

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.

Zwangsdigitalisierung: Früher Einstieg wird besser erstattet

Seit dem 29. Dezember 2015 gibt es das E-Health-Gesetz, mit dem eine einheitliche Telematikinfrastruktur (TI) im Gesundheitswesen geschaffen werden soll. Ziel ist es, Informations- und Kommunikationstechnologie in der sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung zu etablieren und dadurch die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung weiter zu verbessern. Insbesondere die Anwendungsmöglichkeiten der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und der Telemedizin sollen weiter ausgebaut werden. Spätestens am 1. Juli 2018 müssen die Praxen deshalb „Online“ sein. Wer das nicht schafft, verliert ein Prozent seines Honorars als Bußgeld!

Seit 2011 wurden in einem ersten Schritt alle Praxen mit eGK-fähigen Kartenterminals (Geräten, die eine elektronische Gesundheitskarte lesen können) ausgestattet. Solche Lesegeräte ermöglichen zugleich auch einen Datenabgleich. Die Aktualisierung der Versichertendaten – das sogenannte Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) – ist eine solche erste Online-Anwendung, die auf dieser Grundlage Mitte 2018 eingeführt werden soll. Bei der Aktualisierung der Versichertendaten wird über eine Online-Verbindung zwischen der Praxis und der Krankenkasse des Patienten geprüft, ob die Versichertendaten (Name, Adresse, Versichertenstatus usw.)

Pauschalen für die Telematik-Ausstattung

Die Erstattung der Kosten für die notwendige technische Ausrüstung in den Praxen erfolgt nach dem „Windhundprinzip“! Wer seine Praxis schnell mit den erforderlichen Geräten ausstattet, bekommt eine voraussichtlich kostendeckende Pauschale. Wer das nicht schafft, muss darauf hoffen, dass die Anbieter die Preise so senken, wie das in der Vereinbarung zwischen Kassen und KBV vereinbart wurde.

Weitere Kosten werden wie folgt erstattet:

- Für mobile Kartenterminals eine einmalige Pauschale je Vertragsarzt in Höhe von 350 Euro, wenn mindestens drei Haus-/Heimbesuche im Quartal oder ein Kooperationsvertrag Heimbetreuung nachgewiesen werden.
- Eine einmalige „TI-Startpauschale“ für die Einrichtung der Komponenten und Dienste (Installation, Schulungen/Einweisungen, Ausfallzeiten während der Installation, Anpassungen im PVS, Zeitaufwand für das Versichertenstammdatenmanagement während der Startphase) von 900 Euro.
- Betriebskostenpauschale „Wartung Konnektor / VPN“ quartalsweise in den ersten vier Quartalen 298 Euro, ab dem 3. Quartal 2018 nur noch 248 Euro.
- Kosten für den „elektronischen Heilberufsausweis“ von monatlich 11,63 Euro pro Quartal.
- Betriebskostenpauschale für die „SMC-B“-Karte in Höhe von 23,25 Euro pro Quartal.

Quartal der erstmaligen Nutzungen	Erstaustattungspauschale „Konnektor“ und „stationäres Kartenterminal“ in Euro		
	ANZAHL DER ÄRZTE IN DER PRAXIS (VOLLZEITÄQUIVALENTE)		
	1-3	4-6	> 6
3/2017	3055,00	3490,00	3925,00
4/2017	2793,00	3228,00	3663,00
1/2018	2557,20	2992,20	3427,20
2/2018	2344,98	2779,98	3214,98
ab 3/2018	1155,00	1590,00	2025,00

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung



ann rechnet ab



Beim Versand von Berichten **kein Geld verschenken**

Nach den Allgemeinen Bestimmungen I.1.8 des EBM kann man für die Versendung oder den Transport der in den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen enthaltenen ärztlichen Untersuchungsberichten entsprechend der Gebührenordnungsposition (GOP) 01600 EBM oder individuellen Arztbriefen entsprechend der GOP 01601 EBM Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnen.



Dies bedeutet konkret: Auch wenn Untersuchungsberichte und Arztbriefe - wie hier - integrativer Bestandteil einer abgerechneten GOP sind und somit nicht gesondert angesetzt werden können, ist für deren Versendung eine Kostenpauschale berechnungsfähig. Hier sollte man also kein Geld verschenken.

EBM	Legende	Euro
40120	Kostenpauschale Briefe bis 20g z.B. per Post oder Telefax	0,55
40122	Kostenpauschale Briefe bis 50g z.B. per Post	0,90
40124	Kostenpauschale Briefe bis 500g z.B. per Post	1,45
40126	Kostenpauschale Briefe bis 1000g z.B. per Post	2,20

aktuell sind und die eGK gültig ist. Die Praxen werden also erneut mit einer Aufgabe belastet, die eigentlich die Kassen selbst erledigen müssten. Diese Überprüfung der Daten soll beim ersten Patientenbesuch im Quartal online erfolgen, wenn die Karte eingelesen wird. Die Aktualisierung der auf der eGK gespeicherten Stammdaten wie der Adresse erfolgt dabei automatisch. Die nun auch geplante Aktualisierung der Versichertendaten kann jedoch erst starten, wenn die Praxen an die TI angebunden sind.

Nach einer Probephase soll dies konkret bis zum 1. Juli 2018 umgesetzt sein. Ab diesem Datum sind alle Ärzte und Psychotherapeuten gesetzlich verpflichtet, die Versichertendaten auf der eGK online zu prüfen und zu aktualisieren. Das Zeitvolumen, das ein solcher Datenabgleich am Quartalsanfang oder am Anfang der Woche in Anspruch nimmt, wenn zehn oder 20 Patienten an der Anmeldung der Praxis stehen und nur ein Wiederholungsrezept oder eine Überweisung haben wollen, dürfte immens sein.

Wir Hausärzte, bei denen das leider zum Alltag gehört, werden es also wieder sein, die den größten Anteil dieses Administrationswahnsinns abbekommen. Da diese Abgleichzeit auch von der regionalen Geschwindigkeit des Daten-netzes abhängt, werden Praxen auf dem Land besonders negativ betroffen sein.

Was braucht man für die TI?

Damit die Praxis an ein solches System angebunden werden kann, braucht sie

einen **Konnektor**. Solche Geräte werden nach zunächst notwendiger erfolgreicher Erprobungsphase voraussichtlich ab Mitte 2017 am Markt verfügbar und dann - wie üblich bei neuen elektronischen Geräten - ziemlich teuer sein. Damit alles funktioniert, braucht man zusätzlich eine **Praxiskarte (SMC-B)**, die man bei einem Trustcenter erhält, sobald ein Anschluss an die TI möglich ist. Das alles muss in etwas mehr als einem Jahr umgesetzt werden.

Wenn man als Praxisinhaber dieser Verpflichtung zum Versichertenstammdatenmanagement nicht zeitgerecht nachkommt, droht ab dem 1. Juli 2018 eine Kürzung der Vergütung von pauschal einem Prozent, und zwar so lange, bis die VSDM-Prüfung in der Praxis durchgeführt wird.

Auch die **Praxis-Software** muss natürlich entsprechend angepasst werden - und das kostet zusätzlich Geld. Die Kassen sind zwar nach den gesetzlichen Vorgaben verpflichtet, die Kosten für die Erstausrüstung der Praxen und den laufenden Betrieb dieser IT-Anbindung in voller Höhe zu übernehmen. Sie haben sich aber bereits im Vorfeld geweigert, das zu tun.

Nur unter der Moderation des Bundeschiedsamt kam Anfang Mai eine Entscheidung zustande, die allerdings auf Pauschalen beruht und deshalb erneut dazu führen wird, dass die Praxen einen Teil der notwendigen finanziellen Investitionen selbst tragen müssen (siehe Kasten).

Verordnung von **Krankentransport** braucht teilweise neue Begründung



Krankenfahrten kann man nur in bestimmten Ausnahmen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnen, sodass diese die Kosten übernimmt. Dazu gehören momentan ohne eine vorherige Genehmigung der Kasse Transporte zur stationären Behandlung – auch in Notfällen – sowie Fahrten zu stationersetzenden Operationen (Paragraf 115b SGB V) und zur vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus (Paragraf 115a SGB V). Hier bedarf es aber vorab einer Genehmigung der Kasse. In allen anderen Fällen ist eine Verordnung ausgeschlossen und der Patient kann sich nur im Erstattungsverfahren an seine Kasse wenden.



Auch Fahrten zu Dialysebehandlungen, onkologischer Strahlentherapie und onkologischer Chemotherapie oder für Patienten, die einen Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen „aG“, „BI“ oder „H“ oder einen Einstufungsbescheid in die Pflegestufe 2 oder 3 vorlegen, sind ebenfalls verordnungsfähig und werden in der Regel auch von der Kasse bezahlt.

Nach der **Neugestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs** seit dem 1. Januar 2017 muss der Pflegebescheid aber den Pflegegrad 3, 4 oder 5 ausweisen. Dies entspricht der bisherigen Pflegestufe 2 oder 3, damit eine Fahrt zur ambulanten

Behandlung verordnet und genehmigt werden kann. Bis Ende 2017 gilt dafür aber noch das bisherige Muster 4. Eine Anpassung gibt es jetzt bei der **„onkologischen Chemotherapie“**. Die neue Formulierung lautet „parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie/parenterale onkologische Chemotherapie“. Hintergrund dieser Anpassung ist, dass der bisherige Begriff nicht das heute viel breitere Behandlungsspektrum abdeckt, da in der Onkologie zunehmend antineoplastische Arzneimitteltherapien eingesetzt werden, die keine klassische Chemotherapie darstellen, sondern andere Wirkprinzipien (wie monoklonale Antikörper) einsetzen.

Viele dieser neuen Therapien erfolgen aber ebenfalls in einer vergleichbar hohen Behandlungsfrequenz über einen längeren Behandlungszeitraum. Dabei beeinträchtigt die Behandlung – oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf – den Patienten ebenfalls in einer Weise, dass eine Beförderung zur Schadensvermeidung unerlässlich ist.

Es ist wichtig, die Regelungen zu beachten und ggf. „auf Nummer sicher“ zu gehen. Mit dem 2015 verabschiedeten GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde nämlich festgelegt, dass die Wirt-

WANN ZAHLT DIE GKV?

Hier ist ein Krankentransport grundsätzlich verordnungsfähig:

- Fahrten zur stationären Behandlung – auch in Notfällen
- Fahrten zu stationersetzenden Operationen (Paragraf 115b SGB V) und zur vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus (Paragraf 115a SGB V).

Hier ist ein Krankentransport nur mit Genehmigung der Kasse verordnungsfähig:

- Fahrten zu Dialysebehandlungen, onkologischer Strahlentherapie und onkologischer Chemotherapie
- Fahrten für Patienten, die einen Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen „aG“, „BI“ oder „H“ oder einen Einstufungsbescheid in die Pflegestufe 3, 4 oder 5 vorlegen können.

In allen anderen Fällen ist eine Verordnung nicht möglich und der Patient muss sich ggf. zur Erstattung an seine Kasse wenden.

schaftlichkeit der Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen ab 2017 anhand von Vereinbarungen zwischen KV und Krankenkassen auf der Landesebene geprüft werden kann. Diese Prüfung kann auch Verordnungen für Krankentransporte umfassen und dort einen Regress nach sich ziehen.

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.