



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.




Die **NäPA-Gelder** sind wohl futsch

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband hatten sich Ende 2016 im Bewertungsausschuss darauf geeinigt, weitere Anreize für die Beschäftigung von qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistentinnen/en (NäPA) zu schaffen. Dadurch sollte das seit 2015 für diese Leistungen zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen von jährlich rund 118 Millionen Euro besser ausgeschöpft werden. Ignoriert hat die KBV dabei erneut die Forderung des Deutschen Hausärzteverbandes, die bisher nicht abgerufenen und in der Zukunft bereitgestellten Mittel über den Chro-

nikerzuschlag nach den Nrn. 03220/03221 EBM effektiver zur Förderung der hausärztlichen Versorgung bereitzustellen. Die KBV begründete dies unter anderem damit, dass sie erreichen konnte, dass die Hälfte der nicht „abgerufenen“ Finanzmittel aus der Vergangenheit weiterhin für die hausärztliche Versorgung zur Verfügung stehen. Das wären für 2015 und 2016 rund 65 bis 70 Millionen Euro gewesen.

Diesen Beschluss hatte auch der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) gefasst, allerdings gegen die Stimmen der Kassen. Der unparteiische Vorsitzende hatte dabei KBV und GKV-Spitzenverband aufgefordert, bis Ende März 2017 Vorschläge zu erarbeiten, welche Leistungen und Strukturen in der hausärztlichen Versorgung mit diesem Geld gefördert werden sollen. Gegen diese Entscheidung hatte der GKV-Spitzenverband am 22. Dezember 2016 beim Landessozialgericht (LSG) Berlin/Brandenburg geklagt. Bereits diese Klage hatte aufschiebende Wirkung, so dass das Geld bisher den Hausärzten weiter vorenthalten wurde.

 Bevor das LSG überhaupt entscheiden konnte, hat nun das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Entscheidung des EBA beanstandet. Das BMG sieht die Kompetenz der Festlegung von zusätzlichen Finanzmitteln zur Gesamtvergütung grundsätzlich bei den Gesamtvertragspartnern (s. Kasten). Der EBA dürfe in diese Kompetenz deshalb nur eingreifen, wenn hierfür eine explizite Ermächtigungsgrundlage bestehe. Da

Auszug aus dem Schreiben des BMG vom 15. Februar 2017:

„Nach Paragraph 87a Absatz 3 Satz 1 SGB V vereinbaren die Kassenärztliche Vereinigung (KV) und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in ihren Gesamtvergütungsverträgen gemeinsam und einheitlich mit befreiender Wirkung die an die jeweilige KV zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten. Darüber hinaus können sie nach Paragraph 87a Absatz 3 Satz 5, 2. HS SGB V in den o.g. Verträgen vereinbaren, dass weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der Gesamtvergütung vergütet werden, u.a. wenn sie besonders gefördert werden sollen. Zur Bestimmung der Leistungen, die extrabudgetär vergütet werden sollen, kann der Bewertungsausschuss nach Paragraph 87a Absatz 5 Satz 1 Nr. 3 i.V.m. Absatz 3 Satz 5 SGB V Empfehlungen beschließen. Extrabudgetäre Leistungen werden nur in dem Umfang vergütet, wie sie von den Vertragsärztinnen und -ärzten erbracht und abgerechnet wurden.“

Eine Kompetenz des (Erweiterten) Bewertungsausschusses, für das Jahr 2017 über die Verwendung von 50 Prozent der im Jahr 2014 vereinbarten, aber in den Jahren 2015 und 2016 nicht ausgeschöpften extrabudgetären Vergütungsvolumina zu entscheiden, ist den o.g. Vorschriften nicht zu entnehmen. Infolgedessen fehlt es auch für die entsprechende Ankündigung im Beschluss vom 12. Dezember 2016 sowie für die Aufforderung an die Trägerorganisationen, hierfür Vorschläge zu unterbreiten, an einer Rechtsgrundlage.“

an n rechnet ab


Psychotherapeuten müssen (unmittelbar) erreichbar sein



extrabudgetäre Leistungen nur in dem Umfang vergütet werden, wie sie von Vertragsärzten auch abgerechnet wurden, überschreitet aus Sicht des BMG der Beschluss zu den nicht verbrauchten Geldern die dem EBA gesetzlich zugewiesene Kompetenz. Das BMG folgert hieraus, dass es dem Beschluss des EBA vom 12. Dezember 2016 an einer Rechtsgrundlage mangelt. Die KBV will nun gegen diese Beanstandung klagen. Dies dürfte aber allenfalls den Grad einer „Schaufensterklärung“ haben. Die Erfolgsaussichten können als nahezu eingeeordnet werden und das Geld ist damit für die Hausärzte wohl futsch – es sei denn, der neu gewählte hausärztliche Vorstand wird dem (grundsätzlichen) Anspruch, hausärztliche Interessen zu vertreten, gerecht! Dazu müsste er sich noch nicht einmal mit seinem fachärztlichen Kollegen auseinandersetzen, denn für Fachärzte wurden diese Gelder von Anfang an in Grundpauschalen gesteckt und damit abgesichert.

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, die Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten. Diese tritt nun am 1. April 2017 in Kraft, zusammen mit der geänderten Psychotherapie-Vereinbarung, in der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband weitere Details festgelegt haben.

Für die Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeut und Hausarzt sind insbesondere die verpflichtende Einführung von Sprechstunden und das Angebot einer Akutbehandlung durch den Psychotherapeuten wichtig.

 Jeder (psychotherapeutisch tätige) Arzt und Psychotherapeut, der eine Genehmigung zur Abrechnung von Richtlinienpsychotherapie hat, muss ab 1. April 2017 Sprechstunden anbieten. Dies gilt ebenso für Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Ausbildungsinstitute und in bestimmten Fällen auch für ermächtigte Ärzte. Therapeuten müssen pro Woche mindestens 100 Minuten

für Sprechstunden zur Verfügung stellen, bei hälftigem Versorgungsauftrag 50 (sofern die regionalen KVen keine abweichenden Regelungen treffen). Die jeweiligen Therapeuten dürfen selbst entscheiden, wie sie diese Sprechstunde organisieren. Erlaubt sind aber ausschließlich feste Zeiten oder individuelle Terminvereinbarungen. Therapeuten müssen ihrer KV melden, ob sie eine psychotherapeutische Sprechstunde mit oder ohne Terminvereinbarung anbieten. Ferner müssen sie mitteilen, zu welchen Zeiten die Praxis für Patienten telefonisch erreichbar ist, um Termine zu vereinbaren. Die Terminservicestellen der KVen müssen solche Termine für

Sprechstunden und eine sich aus der Abklärung ergebende zeitnah nötige Behandlung vermitteln. Psychotherapeuten müssen zudem sicherstellen, dass ihre Praxis für eine Terminkoordination 200 Minuten/Woche bei vollem Versorgungsauftrag oder 100 Minuten/Woche bei hälftigem Versorgungsauftrag telefonisch erreichbar ist. Sie müssen ihrer KV mitteilen, zu welchen Zeiten sie die 200 Minuten Erreichbarkeit in der Woche anbieten. Die Zeiten sollen auch auf dem Anrufbeantworter der Praxis angegeben werden. Aus diesem Kontingent müssen besonders auch zeitnahe Termine für eine nötige Akutbehandlung von Patienten zur Verfügung gestellt werden.

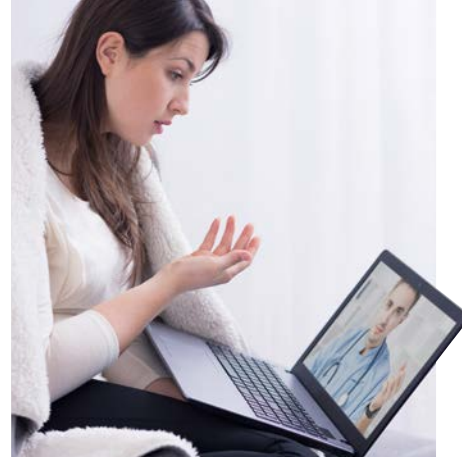
Haben Sie Fragen

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.

Videosprechstunde: Extrabudgetäres Honorar, aber auch Technik-Hürden



Die Aufnahme der Videosprechstunde in den EBM ist nun doch fristgerecht zum 1. April 2017 gestartet und damit drei Monate früher als geplant. Sie war eigentlich erst ab 1. Juli 2017 vorgesehen. Nach schwierigen Beratungen wurden verschiedene EBM-Änderungen zur Abbildung eines Arzt-Patienten-Kontaktes (APK) in einer Videosprechstunde beschlossen. Sie beinhalten geeignete, zweckmäßige Krankheitsbilder (s. Kasten) und Fachgruppen für die Durchführung von Videosprechstunden unter Beachtung des derzeitigen Rechtsrahmens: Neben Haus- und Kinderärzten können auch einige Facharztgruppen die Leistung ansetzen. Der Bewertungsausschuss (BA) will auch prüfen, inwiefern künftig Videosprechstunden in weiteren Versorgungskontexten zum Einsatz kommen können.

Indikationen für die Vergütung von Videosprechstunden

- Visuelle Verlaufskontrollen von Operationswunden, Bewegungseinschränkungen/-störungen des Stütz- und Bewegungsapparats
- Kontrolle und Beratung bei Dermatosen
- Beurteilung von Stimme, Sprechen oder Sprache

Vergütung und Voraussetzungen

EBM	HONORAR	VORAUSSETZUNG
		Technische Voraussetzungen wie die Ende-zu-Ende-Verschlüsselung regelt Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä; http://hausarzt.link/YkG6b). Das Erfüllen ist in Bezug auf die technischen Anforderungen durch eine Erklärung des Videodiensteanbieters für die Arztpraxis gegenüber der KV nachzuweisen. Dafür reicht ein Beleg des Videodiensteanbieters (etwa eine Rechnung), der den Namen der Praxis beinhaltet, als Nachweis
01439	88 Punkte 9,27 Euro	1xBHF; nicht neben Versicherten-/Grundpauschale im Quartal und anderen GOP (außer Nr. 01450); 1 persönlicher APK in einer der beiden vorausgegangenen Quartale; Erstbegutachtung und Verlaufskontrolle in derselben Praxis
01450	40 Punkte 4,21 Euro	1 APK/Quartal nur per Video als Folgebegutachtung; max. 1.899 Punkte pro Arzt im Quartal

einer Videosprechstunde erfolgen kann. Entsprechend kann zum Beispiel die Nr. 02310 EBM (Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n) und/oder Decubitalulcus/-ulcera) bereits bei zwei persönlichen APK und einer Videosprechstunde (etwa zur Verlaufskontrolle der Wunde) berechnet werden. Zusätzlich zur Nr. 01439 EBM kann man ausschließlich die Nr. 01450 EBM (Technikzuschlag; je APK in einer Videosprechstunde, 40 Punkte) berechnen. Auf diesem Weg sollen die Kosten erstattet werden, die durch die Nutzung eines Videodiensteanbieters entstehen. Sie kann je APK in einer Videosprechstunde (also auch mehrfach im Behandlungsfall) berechnet werden. Die Leistung unterliegt allerdings einem Punktzahlvolumen je Arzt im Quartal von maximal 1.899 Punkten (das entspricht etwa 200 Euro oder 50 Videosprechstunden), aus dem alle gemäß der Nr. 01450 EBM erfolgten Leistungen im Quartal zu vergüten sind. Diese Vergütung wird extrabudgetär gezahlt. Nach zwei Jahren soll die Überführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) geprüft werden.



Der APK für eine Videosprechstunde wurde in den Allgemeinen Bestimmungen des EBM 4.3.1 – analog zum telefonischen APK – als Form des „anderen Arzt-Patienten-Kontaktes“ definiert. Videosprechstunden sind dabei – wie andere Gespräche und Telefonate – Inhalt der Pauschalen: Damit kann man sie etwa neben der Versichertenpauschale nach Nr. 03000 EBM nicht gesondert berechnen. Finden im Behandlungsfall allerdings ausschließlich APK für eine Videosprechstunde statt, kann man diese nach der (neuen) Nr. 01439 EBM abrechnen. Darüber hinaus ist die Nr. 01439 EBM vergleichbar mit der bestehenden Nr. 01435 EBM (Haus-/Fachärztliche

Bereitschaftspauschale): Deshalb kann man alternativ auch die Nr. 01435 EBM für die Betreuung eines Patienten in einer Videosprechstunde berechnen, sofern im Behandlungs- oder Arztfall kein persönlicher APK stattfindet und die Kontaktaufnahme durch den Patienten zum Zweck mindestens einer der im obligaten Leistungsinhalt genannten Verlaufskontrollen und einer diesbezüglichen Beratung erfolgt. Zusätzlich wurden die Allgemeinen Bestimmungen 4.3.1 um eine Regelung ergänzt, dass unter anderem bei der für Hausärzte relevanten Nr. 02310, die mindestens drei oder mehr persönliche APK im Behandlungsfall voraussetzt, ein persönlicher APK auch als APK in