



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.

Antibiotikaverordnung: Kassen und KBV fördern Einzelregresse

Zum 1. Januar 2012 wurde auf Initiative des damaligen Bundesgesundheitsministers Daniel Bahr (FDP) Paragraf 106 Abs. 5e S. 1 ins SGB V eingefügt: Danach müssen Ärzte zuerst beraten werden, wenn sie erstmals die Richtgröße für Arzneimittel um 25 Prozent oder mehr überschreiten (Beratung vor Regress). Seitdem haben die Kassen ihre Strategie geändert und belasten besonders Hausärzte mit Einzelfallprüfungen. „Rückenwind“ haben sie durch eine vom Bahr-Nachfolger Hermann Gröhe (CDU) initiierte Neuregelung erhalten: Sie sieht vor, dass die Praxissoftware Ärzte besser über die Ergebnisse der Nutzenbewertung informiert und sie diese bei ihren Therapieentscheidungen berücksichtigen sollen.



Ein weiterer Auftrag des Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetzes (AMVSG)

tangiert die Verordnung von Antibiotika. Wegen der zunehmenden Resistenzen sollen im EBM Regelungen zur Erstattung von diagnostischen Verfahren getroffen werden, um Antibiotika zielgenauer einsetzen zu können. Gedacht ist dabei an Schnellanalyseverfahren, wie sie bereits zum Beispiel mit der Bestimmung von CRP vorhanden sind. Was dabei herausgekommen ist, kann man nur mit Stirnrünzeln begleiten. Im Erweiterten Bewertungsausschuss haben sich KBV und Kassen von 1. Juli 2018 an auf Parameter geeinigt, die dem Gesetzauftrag, „Schnellanalyseverfahren“ für die Praxis zu fördern, noch nicht einmal ansatzweise gerecht werden (kurz berichtet in *Der Hausarzt* 7). Bevor Hausärzte ein Antibiotikum verschreiben, sollen sie erst diagnostische Tests einleiten – wofür es künftig neue EBM-Ziffern gibt: Bestimmung des Biomarkers Procalcitonin (Nr. 32459), MALDI-TOF-Massenspektrometrie für Bakterien und Pilze (Nrn. 32759 und 32692). Ggf. sollen noch die Empfindlichkeitsprüfungen nach EUCAST oder CSLI für gramnegative und -positive Bakterien (Nrn. 32772 und 32773, Zuschlüsse 32774 und 32775) folgen. Bei generalisierten bakteriellen Infektionen synthetisieren alle Körperzellen vermehrt Procalcitonin. Es hat sich als Entzündungsmarker neben CRP bisher vor allem in der Intensivmedizin beim Monitoring von Risikopatienten mit schweren bakteriellen Infektionen, Sepsis und septischem Schock bewährt. Persistierend hohe und/oder im Verlaufe der Erkrankung ansteigende Pro-

Kennnummer	Laborleistung	
32004 Diagnostik zur Bestimmung der notwendigen Dauer, Dosierung und Art eines gegebenenfalls erforderlichen Antibiotikums vor Einleitung einer Antibiotikatherapie oder bei persistierender Symptomatik vor erneuter Verordnung	32459	Procalcitonin
	32759 32692	MALDI-TOF-Massenspektrometrie zur Differenzierung von Bakterien und Pilzen
	32272 32273	Empfindlichkeitsprüfungen nach EUCAST oder CLSI gramnegativer und -positiver Bakterien
	32274 32275	Phänotypische Bestätigung einer Multiresistenz
	32151	Kulturelle bakteriologische und / oder mykologische Untersuchung
	32720 bis 32727	Kulturelle Untersuchung auf ätiologisch relevante Bakterien
	32750 32760 bis 32763	Differenzierung Bakterienkulturen

Die neue Kennziffer 32004 EBM sichert den Laborbonus und schützt vor Arzneimittelregressen. Das Problem: Die Neuregelung stellt für Laborärzte eine zusätzliche Einnahmequelle, für Hausärzte hingegen eine (unentgeltlich zu erbringende) weitere bürokratische und ggf. sogar finanzielle Belastung dar.

an n rechnet ab

calcitonin-Werte sind dabei als sicherer Hinweis auf eine schlechte Prognose zu werten. Praxisrelevant ist die Methode so gesehen nicht. Es existiert aber bereits ein AQT90 FLEX Analysator, der laut Hersteller Ergebnisse aus Vollblut oder Plasma in weniger als 21 Minuten liefert und damit direkt in der hausärztlichen Praxis eingesetzt werden könnte.

Das Problem: Alle diesbezüglich von KBV und Kassen im Bewertungsausschuss geschaffenen neuen Laborleistungen sind im speziellen Teil des Laborkapitels angesiedelt, also dürfen nur Laborärzte oder Ärzte mit vergleichbarer Qualifikation diese durchführen und abrechnen. Vor einer so gezielteren Antibiotikatherapie muss der Hausarzt die Proben daher ins entsprechende Labor schicken. Das geht, wenn der Patient später am Tag in der Praxis erscheint, erst am Folgetag. Man müsste den Patienten also zunächst nach Hause schicken und ihn – bei positivem Befund – etwa 24 Stunden später wieder einbestellen, um sich ggf. ein Antibiotikarezept abzuholen.

Streng genommen müsste man bei der Gelegenheit erneut Blut abnehmen, um noch die zusätzlichen Erre-

gerdifferenzierungen und Empfindlichkeitsprüfungen zu veranlassen. Folglich müsste der Hausarzt das Antibiotikum unter Vorbehalt verordnen, damit er das Rezept später je nach Ergebnis anpassen kann.

Wer so etwas entscheidet, muss sehr lange nicht mehr oder noch nie in einer Arztpraxis tätig gewesen sein.

Der Betreffende muss auch noch nie etwas von einer „Grippewelle“ gehört haben und nicht wissen, dass etwa 30 bis 40 Prozent der Hausarztpatienten im Pflegeheim behandelt werden. Die Neuregelung ist für Laborärzte eine zusätzliche Einnahmequelle, für Hausärzte hingegen eine (unentgeltlich zu erbringende) weitere bürokratische und ggf. sogar finanzielle Belastung.

Die betreffenden Laborleistungen sind nämlich von der Anrechnung auf den neuen Laborbonus befreit, wenn der Hausarzt die Kennziffer 32004 EBM angibt. Gleichzeitig erleichtert die Kennziffer den Kassen aber, Einzelregressanträge zu stellen. Wer nach dem 1. Juli 2018 nämlich Antibiotika verordnet, ohne auf dem Behandlungsausweis die Nr. 32004 EBM anzugeben, ist einfach zu identifizieren und damit potenziell regressgefährdet.

Hat sich die KBV bei der TI-Finanzierung verzockt?

Bei einer Arbeitskreissitzung in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) am 22. März wurde diskutiert, ob die Kassenärztlichen Vereinigungen einen Bescheid im Zusammenhang mit der Finanzierung der Telematikinfrastruktur (TI) gegenüber den Vertragsärzten erlassen dürften. Unter Hinweis auf die TI-Finanzierungsvereinbarung gemäß Paragraf 291a Absatz 7 Satz 5 SGB V stellte der Arbeitskreis fest, dass eine Kassenärztliche Vereinigung (KV) die Anspruchsberechtigung der Vertragsarztpraxis gemäß dieser Vereinbarung prüfen muss. Hieraus ergibt sich, dass die KV befugt, aber auch verpflichtet ist, einen Bescheid zu erlassen, wenn seitens des Vertragsarztes keine Anspruchsberechtigung vorliegt. Das gilt auch, wenn der Arzt eine höhere Finanzierung oder Erstattung von Kosten beantragt, als es die TI-Finanzierungsvereinbarung vorsieht. Gegen diesen Bescheid könne der Vertragsarzt Widerspruch einlegen und bei erfolglosem Widerspruchsverfahren klagen.



Das ist bisher die Antwort der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) auf die noch offene Frage, ob und wie den Vertragsärzten die eigentlich gesetzlich zugesicherten Kosten für den TI-Anschluss in vollem Umfang ersetzt werden. Besonders delikant ist in diesem Zusammenhang, dass die KBV bereits mit den Krankenkassen verhandelt, damit die Finanzierungslücke für Ärzte doch geringer ausfällt (*wir berichteten*). Zuletzt wollte der GKV-Spitzenverband aber noch „abwarten“, sagte er gegenüber *„Der Hausarzt“*. Bliebe es bei der jetzigen Vereinbarung, ist abzusehen, dass viele Niedergelassene spätestens ab dem dritten Quartal 2018 keine kostendeckende Refinanzierung ihrer Investitionen mehr bekämen und deshalb auf den Kosten sitzenbleiben. Der KBV-Vorstand rechnet mit einer Unterfinanzierung von fast 1.200 Euro. Es wird immer deutlicher, dass sich die KBV bei der Aushandlung der Pauschalen verzockt hat und die Niedergelassenen den „schwarzen Peter“ gezogen haben. Denn sie sollen nach erfolglosem Widerspruch ihr Recht einklagen. Das kostet aber bekanntlich Geld und vergrößert die Unterdeckung damit noch.