

EBM 2014

## Wie aus einem zwei Behandlungsfälle werden

von Dr. med. Heinrich Weichmann, Lippetal

Der „Behandlungsfall“ ist für die Abrechnung von EBM-Positionen eine der bedeutendsten mengenbegrenzenden Regularien: Viele Leistungspositionen – insbesondere die relativ hoch bewerteten Quartalspauschalen – sind nur einmal im Behandlungsfall (Quartal) berechnungsfähig. In der täglichen Praxis wird auf den „Behandlungsfall“ in der Regel nicht besonders geachtet, ein Patient ist automatisch ein Behandlungsfall. Aber: Durch die Definition des „Behandlungsfalls“ im Bundesmantelvertrag (BMV) können sich besondere Konstellationen ergeben. |

### Die Definition des Behandlungsfalls

Was vielfach nicht bedacht wird: Ändert sich einer der Parameter zur Definition des Behandlungsfalls, liegt ein neuer Behandlungsfall vor. Bei drei Parametern (1. Wechsel der Arztpraxis, 2. anderer Patient, 3. neues Quartal) ist klar, dass ein neuer Behandlungsfall ausgelöst wird – interessant ist aber auch der 4. Parameter: Wechsel der Krankenkasse!

#### ■ Der Behandlungsfall im Wortlaut – § 21 BMV

„Die gesamte von derselben Arztpraxis innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten zulasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung gilt jeweils als ein Behandlungsfall“

### Neue Gesetzeslage ab 1. Januar 2015

Dass Versicherte in eine andere Krankenkasse wechseln, kommt immer wieder einmal vor, so etwa bei einem Umzug oder dem Wechsel des Arbeitsplatzes mit Übergang in eine betriebsgebundene BKK. Die Bereitschaft, in eine andere Krankenkasse zu wechseln, wird Anfang 2015 deutlich zunehmen. Der Grund: Am 1. Januar 2015 tritt das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) in Kraft. Der Beitragssatz wird einheitlich auf 14,6 (bisher 15,5) Prozent festgeschrieben. Aber: Die Kassen können Zusatzbeiträge erheben und zwar einkommensabhängig mit einem definierten Prozentsatz von Einkommen. Auch jetzt schon können die Kassen Zusatzbeiträge erheben, aber als feste Pauschale, ein gering Verdienender zahlt also ebenso viel ein besser Verdienender. Werden ab Januar 2015 die Zusatzbeiträge in Prozent vom Einkommen festgelegt, werden höhere Einkommen stärker belastet. Und: Während die 14,6 Prozent Grundbeitrag hälftig von Arbeitnehmer und Arbeitgeber geleistet werden müssen (je 7,3 Prozent), haben die Versicherten die prozentualen Zusatzbeiträge alleine zu tragen. Man geht davon aus, dass die Kassen den Zusatzbeitrag auf 0,9 Prozent festlegen, um wieder wie zuvor auf einen Beitragssatz von 15,5 Prozent zu kommen.



Wechsel der Krankenkasse in demselben Quartal

Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität der GKV

Wechsel innerhalb  
desselben Quartals  
beachten

**MERKE** | Erhebt eine Krankenkasse Zusatzbeiträge, haben die Versicherten ein Sonderkündigungsrecht und das wird mit Sicherheit ab Januar 2015 häufiger in Anspruch genommen, wenn die Krankenkassen Zusatzbeiträge erheben. Jede Krankenkasse kann eigenständig Zusatzbeiträge festlegen und die werden somit nicht einheitlich ausfallen, was die Neigung, die Krankenkasse zu wechseln, verstärken dürfte.

## Kassenwechsel: Bedeutung für die Praxis

Wechselt ein Versicherter seine Krankenkasse zu Quartalsbeginn (1.1./1.4./1.7./1.10.) oder kommt er nach einem Kassenwechsel im laufenden Quartal erstmalig in die Praxis, hat das für die Abrechnung keine Bedeutung. Interessant sind die Fälle, in denen schon eine Behandlung und damit die Abrechnung von Leistungen im laufenden Quartal stattgefunden hat und derselbe Patient später im Quartal nach einem Kassenwechsel mit der Versicherungskarte einer anderen Versicherung zur Behandlung kommt. Alle auf den Behandlungsfall begrenzten Leistungen sind dann erneut berechnungsfähig, der Patient ist quasi ein neuer Patient.

**MERKE** | In der Hausarztpraxis ist besonders auf die nochmalige Berechnung folgender Positionen aus dem Hausarztkapitel bei demselben Patienten zu achten:

- Versichertenpauschale 03000 (oder 03010, 03030),
- Zusatzpauschale 03040 (wird von der KV zugesetzt),
- Chronikerpauschalen 03220 und 03221,
- Testverfahren nach 03242,
- Geriatriepositionen 03360 und 03362 und die
- Palliativposition 03371.

Die größte Bedeutung dürfte der Versichertenpauschale zukommen, denn Chroniker, geriatrische oder Palliativpatienten wechseln kaum die Krankenkasse.

Zum Beispiel beim  
Basisassessment  
interessant

## Gilt auch für den Krankheitsfall und den Arztfall

Seltener ist im EBM die Abrechnungsbegrenzung auf den **Krankheitsfall**, also für den Verlauf eines Jahres (betrifft das laufende und die drei folgenden Quartale). Im Hausarztkapitel gilt das nur für den Palliativstatus 03370 (einmal im Krankheitsfall) und das Basisassessment 03360 (zweimal im Krankheitsfall). Mit einem Wechsel der Krankenkasse fängt auch hier die Zählweise neu an. **Beispiel** | Geriatrischer Patient, Abrechnung der Nr. 03360 im 2. und 3. Quartal 2014 (ist zweimal im Krankheitsfall möglich und damit für das laufende Jahr ausgeschöpft), im 4. Quartal Kassenwechsel: Die Nr. 03360 und der Palliativstatus 03370 („einmal im Krankheitsfall“) sind bei einem Kassenwechsel erneut berechnungsfähig.

Die Abrechnungsbegrenzung auf den **Arztfall**, der ebenfalls bei einem Kassenwechsel als neuer Arztfall zählt, ist weniger bedeutend, da die Abrechnungsbegrenzung „je Arztfall“ für Hausärzte kaum relevant ist.