

Im ersten Jahr budgetfrei

Nach der Reha in die ambulante Therapie, so sollte es für schwerer betroffene Schlaganfall-Patienten laufen. Hausärzte können deshalb Therapien „budgetneutral“ verordnen.

Wie geht es nach der stationären Rehabilitation weiter?

Vor wenigen Jahren startete die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe gemeinsam mit dem Perzeptionshaus Hainburg eine Umfrage unter Schlaganfall-Patienten. Sie wollte wissen, wie es nach der stationären Rehabilitation mit der Therapie weitergeht. Das Ergebnis überraschte: Von 300 Teilnehmern berichteten 37 Prozent, dass sie in den ersten zwei Wochen nach der Entlassung keine Verordnung für weitere Therapien erhalten hatten.

Über die Gründe kann man nur spekulieren. Die Regel sieht offensichtlich anders aus. „Nach unseren Erfahrungen funktioniert das gut“, sagt Dr. Dominica Schroth von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL). Das bestätigen auch die Rückmeldungen aus vielen Schlaganfall-Selbsthilfegruppen. Und doch berichten Patienten vereinzelt, dass sie auf ihre Verordnung warten müssen, mit Verweis des Arztes auf das „Budget“.

Verordnungskriterien

Nähere Informationen zu den Verordnungskriterien finden Sie auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses.

www.g-ba.de (<https://www.g-ba.de/sys/suche/?suchbegriff=Patienteninformation+langfristiger+Heilmittelbedarf>)

Sonderregelungen für das Budget des Hausarztes

Dieses „Budget“, das Hausärzte insbesondere zum Quartalsende limitiert, müssen Ärzte jedoch insbesondere im ersten Jahr nach dem Schlaganfall gar nicht belasten. Für schwer erkrankte Patienten mit erhöhtem Bedarf gibt es Sonderregelungen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen vereinbaren in einer gesonderten Diagnoseliste, bei welchen Erkrankungen Patienten oftmals mehr Heilmittel benötigen und daher einen „besonderen Verordnungsbedarf“ haben. Zu diesen Erkrankungen zählt auch der Schlaganfall.

Gerade in der ersten Zeit nach dem Schlaganfall benötigen Patienten Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie, um die Fortschritte, die sie in der Reha gemacht haben, nicht zu gefährden. Die Kosten für diese Verordnungen werden bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen aus dem Verordnungsvolumen des Vertragsarztes herausgerechnet, sie belasten also nicht sein „Budget“. „Wir informieren alle Praxen regelmäßig über diese Regelungen“, berichtet Dr. Dominica Schroth von der KVWL. Ähnlich, so vermutet sie, werden es auch andere KVen handhaben.

Ausschließen kann sie dennoch nicht, dass solche Mitteilungen den ein oder anderen Arzt nicht erreichen. Die Stiftung Deutsche Schlaganfall- Hilfe empfiehlt Patienten, ihre Hausärzte freundlich auf die bestehenden Sondervereinbarungen hinzuweisen, sollten diese mit Blick auf ihr Budget zögerlich mit Verordnungen umgehen.