

Zimmermann



ZIMMERMANN
RECHNET AB



Dr. Gerd W. Zimmermann ist seit 1979 als niedergelassener Allgemeinarzt in Hofheim/Taunus tätig und ebenso lange Mitglied im Deutschen Hausärzteverband. Er ist unser Gebührenordnungsexperte und schreibt regelmäßig für Sie.

RICHTIGSTELLUNG

In unserem Bericht vom 5. März 2017 zur Arzneiverordnung hatte sich ein Fehler eingeschlichen. Fälschlicherweise wurde berichtet, dass einer Wiederholungsverordnung auch ein direkter Arzt-Patienten-Kontakt vorausgehen muss. Richtig ist: Das Gesetz legt hierfür Ausnahmefälle fest. Die entsprechende Passage (rot markiert) wurde am 10. März korrigiert. Wir bitten um Entschuldigung für das Versehen.

Neue Fallstricke bei der Arzneiverordnung

Mit Beginn des neuen Jahres ist das „Vierte Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ in Kraft getreten. Die abschließende Beratung im Bundesrat steht zwar noch aus, es sind aber keine wesentlichen Änderungen mehr zu erwarten. In diesem Zusammenhang sind auch die Neuerungen zu beachten, die sich aus dem „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG)“ ergeben. Hier wurden die Regelungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen neu strukturiert, damit regionale Gegebenheiten stärker als bisher berücksichtigt werden können (Übersicht nach Bundesländern: <http://hausarzt.link/F6IIW>).

Ab 2017 wird die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen grundsätzlich anhand von Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner auf Landesebene geprüft. Wie groß die individuelle Regressgefahr ist, hängt deshalb künftig (insbesondere) vom „Verhandlungsgeschick“ der (hausärztlichen) Mandatsträger in einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und damit der von den Vertragsärzten selbst gewählten Landesvertretung ab.



Das erstgenannte Gesetz enthält viele Einzelregelungen, die unterschiedliche Bereiche des Arzneimittelrechts betreffen. Die wichtigsten Regelungen für die hausärztliche Praxis sind:

- Künftig darf ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel grundsätzlich nur noch ab-

gegeben werden, wenn das Rezept infolge eines direkten Arzt-Patienten-Kontakts ausgestellt wurde.

- Im Heilmittelwerbegesetz wird außerdem klargestellt, dass aus Gründen der Patientensicherheit Tele-

shopping verboten ist. Patienten können Medikamente deshalb nicht mehr über Internet-Apotheken beziehen. Dies könnte sich zum Beispiel auf das in Alten- und Pflegeheimen übliche Bezugsverfahren von Arzneimitteln über zum Teil weit entfernte Versorgungsapotheken auswirken. Inwieweit dies auch als Teleshopping gesehen wird, bleibt abzuwarten. Grenzwertig ist dieses Verfahren aber bereits durch das neue Antikorruptionsgesetz. Daher sollten Ärzte **Verordnungen für Heimpatienten** grundsätzlich entweder direkt an den Patienten oder die Pflegeheimleitung abgeben. Welche Bezugsform dort gewählt wird, liegt dann nicht mehr in der Verantwortung des Arztes. **Bevor ein verschreibungspflichtiges Arz-**

an n rechnet ab



03370 bis 03373: Die Palliativziffern

Die Gebührenordnungspositionen 03370 bis 03373 EBM können Hausärzte für die Behandlung von schwerstkranken und ster-

benden Patienten in jedem Alter berechnen. Nach den „Allgemeinen Bestimmungen“ des EBM-Abschnitts IIIa 3.2.5 geht man bei Palliativpatienten davon aus, dass diese an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. Eine Erkrankung wird als nicht heilbar angesehen, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können. Sie ist fortschreitend, wenn ihrem Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin nicht nachhaltig entgegengewirkt werden kann.



Allein die Beurteilung der Eingangskriterien erfordert den Ansatz der Nr. 03370 EBM (Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan). Die Leistung kann man einmal im Krankheitsfall (also einmal in vier Quartalen) berechnen. Obligater Leistungsinhalt ist die Untersuchung des körperlichen und psychischen Zustandes des Patienten, die Beratung und Aufklärung des Patienten und/

oder der betreuenden Person zur Ermittlung des Patientenwillens und ggf. Erfassung des Patientenwillens sowie die Erstellung und Dokumentation eines palliativmedizinischen Behandlungsplans unter Berücksichtigung des Patientenwillens.

Vorgeschriebene Formulare für diese Leistung gibt es nicht, so dass die Dokumentation in freier Form in der Patientenakte erfolgen kann. Ein Beleg dafür, dass auch Anfangsfälle bereits palliativ eingestuft werden können, ist die Ansatzmöglichkeit der Nr. 03371 EBM als Zuschlag zur Versichertenpauschale nach Nr. 03000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis. Die Leistung ist einmal im Quartal berechnungsfähig. Neben dieser Leistung kann man auch die Beratungsziffer nach Nr. 03230 EBM in gleicher Sitzung ansetzen.

Kann ein Patient die Praxis nicht mehr besuchen, stehen die Leistungen nach den Nrn. 03372 und 03373 EBM für die Hausbesuchsleistungen zur Verfügung. Achtung: Die Nr. 03372 EBM kann man in der häuslichen Umgebung je 15 Minuten ansetzen, die Nr. 03373 EBM neben Notfall- oder Heimbefuchen aber nur einmal pro Besuch berechnen! Alle genannten Palliativleistungen schließen den Ansatz der Chronikerziffer nach Nr. 03220 EBM und der Geriatrieziffern (Nrn. 03360 und 03362 EBM) nur in gleicher Sitzung aus. Da es sich hier jeweils um Quartalsleistungen handelt, können Hausärzte diese daher an einem anderen Tag berechnen.

neimittel verordnet wird, muss nun immer ein direkter Arzt-Patienten-Kontakt stattfinden. In begründeten Ausnahmen kann man aber davon abweichen, „insbesondere, wenn die Person dem Arzt (...) aus einem vorangegangenen direkten Kontakt hinreichend bekannt ist und es sich lediglich um die Wiederholung oder die Fortsetzung der Behandlung handelt“, heißt es in Paragraph 48 AMG.

Die neuen Möglichkeiten der **Besuchsdelegation an qualifiziertes Praxispersonal** (wie eine NÄPA) werden damit problematisiert. Erfolgt eine Arzneiverordnung am gleichen Tag wie die Abrechnung eines NÄPA-Besuchs (Nrn. 03062 bis 03065 EBM), dürfte auch hier kein direkter APK stattgefunden haben. Auch in diesen Fällen ist auf die Ausnahme in Paragraph 48 (s.o.) hinzuweisen. Problematisch dürfte es werden, wenn in zwei oder mehr Folgequartalen nur die GOP 01430 abgerechnet wird. Welche Konsequenzen eine solche Abweichung für den Hausarzt hat, regelt das Gesetz aber nicht, so dass davon auszugehen ist, dass dies der Selbstverwaltung überlassen wird.

Praxen können **digital neue Wege** gehen

Seit 1. Januar 2017 werden elektronische Arztbriefe finanziell gefördert. Die Krankenkassen zahlen, wie gesetzlich vorgeschrieben, für jeden elektronisch übermittelten Brief eine Pauschale von 55 Cent. Voraussetzung ist, dass der Versand sicher erfolgt und der Brief eine qualifizierte elektronische Signatur (QES) mittels elektronischem Heilberufsausweis trägt. Da sowohl Sender als auch Empfänger in die technische Infrastruktur investieren müssen, wird die Förderung aufgeteilt: Das Versenden eines eArztbriefes je Empfänger-Praxis kann nach Nr. 86900 EBM berechnet werden und wird mit 28 Cent vergütet. Der Empfänger kann die Nr. 86901 EBM abrechnen und erhält dafür 27 Cent. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär. Bei der Abrechnung nach Nr. 86900 EBM für den Versand gibt es eine Obergrenze, die sich an der Fachgruppe und der Zahl der jeweiligen Behandlungsfälle orientiert. Eine Hausarztpraxis mit 1.200 Fällen im Quartal darf die Leistung in diesem Zeitraum maximal 1.200 Mal abrechnen, wobei für einen Patienten auch mehrere Briefe verschickt werden können. Für den Empfang ist keine Höchstgrenze definiert.



Um eArztbriefe zu versenden, brauchen Ärzte einen elektronischen Heilberufsausweis.

Z Die Übermittlung muss nach den Vorgaben der eArztbrief-Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erfolgen. Das verwendete PVS-Modul muss deshalb von der KBV zertifiziert sein. Für den Versand und Empfang der eArztbriefe muss ein virtuelles privates Netzwerk (VPN) verwendet werden. Ein solches Netzwerk ist zum Beispiel das Sichere Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen. Zudem ist ein Praxisverwaltungssystem notwendig, das die KBV für den eArztbrief zertifiziert hat. Besondere Sicherheitsanforderungen werden auch an den Kommunikationsdienst zur Übermittlung der Briefe gestellt. Er muss unter anderem eine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung der Nachricht sowie die eindeutige Identifizierung von Absender und Emp-

fänger gewährleisten. Diese Voraussetzungen erfüllen nach Auskunft der KBV beispielsweise der Kommunikationsdienst KV-Connect oder der in Schleswig-Holstein zur Verfügung stehende E-Mail-Dienst KV-SafeMail. Zum Versenden von eArztbriefen wird ein elektronischer Heilberufsausweis (eHBA) benötigt, den die Ärztekammern ausgeben. Mit dem Ausweis wird der Inhaber im elektronischen Netz identifiziert. Mit ihm kann auch eine rechtssichere elektronische Unterschrift erstellt werden, die qualifizierte elektronische Signatur (QES). Neu ist auch, dass Ärzte künftig Aufträge, Überweisungen oder Bescheinigungen elektronisch erstellen, versenden und empfangen können. Zu den ersten digitalen Vordrucken gehören die Laborüberweisung auf Muster 10 und die Anforderung von Laboruntersuchungen bei Laborgemeinschaften auf Muster 10A. Beide sollen ab Juli 2017 bereitstehen. Die Anwendung ist freiwillig, konventionelle Vordrucke sowie die Blankoformularbedruckung können deshalb weiter verwendet werden. Zum 1. April 2017 soll es den ersten digitalen Überweisungsschein (Muster 6) geben, zunächst nur um ein radiologisches Telekonsil zu beauftragen. Für die Blankoformularbedruckung braucht man übrigens seit 1. Januar 2017 keine KV-Genehmigung mehr.

Haben Sie Fragen zur Abrechnung und/oder zur Praxisführung?

Melden Sie diese Fragen an die Redaktion unter
info@medizinundmedien.eu.
Sie erhalten zeitnah eine persönliche Antwort.
Allgemein relevante Themen werden veröffentlicht.