

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.

Telematik-Anbindung: Wägen Sie genau ab!

Die Gesellschaft für Telematikanwendungen (TI) der Gesundheitskarte mbH (gematik) hat jetzt erste wesentliche Produkte für die TI-Anbindung von Praxen zugelassen. Dies betrifft die Komponenten Konnektor „Ko-CoBox MED+“ des Unternehmens KoCo Connector, das E-Health-Kartenterminal „ORGA 6141 online“ des Unternehmens Ingenico Healthcare und den VPN-Zugangsdienst der CompuGroup Medical Deutschland.

Auch der Praxisausweis, die sogenannte SMC-B, wurde zugelassen, allerdings bislang nur für Zahnärzte. Diesen bietet die Bundesdruckerei an. Ärzte brauchen den Ausweis, um sich als medizinische Einrichtung zu registrieren, damit der Konnektor eine Verbindung zur TI aufbauen kann. Die Bundesdruckerei hat seit dem 3. November 2017 als erster Anbieter die Zulassung der gematik erhalten. Bei den Praxisausweisen ist neben der Zulassung der gematik jedoch auch eine Zulassung für die einzelnen Sektoren notwendig, den für den vertragsärztlichen Bereich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) erteilt. Der KBV zufolge ist damit in den nächsten Tagen zu rechnen.

 Die Frist für das erste Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) hat der Gesetzgeber kürzlich um ein halbes Jahr verschoben. Praxen müssen deshalb erst ab dem 1. Januar 2019 in der Lage sein, das VSDM durchzuführen. Dies betrifft aber nur die Sanktionen. Die nur gestaffelt gezahlten

Erstattungspauschalen (s. Link), die Ärzte von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) anfordern können, um die Kosten für die TI abzudecken, wurden nicht verändert. Wer seine Praxis also später anbindet, erhält weniger Geld. Man sollte deshalb das Preis-Leistungs-Verhältnis des jeweiligen Anbieters genau prüfen. Wenn das Angebot nicht zu den Erstattungspauschalen passt, fallen nämlich eigene Kosten an. In der ersten Jahreshälfte 2018 werden wei-

Service auf einen Blick: Aktuelle Handlungsempfehlung

- Schnell die vollen Erstattungsbeträge sichern oder mit der Anschaffung der Technik warten? „Wir empfehlen zu warten“, rät KBV-Sprecher Dr. Roland Stahl auf Anfrage des „Hausarztes“. Die KBV gehe davon aus, dass die Industrie angesichts der gestaffelten Erstattungsbeträge „entsprechende Angebote“ machen werde, erklärt Vorstandsmitglied Dr. Thomas Kriedel.
- Ein Tipp: Praxisinhaber sollten keinen Vertrag unterschreiben, der nicht vorsieht, dass die Preise gelten, die laut Finanzierungsvereinbarung für das Lieferquartal vereinbart sind. (jk)

tere Zulassungen für Anbieter von Konnektoren, E-Health-Kartenterminals, Praxisausweisen und VPN-Zugangsdiensten erwartet. Dann entsteht möglicherweise ein Preiswettbewerb, der sich auf diesen Eigenanteil positiv auswirken dürfte. Da die KVen die Pauschalen auch erst zahlen, wenn die TI-Anbindung der Praxis komplett ist, wirken



LINK

Seit 1. Juli gilt die Fördervereinbarung zur TI. Die Kassen müssen laut Gesetz die Erstattung für den laufenden Betrieb der Praxen in voller Höhe tragen. Die Krux: Je später Ärzte mit dem VSDM beginnen, desto schlechter werden Konnektor und Kartenterminal erstattet: <https://hausarzt.link/HyXcq>

ann rechnet ab

sich weitere Verzögerungen nachteilig aus. Auch wenn die Sektor-Zulassung für den Praxisausweis bald erwartet wird, dauert es nämlich noch eine gewisse Zeit, bis man den Ausweis bestellen kann und er geliefert wird. Es empfiehlt sich deshalb, einen Installationstermin und damit eine Zahlungsverpflichtung erst dann zu vereinbaren, wenn der Praxisausweis da ist. Für den Anschluss an die TI muss man außerdem das Praxisverwaltungssystem (PVS) anpassen. Ob oder wann eine solche Anpassung für Ihr PVS verfügbar ist, sollten Sie vorab klären!



Zahlen wir jetzt auch noch für den erweiterten „Notdienst“?

Paragraf 87b Abs.1 S.3 SGB V sieht vor, dass Honorare, die im ärztlichen „Notdienst“ anfallen, unbudgetiert vergütet werden müssen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat deshalb bestimmt, dass zum 1. Januar 2018 ein eigenes Honorarvolumen (Grundbetrag) vor der Trennung der Vergütung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) festgelegt wird. Die diesem Grundbetrag unterliegenden Leistungen betreffen Abrechnungen auf den Scheinuntergruppen 41, 44, 45 oder 46 sowie bei Nicht-Vertragsärzten die Leistungen auf Abrechnungsscheinen mit der Scheinuntergruppe 43, die der MGV unterliegen. Konkret bedeutet dies, dass alle Leistungen im „Bereitschaftsdienst und Notfall“ ab nächstem Jahr „extrabudgetär“ vergütet werden (müssen), auch diejenigen, die aus regional abweichenden Vergütungsmodellen des Bereitschaftsdienstes entstehen und nach Stundenpauschalen gezahlt werden.


Die KBV hat auch die Frage geregelt, wie eine solche „extrabudgetäre“ Vergütung aus einer morbiditätsbedingten und damit budgetierten Gesamtvergütung (MGV) bezahlt werden soll. Die Finanzmittel, die dem Bereich „Bereitschaftsdienst und Notfall“ zugeordnet sind, sollen in den derzeitigen Grundbetrag „Bereitschaftsdienst“ überführt werden, wobei die Auszahlungsquote im Vorjahresquartal für diese Leistungen angewendet wird. Die Leistungen werden dann unquotiert ausgezahlt.

Damit das Geld (vielleicht) reicht, passt man den Grundbetrag einmalig basiswirksam entsprechend der Unter- und Überschüsse des vierten Quartals 2017 an. Eine Unterdeckung wird zu gleichen Teilen aus dem hausärztlichen und fachärztlichen Grundbetrag ausgeglichen - unabhängig davon, wer die Leistungen veranlasst hat, heißt es im Punkt 7.2 in der Vorgabe (<https://hausarzt.link/3toPP>).

Besonders bedrohlich ist, dass Laborleistungen im Bereitschaftsdienst dem Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ zugeordnet werden – wer Berichte über Notfallbehandlungen in Krankenhäusern erhält, kennt die „Laborlatte“, aus der solche Berichte größtenteils bestehen. Der Honorartransfer aus dem hausärztlichen Bereich wird so noch an Fahrt zunehmen. Die Hereinnahme aller am Bereitschaftsdienst und Notfall beteiligten Ärzte und Institutionen wird auch in diesem Grundbetrag zu einer dauerhaften Unterdeckung führen. Die Hausärzte zahlen damit künftig auch für die Krankenhausleistungen im Bereitschaftsdienst, die eher dem fachärztlichen Bereich zuzuordnen sind.

Urteil: **Fortbildungsstrafe** – Honorar bleibt bei KV

Erfüllen Vertragsärzte ihre Fortbildungspflicht (Paragraf 95d SGB V) nicht, muss die Kassenärztliche Vereinigung (KV) das Honorar kürzen. Dieses einbehaltene Honorar muss die KV nicht an die Krankenkassen herausgeben, wie das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen (LSG) festgestellt hat (Az. L 11 KA 21/15, 8. März 2017). Anders als die Erstinstanz, das Sozialgericht Münster, vertritt das LSG die Auffassung, dass es sich bei der Kürzung des Honorars aufgrund von nicht nachgewiesener Fortbildung in erster Linie um eine Disziplinarmaßnahme eigener Art handelt. Die Fortbildungsnachweispflicht diene dazu, die Qualität der vertragsärztlichen Versorgung zu sichern. Die Honorarkürzung habe nach Auffassung des LSG den Zweck, den Vertragsarzt disziplinarisch dazu anzuhalten, seine Fortbildungsverpflichtung zu erfüllen. Es bestehe deshalb kein Anspruch bei den Krankenkassen, der die KVen verpflichtet, das einbehaltene Honorar weiterzuleiten, da der Gesetzgeber bewusst davon abgesehen habe, eine gesetzliche Anspruchsgrundlage zu schaffen.


 Das Urteil des LSG Nordrhein-Westfalen ist nicht rechtskräftig, da die Kassen gegen die Entscheidung Revision eingelegt haben. Bis zu einer solchen Entscheidung bleibt das Geld bei der jeweiligen KV. Sie könnte es zum Beispiel dazu einsetzen, durch eigene Fortbildungsmaßnahmen ihren Mitgliedern die Umsetzung dieser Zwangsmaßnahme zu erleichtern.



G-BA bessert beim **DMP Asthma** nach

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das Disease-Management-Programm (DMP) für Patienten mit Asthma bronchiale in einigen Punkten ergänzt und spezifiziert. Die Versorgungsaspekte werden jetzt stärker fokussiert, zum Beispiel sollen Ärzte

- therapierelevante Begleiterkrankungen wie Adipositas oder Refluxbeschwerden,
- das Medikamentenmanagement bei Multimorbidität und
- das Angebot von Tabakentwöhnungsprogrammen besser berücksichtigen. Außerdem können künftig auch Kinder unter fünf Jahren am DMP Asthma bronchiale teilnehmen. Für diese Altersgruppe hat der G-BA klinische Aufnahmekriterien festgelegt, da eine Lungenfunktionsmessung, um eine reversible Atemwegsobstruktion nachzuweisen, oft noch nicht möglich ist.

 Hervorzuheben ist die Aufnahme eines strukturierter Medikamentenmanagements in das DMP für Patienten, die aufgrund mehrerer Erkrankungen dauerhaft mindestens fünf Arzneimittel einnehmen müssen. Mindestens jährlich soll der Arzt alle eingenommenen Arzneimittel erfassen und deren mögliche Wechsel- und Nebenwirkungen prüfen.

Statt der bisherigen Einteilung des Asthmas nach Schweregraden steht künftig die Asthmakontrolle für die langfristige Verlaufskontrolle und als Grundlage für die Therapie im Vordergrund. Analog der Regelungen im DMP COPD hat der G-BA die Aufklärung über die negativen Folgen des Tabakkonsums auf Symptomatik und Verlauf des Asthmas bronchiale aufgenommen. Auch diesen Patienten wird auf Kosten der Kasse der Zugang zu strukturierten, evaluierten und publizierten Tabakentwöhnungsprogrammen eröffnet.

Sofern das Bundesgesundheitsministerium (BMG) die Regelungen nicht beanstandet, treten die neuen Anforderungen an das DMP Asthma bronchiale und die Dokumentation zum 1. April 2018 in Kraft. Wegen der erhöhten Anforderungen ist damit zu rechnen, dass auch das Honorar angehoben wird. Weitere DMP soll der G-BA zur chronischen Herzinsuffizienz, Depressionen, Osteoporose, rheumatoide Arthritis und Rückenschmerz entwickeln.