

# Bundeseinheitlicher Medikationsplan

## Folgen des E-Health-Gesetzes

Seit dem 1. Oktober dieses Jahres haben Patienten, die gleichzeitig mindestens drei (zu Lasten der GKV) verordnete, systemisch wirkende Medikamente über einen Zeitraum von Minimum 28 Tagen einnehmen oder anwenden auf Wunsch einen Anspruch auf einen Medikationsplan.

Der Medikationsplan soll alle Medikamente enthalten, die der Vertragsarzt selbst verordnet hat. Darüber hinaus sollen auch alle anderen angewendeten Arzneimittel aufgeführt werden, sofern der Arzt hiervon Kenntnis hat. Dazu zählen auch Medikamente, die der Patient direkt selbst in der Apotheke erwirbt, z. B. OTCs. Wünscht der Patient, dass ein bestimmtes Medikament nicht eingetragen wird, muss der Arzt davon absehen. Daher haftet der Arzt auch nicht für die Vollständigkeit des Plans. Die Verantwortung für ein verschriebenes Arzneimittel und ggf. dessen Interaktionen mit anderen liegt nach wie vor bei dem jeweils verschreibenden Arzt.

Die Hausärzte sind nach Bundesvorgabe zum Ausstellen des Medikationsplans verpflichtet; Fachärzte nur dann, wenn der Versicherte keinen Hausarzt hat. Der erstausstellende Arzt ist zur weiteren Aktualisierung verpflichtet, alle weiteren behandelnden Ärzte – inklusive Krankenhausärzte – können den Plan ergänzen. Auch die Apotheker müssen auf Wunsch des Patienten eine Aktualisierung vornehmen.

Ab 2018 soll der Medikationsplan auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden. Bis dahin wird er auf Papier ausgestellt. Mit Hilfe eines aufgedruckten Barcodes soll es ermöglicht werden, die im Plan enthaltenen Informationen einfach einzulesen. Ärzte, die die Medikationspläne ihrer Patienten einlesen möchten, brauchen dafür einen geeigneten Barcodescanner. Dessen Kauf ist aber für keinen Arzt verpflichtend.

Die Softwarehäuser wurden aufgefordert, die Verordnungssoftware um den bundeseinheitlichen Medikationsplan zu ergänzen und von der KBV zertifizieren zu lassen. Spätestens zum 1. April 2017 muss der bundeseinheitliche Plan verwendet werden. Bis 31. März 2017 können übergangsweise auch noch andere Pläne genutzt werden.

## Vergütung

Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte erhalten ab 1. Oktober 2016 eine Einzelleistungsvergütung nach der neuen GOP 01630 für die Erstellung des Medikationsplans für die Patienten, die gemäß Legende zur Chronikerziffer nicht als Chroniker gelten. Darüber hinaus bei Chronikern einen pauschalen Zuschlag auf die Chronikerziffer (GOP 03222/04222) – unabhängig davon, ob für den Patienten ein Medikationsplan zu erstellen oder zu aktualisieren ist oder nicht. Dieser Zuschlag auf die Chronikerziffer wird von der KVBW automatisch hinzugesetzt, die neue GOP 01630 ist vom Arzt anzusetzen.

Fachärzte, die einen Medikationsplan erstellen, können bei bestimmten Patienten ebenfalls die Einzelleistung (GOP 01630) abrechnen. Für alle anderen Patienten erhalten die meisten Fachgruppen einen Zuschlag auf die Grundpauschale, ebenfalls unabhängig davon, ob tatsächlich ein Medikationsplan zu erstellen oder zu aktualisieren ist oder nicht. Auch dieser Zuschlag wird von der KVBW automatisch hinzugesetzt, die GOP 01630 ist durch den Arzt anzugeben. Die Vergütung erfolgt stets extrabudgetär und somit zu festen Preisen.

# Medikationsplan: Details zur Vergütung

## Neue außerbudgetäre Leistung ab 1. Oktober 2016

### Für Hausärzte:

Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte können die neue Gebührenordnungsposition GOP 01630 (39 Punkte, derzeit 4,07 Euro) ab 1. Oktober 2016 bei Patienten, die hierauf einen Anspruch haben, abrechnen, wenn Sie einen Medikationsplan für Patienten ausstellen, die gemäß Legende zur Chronikerziffer (GOP 03222/04222) nicht chronisch krank sind. Die GOP 01630 ist einmal pro Jahr abrechenbar. Etwaige Aktualisierungen sind damit abgegolten. Diese Ziffer ist bei der Abrechnung durch den Arzt selbst anzusetzen.

Für alle Patienten der Haus- und Kinderärzte, bei denen die sogenannte Chronikerpauschale abrechenbar ist, gibt es pauschal einen Zuschlag, unabhängig davon, ob für den Patienten ein Medikationsplan zu erstellen beziehungsweise zu aktualisieren ist oder nicht. Diesen Zuschlag zur Chronikerpauschale (GOP 03222/04222, 10 Punkte, derzeit 1,04 Euro) setzt die KVBW einmal im Behandlungsfall (pro Quartal) unter Beachtung der Abrechnungsausschlüsse automatisch hinzu.

### Ausschlussziffern

GOP 03222 können nicht zusetzen, wenn im selben Behandlungsfall der hausärztlich geriatrische Betreuungskomplex (GOP 03362) oder im Krankheitsfall schon die GOP 01630 berechnet wurde, da hier der Medikationsplan Teil des obligaten Leistungsinhalts und damit bereits vergütet ist.

Die GOP 01630 EBM darf innerhalb von vier Quartalen nur einmalig von einem Vertragsarzt abgerechnet werden.

### Für Fachärzte:

Fachärzte können GOP 01630 (39 Punkte, derzeit 4,07 Euro) als Zuschlag

- zur Zusatzpauschale Onkologie der Fachgruppen Chirurgie, Gynäkologie, HNO, Dermatologie, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Urologie sowie Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie oder Pneumologie (Hämato-/Onkologen erhalten statt GOP 01630 einen entsprechend höheren Zuschlag auf die Grundpauschale, siehe unten)
- zur GOP 30700 (chronisch Schmerzkrankte)
- zur Zusatzpauschale für die Behandlung eines Transplantatträgers

abrechnen. Diese Ziffer ist bei der Abrechnung durch den Arzt selbst anzusetzen.

Die meisten Fachärzte erhalten einen Zuschlag zur fachärztlichen Grundpauschale. Diesen Zuschlag setzen wir im Behandlungsfall unter Beachtung der Abrechnungsausschlüsse automatisch zu, sodass Sie ihn nicht abrechnen müssen.

Die Höhe des Zuschlags ist je nach Fachgruppe unterschiedlich (zwischen 2 und 9 Punkten). Fachgruppen, die viele Medikamente verordnen und deshalb öfter einen Plan aktualisieren oder ausstellen werden, erhalten einen höheren Zuschlag als Fachgruppen mit wenigen Verordnungen. Diese Zuschläge werden nicht zugesetzt, wenn im Krankheitsfall bereits GOP 01630 berechnet wurde. Fachgruppen, die keine oder sehr wenige Medikamente verordnen, erhalten aufgrund der anteilmäßig geringen Verordnungen keinen Zuschlag.

Die GOP 01630 EBM darf innerhalb von vier Quartalen nur einmalig von einem Vertragsarzt abgerechnet werden.