Allein die Hausärztin bzw. der Hausarzt entscheidet, ob eine dringliche Behandlung bei einem Facharzt erforderlich ist.

Für einen Termin zwischen dem fünften und dem 23. Tag gibt es für den Hausarzt lediglich die Vorgabe, dass dem Patienten eine Terminvermittlung durch die TSS bzw. eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten oder seine Bezugsperson nicht angemessen oder zumutbar ist. Eine Begründung für solch einen Termin (zwischen dem 5. und 23. Tag) ist nicht unbedingt erforderlich. KVen empfehlen jedoch die Dokumentation des Grundes in der Patientenakte. ●

