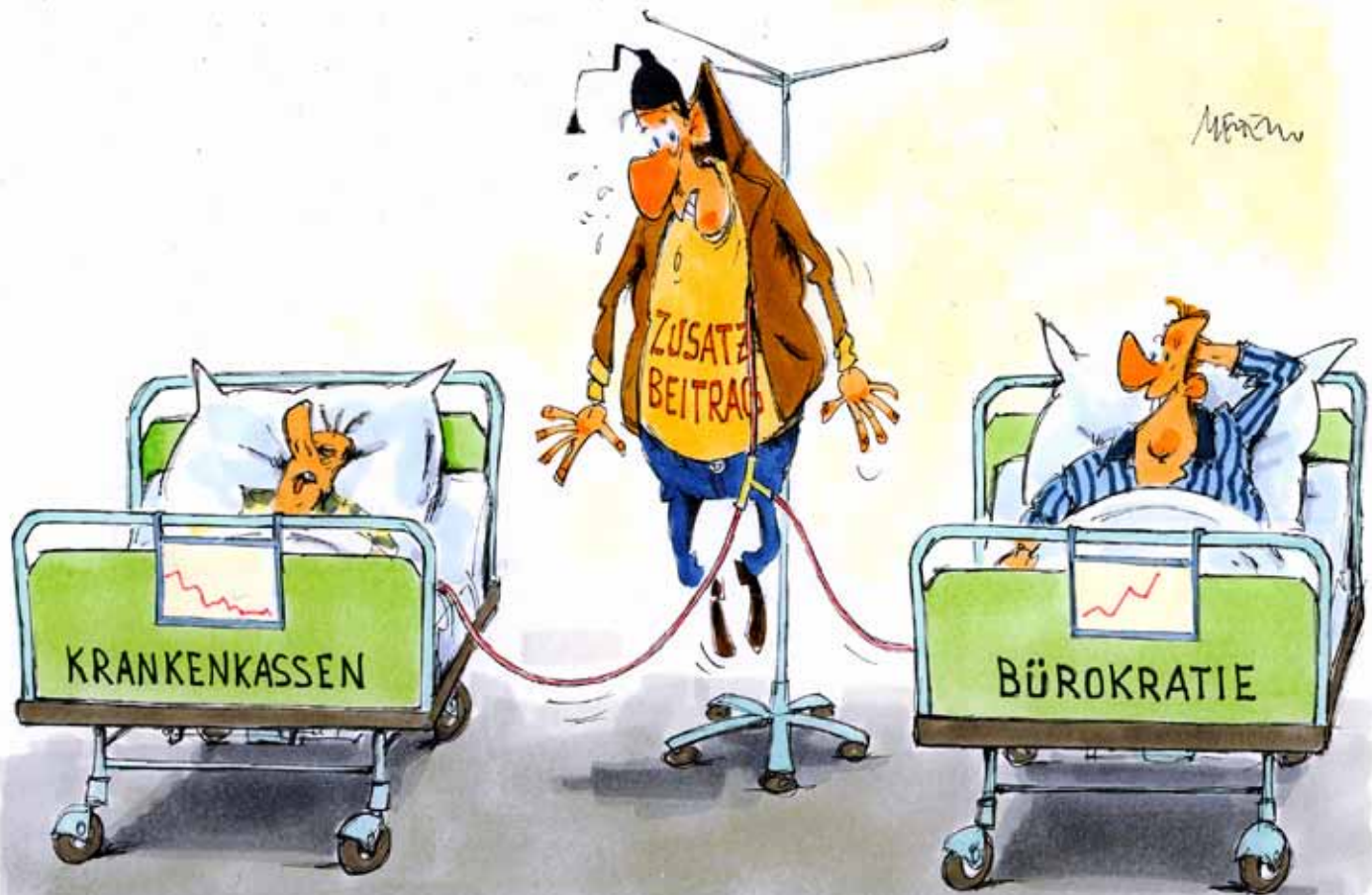


Cartoon: Meister



Honorar steigt, Praxiskasse schrumpft

Wir Deutsche haben einen gewissen Hang zur gründlichen Verwaltung der Welt. Das hat manchmal Vorteile, oft wird aber nur sinnlos die Bürokratie genährt. Gerade im Gesundheitswesen erleben wir immer wieder, wie mit guter Absicht, aber wenig Weitsicht an einer Stellschraube gedreht wird und daraufhin an anderer Stelle die unerwünschten Wirkungen auftreten. Auch die letzte Vergütungsreform, als NVV 2009 bekannt, gehört in diese Kategorie: Eine solche Honorarsteigerung hat es noch nie gegeben, trotzdem haben manche Kollegen nun bis zu 20 Prozent weniger Geld in der Praxiskasse als früher. Inzwischen steht schon die nächste Reform vor der Tür: Es soll bald erfolgsabhängige Honoraranteile geben. Wird auch das zu einem Schuss, der nach hinten losgeht? Immerhin gibt es auch positive Aspekte: Der Umbau der KV Hessen, der auch die Verwaltungskostenumlage senken wird, kommt voran.

Impfhonorar müsste verdreifacht werden

Ein neues Gutachten zeigt: Die Honorare für Impfungen müssten bei betriebswirtschaftlich exakter Betrachtung auf das Dreifache steigen **Seite 13**

Online-Abrechnung – einfach per Mausclick!

Viele Kollegen bringen ihre Abrechnung noch zur KV-Bezirksstelle. Dabei könnten sie sich die Zeit und das Geld für diese Fahrt sparen! **Seite 38**

Inhalt

Honorar: Erwartung und Ergebnis klaffen weit auseinander	<u>4</u>	Vergütung der Schulung von Gestationsdiabetikerinnen im Jahr 2010	<u>26</u>
Wenig Besinnliches zum Jahresausklang	<u>5</u>	Ist Ihre Quartalsabrechnung komplett?	<u>28</u>
KBV plant qualitätsorientierte Vergütung für Vertragsärzte	<u>8</u>	Keine Zuzahlungspflicht bei Akupunkturleistungen	<u>28</u>
Ärzte-Institut lässt Praxisdaten erforschen	<u>9</u>	Aktuell: Meldung der im Einsatz befindlichen Ultraschallsysteme	<u>29</u>
Hilfsmittel ab 2010 nur noch nach Vertrag	<u>10</u>	Berufsschulen in Hessen, Ärztekammer und KVH verbessern ihre Zusammenarbeit	<u>29</u>
Deutsches Gesundheitswesen ist gut, aber zu teuer!	<u>10</u>	BKK vor Ort „Mein Arzt“: Aktuelle Informationen zur Abrechnung	<u>30</u>
So kann die neue Weiterbildungsförderung Allgemeinmedizin umgesetzt werden	<u>10</u>	Fusion zwischen GEK und BARMER: Auswirkungen auf bestehende Verträge	<u>30</u>
HZV kann flächendeckend starten	<u>11</u>	Hoöpathievertrag mit der BKK Mobil Oil	<u>31</u>
Dürfen Kliniken ambulante Leistungen zum Nulltarif anfordern?	<u>12</u>	Kapazitätsgrenzen für Psychotherapeuten	<u>31</u>
Neue vertragsärztliche Vergütung: Scheitert die Reform der Reform?	<u>12</u>	Arzneimittelverordnung in Hessen	<u>32</u>
Impfhonorar müsste dreimal so hoch sein!	<u>13</u>	AOK-Patienten: Nur noch zwei Lieferanten für Elektrostimulationsgeräte	<u>34</u>
Liquidation beim Eintrag in Bonushefte: Bitte nicht „einknicken“!	<u>15</u>	Heilmittelfrühinformation: Wann droht eine Beanstandung?	<u>34</u>
Umsatzsteuerbefreiung für ärztliche Leistungen eindeutiger geregelt	<u>15</u>	Arzneimittel- und Heilmittelregresse 2007	<u>36</u>
Schwerpunktpraxen: Chronikerzuschläge bleiben unbegrenzt erhalten!	<u>16</u>	Regresse kommen nicht von der KV!	<u>36</u>
Mittelbare Beratung: wann kann sie berechnet werden?	<u>17</u>	Palliativ-Versorgung: So wird sie richtig verordnet	<u>37</u>
Varizellen-Impfung richtig abrechnen	<u>17</u>	Online-Abrechnung – einfach per Mausclick	<u>38</u>
Darmkrebsvorsorge und deren Abrechnung nicht vergessen	<u>18</u>	Diese Kollegen vertreten Sie in der KV	<u>40</u>
GEZ-Gebühren auf Praxiscomputer: die unendliche Geschichte	<u>19</u>	„Am Ende steht die Vision einer sicheren EHV-Säule“	<u>43</u>
GWG-Abschreibung neu geregelt	<u>19</u>	KV Hessen zeigte jungen Kollegen Perspektiven im ambulanten Bereich.	<u>44</u>
Niedrigere Steuern für Hotels lassen die Bürokratie wuchern – auch bei Ärzten	<u>20</u>	Gutschein für die 5000. Seminar-Teilnehmerin	<u>44</u>
Darauf sollte man bei rauchenden Patienten vorbereitet sein	<u>20</u>	Ärgerliche Werbe- und Abzockeranrufe: Schlagen Sie zurück!	<u>45</u>
Perspektiven für den Marktzugang innovativer Arzneimittel	<u>21</u>	Agieren oder Reagieren: Wann sind Sie schneller?	<u>46</u>
Arznei- oder Heilmittel bei Palliativversorgung nicht selbst verordnen!	<u>24</u>	Impfstoff gegen Helicobacter in Sicht?	<u>47</u>
Hier finden Ihre Patienten Informationen über Krankenhäuser	<u>25</u>	Interaktiver Krebsatlas online nutzbar	<u>48</u>
Zahlungsaufforderungen der argab nicht befolgen!	<u>26</u>	Hilfe zur Selbsthilfe	<u>54</u>

Blau: offizielle Mitteilungen im Rundschreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. In der Heftmitte eingehaftet finden Sie als Bekanntmachung der KV Hessen die Honorarverträge zwischen KV und Kassen für die Jahre 2009 und 2010.

Impressum

Verlag und Herausgeber: XtraDoc Verlag Dr. Bernhard Wiedemann, Winzerstraße 9, 65207 Wiesbaden (www.xtradoc.de)
Chefredaktion: Dr. Margita Bert (verantw.), Dr. Gerd W. Zimmermann
Redaktion: Silvia Herzinger, Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt
Fax Redaktion: 069 / 79502 501
Beirat: Dr. Wolfgang LangHeinrich (Arzneimittel), Sabine Kühn (KOSA), Dr. Harald Herholz, Jörg Hoffmann (Juristische Geschäftsführung), Christa Leiendecker (Psychotherapie)
Korrespondenten der Bezirksstellen: Stefan Kobisch (Kassel), Hans Laun (Marburg), Carsten Lotz (Wiesbaden), Frank Martens (Darmstadt), Antje Ruppel (Gießen)
Druck: Meister Print & Media, Kassel
Für die offiziellen Mitteilungen ist ausschließlich die Landesstelle der KV Hessen verantwortlich. Die im nicht amtlichen Teil abgedruckten Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung von Herausgeber und Redaktion wieder.

Gesundheitssystem und Politik

Honorarreform

Erwartung und Ergebnis klaffen weit auseinander 4, 5

Es ist paradox: Einerseits gab es noch nie so viel Honorarzuwachs wie durch die letzte Reform, andererseits stehen immer noch zu wenig Mittel zur Verfügung und manche Kollegen mussten sogar bis zu 20 Prozent Verluste hinnehmen.

KBV plant qualitätsorientierte Vergütung 8

Das Honorar soll sich zukünftig auch daran orientieren, ob die Therapieziele erreicht werden – beispielsweise die angepeilten Blutdruckwerte.

Abrechnung und Finanzen

Liquidation beim Eintrag in Bonushefte: Bitte nicht einknicken! 15

Die Kassen wollen hier lediglich Arbeit auf die Vertragsärzte abwälzen.

Wann kann eine mittelbare Beratung berechnet werden? 17

Einerseits sind während eines stationären Aufenthalts immer wieder Telefonate mit den Kollegen der Klinik oder auch mit Behörden nötig, andererseits dürfen während eines stationären Aufenthalts keine ambulanten Leistungen abgerechnet werden. Völlig umsonst sind diese Leistungen aber dennoch nicht.

Arzneimittel und Rezept

Patient wird durch spezialisiertes Palliativ-Team versorgt

Arznei- und Heilmittel nicht selbst verordnen 24, 37

Andernfalls droht ein Regress.

Heilmittelverordnung

Wann kommt es zur Beanstandung? 34

Neuerdings erhalten die hessischen Vertragsärzte Informationen über ihre Heilmittelverordnungen. Um diese Daten richtig einschätzen zu können, muss man allerdings wissen, welche Konstellationen bei der Verordnung zu einer Beanstandung führen könnten. Details hierzu finden Sie in diesem **info.doc**.

Regressive kommen nicht von der KV! 36

Festlicher Ärzteball

der Gesellschaft Hessischer Ärztinnen und Ärzte e.V.

22. Mai 2010

im Kurhaus Wiesbaden, Friedrich von Thiersch Saal ab 19.00 Uhr

Nähere Informationen in der Anzeige auf der Rückseite dieses Heftes.



Erwartung und Ergebnis klaffen weit auseinander

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren,

Was hat sich 2009 am stärksten in das kollektive Gedächtnis der Vertragsärzte eingegraben? Enttäuschung über das Honorar, Enttäuschung über die Untätigkeit der neu gewählten Regierung, Enttäuschung über die Zunahme der Bürokratie.

Dies spüren wir in der KV Hessen sehr deutlich, obwohl die Geldmenge zugenommen hat, ist das Honorar ungleich verteilt. Die Mechanismen der Honorarverteilung wurden nicht in Hessen erfunden, sondern vom Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossen. Dort geht es zu wie bei einer Verhandlung von Gewerkschaften und Arbeitgebern, beobachtet von Ministeriumsbeamten, begleitet vom Institut des Bewertungsausschusses und natürlich gelenkt vom Vorsitzenden Prof. Wasem (Volkswirt) und den beiden Unparteiischen.

Bleibt man beim Vergleich mit den Tarifparteien, so sind die Kassen die Arbeitgeber und wir die Gewerkschaft. Leider sind wir eine zerstrittene Partei, dies hat die Politik mit ihren Verträgen nach § 73b und c SGB V problemlos erreicht. Optimale Ergebnisse für alle werden so nicht erreicht.

Was haben wir erwartet? Zehn Prozent mehr! Was haben wir bekommen? Oft bis zu 20 Prozent weniger.



Natürlich gibt es auch Positiventwickler, aber die schweigen.

Die rein konservativ tätigen Ärzte sind die Negativentwickler. Sie jedoch versorgen die Bevölkerung bei ihren alltäglichen Krankheiten, die der Therapie bedürfen, aber nicht operiert werden müssen. Das ist ein Problem, das sowohl die Hausärzte als auch die Fachärzte betrifft. In diesem Zusammenhang habe ich einige Gespräche geführt, so hat mir

unter anderem Herr Kollege

Schuran als Vertreter des

Berufsverbandes

HNO die Honorar

rarmisere seiner

Fachgruppe

ausführlich

geschildert.

Die Frage, die

Kassen und

Politik beant-

worten müs-

sen: Sind diese

„konservati-

ven“ Behand-

lungen weniger

wert?

Die Vertreterver-

sammlung der KVH hat in einer Resolution Ende August 2009 gefordert, dass das System der Honorarverteilung entscheidend verbessert werden soll. Die Botschaft ist angekommen in Berlin. So wird es wahrscheinlich ab 01.07.2010 zu einer Veränderung der Verteilung des Honorars kommen, wenn die Kassen zustimmen! Das neue System erinnert an die schon bekannte Verteilung von 2003 mit grünen und gelben Praxisbudgets. Die grünen Budgets sind das RLV, und die gelben Budgets die QZV. Schon wieder ein neuer Begriff. QZV sind qualifikationsgebundene Zusatzvolumina. Für jede Fachgruppe wird es eigene abrechenbare Gebührenordnungspositionen geben. Dies bringt wieder eine Umstellung mit sich und in diesem Bereich floatende Punktwerte. Viel mehr Geld wird es dieses Jahr nicht geben!

Es soll beim Honorar zu einer endgültigen Hausarzt/Facharztrennung kommen und zwar dauerhaft.

Die Entwicklung der Selektivverträge im hausärztlichem Bereich gestaltet sich zögernd und schwierig. Wir, die KV, wissen noch nicht, wohin die Reise geht. Die Situation wird sich allerdings verschärfen, wenn die Hausärzte mit ihrer Abrechnung aussteigen. Dann werden wir das Honorar bereinigen müssen. Dafür gibt es schon eine Vorschrift.

Noch gibt es Gemeinsamkeiten zwischen den beiden Gruppen, dazu gehören der Bereitschaftsdienst, die Sicherstellung und eine Restverhandlungsmöglichkeit mit den Kassen.

“
**WIR HABEN 10 %
 MEHR HONORAR
 ERWARTET, ABER EINIGE
 HABEN 20 % WENIGER
 BEKOMMEN**
 “

WENIGER VERWALTUNGSKOSTEN, BESSERE KOMMUNIKATION

Mit unseren Restrukturierungsmaßnahmen wollen wir unsere KV für alle Entwicklungen „wetterfest“ machen. Die Umstrukturierung der KVH schreitet voran. Ab 01.04.10 wird die komplette Abrechnung in Frankfurt bearbeitet.

Die Beratung unserer Ärzte vor Ort wird in den Bezirksstellen Darmstadt, Wiesbaden, Gießen

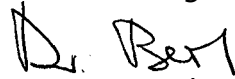
und Kassel erfolgen. Wir werden Sie in einem gesonderten Rundschreiben noch genau unterrichten. Mit diesen Maßnahmen sollen die Verwaltungsgebühren langfristig reduziert werden, die Arbeit reibungsloser verrichtet und die Kommunikation verbessert werden.

Gleichgültig was die Politik plant, eines ist sicher: Sie alle bleiben Mitglieder der KV.

Was bedeutet das für Sie? Sie sollten sich aktiv an den Wah-

len für die Vertreterversammlung beteiligen und Ihre Stimme abgeben. Sie bestimmen den Kurs in Hessen. Jede Stimme ist wichtig. Resignation nutzt niemandem, eine hohe Wahlbeteiligung beweist den anderen „Tarifparteien“, dass Sie Ihrer Vertreterversammlung ein starkes Mandat für Ihre Interessenvertretung geben. Treten Sie mit Ihrer Stimmabgabe für Ihre ureigensten Interessen ein, dies wünscht

mit freundlichen kollegialen Grüßen



Ihre Dr. med. Margita Bert, Vorstandsvorsitzende der KV Hessen

Wenig Besinnliches zum Jahresausklang

Vertreterversammlung trifft sich zur letzten Sitzung im Jahr 2009

Von vorweihnachtlicher oder gar adventlicher Stimmung war nur wenig zu spüren, als sich die Mitglieder der Vertreterversammlung der KV Hessen am 12. Dezember 2009 zu ihrer fünften und letzten Sitzung des Jahres 2009 in Frankfurt trafen. Zu gravierend lasten die ökonomischen Probleme nach wie vor auf vielen Praxen, zu groß ist die Enttäuschung im Jahr eins der neuen vertragsärztlichen Vergütung (NVV), dass die mit großer Hoffnung begleitete Honorarreform neben vielen Gewinnern eine erhebliche Zahl von Verlierern „produziert“ hat. Während das hausärztliche Hauptausschussmitglied Dr. Günter Haas (Lautertal) den KBV-Vorsitzenden Dr. Andreas Köhler als „personalisierte Bankrotterklärung des KV-Systems“ bezeichnete, „eine angemessene Honorierung zur Verfügung zu stellen“, ordnete Frank Rüdiger Zimmeck aus Limburg für die hessischen Fachärzte die für das Jahr 2009 prognosti-


zierte Honorarsteigerung von 0,5 Prozent als „Unverschämtheit“ ein.

LOB FÜR HESSEN, KRITIK AN BERLIN

So war die Rede des VV-Vorsitzenden Frank Dastych insgesamt eher in moll gehalten. Dastych beklagte, dass es auf Bundesebene offensichtlich intensive Überlegungen gebe, eine „Kammeralisierung der VVen vorzunehmen“ und zeigte sich nachhaltig irritiert: „Warum wird eine solche Diskussion nicht in den Gremien geführt, in die sie originär gehört, nämlich in den Länder-KVen?“ Die neue vertragsärztliche Vergütung habe nicht nur eine Menge Probleme gebracht, sondern werde auch an der Basis nicht verstanden. Die Reaktion der KBV auf diese Beobachtung, noch nie habe es so umfangreiche Honorarzuwächse gegeben, wertete er als „Affront gegenüber den Re-

formverlierern“. Ausdrücklich lobte er den „hessischen Weg“ der Honorarverteilung, bei dem die KVH durch den Sicherstellungsindex 90 ihrer Verantwortung gerecht geworden sei und für etwas mehr „Honorargerechtigkeit“ gesorgt habe.

EHV: GESETZGEBER HAT DEN WEG FREI GEMACHT, KV MUSS MIT SATZUNGSÄNDERUNG NACHZIEHEN

Insgesamt deutlich positiver fiel das Jahresfazit der Vorstandsvorsitzenden in ihrem „Bericht zur Lage“ aus. Dr. Bert informierte die Vertreter, dass sich die Mehrheit der KV-Vorstände gegen eine Sektionierung der KVen ausgesprochen habe. „Die KBV-Vertreterversammlung hat in dieser Diskussion ebenfalls wichtige Anstöße gegeben. Meine Position in dieser Frage ist klar: Nur wenn wir als Ärzte und Psychotherapeuten zusammenbleiben und uns 

eben nicht auseinander dividieren lassen, können wir geschlossen für unsere Ziele eintreten.“ Die Vorstandsvorsitzende berichtete auch darüber, dass es kurz vor dem Jahresende eine Einigung für die zukünftige finanzielle Förderung der Allgemeinmedizin gegeben habe. Die ambulante Weiterbildung werde ab dem 1. Januar 2010 mit 3.500 € monatlich gefördert (hälftiger Anteil wird durch Krankenkassen und KV getragen) und die Weiterbildungsstätte sei aufgefordert, diesen Betrag noch auf 4.080 € aufzustocken – analog zum Förderungsbetrag in der stationären Weiterbildung. Ebenso seien strukturelle Verbesserungen angestoßen:

- Weiterbildung auch in Teilzeit möglich,
- Förderbetrag für unterversorgte bzw. von Unterversorgung bedrohter Gebiete wird um 500 € bzw. 250 €

aufgestockt, Förderung im stationären Sektor auf alle Fächer ausgedehnt (außer Innere Medizin mit Schwerpunkten),

- Anteilige Finanzierung der Förderung auch aus Selektivverträgen.

„Für die wichtige Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin haben wir nun Planungssicherheit für die kommenden Jahre und können daran gehen, gezielt junge Mediziner für diese Laufbahn zu begeistern. Wir dürfen allerdings das Ziel, die Weiterbildung auch für Fachärzte zu verbessern, nicht aus den Augen verlieren.“

Zufrieden zeigte sich die KV-Vorsitzende angesichts der unlängst vom hessischen Landtag einstimmig beschlossenen Gesetzesänderung zur erweiterten Honorarverteilung (EHV). Der Landtag hatte den Weg für die

finanzielle Zukunft der EHV frei gemacht, indem in Zukunft alle Honorareinnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit in die EHV einfließen – unabhängig davon, ob es sich um Einnahmen aus Kollektiv- oder Selektivverträgen handelt. „Unsere jahrelange Lobbyarbeit sowie das Drängen anderer hat sich letztendlich ausgezahlt. Wir haben nun die Chance, eine solide finanzielle Basis für die EHV zu schaffen. Allerdings muss die VV nun zügig nachziehen und die EHV-Satzung ändern. Die Zeit drängt“, mahnte Dr. Bert. Zufrieden zeigte sich Dr. Bert mit dem Stand der Modernisierung der Verwaltung der KVH. Nachdem im Oktober 2009 der Sozialplan mit dem Personalrat unterzeichnet worden war, hatten sich bis zur Sitzung am 12. Dezember 116 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entschieden, einem ▶

Bei der letzten Vertreterversammlung im vergangenen Jahr kam keine Weihnachtsstimmung auf

Foto: Buchalik



Foto: Buchalik



Edgar Pohl, IT-Leiter der KVH, informierte die Vertreter über die seit Herbst existierenden Angebote zur Online-Abrechnung.

Aufhebungsvertrag zuzustimmen.

ARZTNOTRUF IN DER REGION: „KASSEN NICHT AUS IHRER VERANTWORTUNG LASSEN“

Kontrovers diskutierten die VV-Mitglieder die Zukunft des Arztnotrufs in der Region (A.N.R.) im Lahn-Dill-Kreis. Der Vorstandbeauftragte für besondere Angelegenheiten, Dr. Peter Eckert aus Gießen, bat in einem engagierten Vortrag um Zustimmung für den Antrag, dem A.N.R. für ein halbes Jahr für den Fall einen zinslosen Kredit von maximal 82.500 € zu gewähren, dass die teilnehmenden Bereitschaftsdienstgemeinschaften die fehlenden Gelder nicht rechtzeitig durch entsprechende Beschlüsse zusagen könnten. Diese Finanzierungslücke war entstanden, weil sich die hessischen Krankenkassen geweigert hatten, das Projekt wie bisher mit den notwendigen Finanzmitteln auszustatten – und dass, obwohl Kosteneinsparungen von rund 2,5 Millionen € nachgewiesen werden können. Nach längerer Diskussion wurde der eingebrachte Antrag mit deutlicher Mehrheit abgelehnt. Stellver-

tretend für viele Stimmen hieß es: „Die Krankenkassen sparen Geld, wenn der A.N.R. weiterläuft. Diese Einsparungen sind objektiv belegbar. Nun wollen die Kassen weiter sparen, aber nichts mehr zahlen. Das können wir nicht akzeptieren.“

„DIE REICHEN HESSEN KÖNNEN SICH VERLUSTE LEISTEN!“

Der Vortrag des stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstands zur Honorarsituation, Dr. Gerd W. Zimmermann, war durch eine widersprüchliche Situation geprägt. „Auf der einen Seite gab es“ – wie Dr. Zimmermann betonte – „noch nie so viel Honorarzuwachs wie durch die NVV 2009, auf der anderen Seite ist es nach wie vor viel zu wenig Honorar, das wir insgesamt verteilen können. Wir Hessen

leidern massiv unter den Problemen eines bundesweiten Ausgleichs systems, das offenbar davon ausgeht, die reichen Hessen könnten es sich leisten, benachteiligt zu werden.“ Deutliche Kritik übte er an den „Machern der Vergütungsordnung“ in Berlin: „Die ungleiche Verteilung der Honorarzuwächse, die für einige Praxen nun sogar Verluste bedeuten, hätte man durch Proberechnungen eigentlich simulieren können. Die handwerklichen Fehler, die nun im nächsten Jahr baldmöglichst korrigiert werden müssen, waren vorhersehbar.“ Für das Jahr 2010 stellte Dr. Zimmermann

den hessischen Ärzten und Psychotherapeuten ein Honorarplus von rund 65 Millionen € in Aussicht. Auch an dieser Stelle zeigt sich der oben bereits beschriebene Widerspruch erneut: „Dieser Betrag ist in etwa das zehnfache von dem, was wir in Zeiten von Honorarsteigerungen durch die Grundlohnsumme und damit vor der NVV 2009 erwarten konnten. Und trotzdem wird auch dieser Zuwachs nicht ausreichen, um den Honorar-Nachholbedarf zu stillen.“

Darüber hinaus macht Dr. Zimmermann den Vertretern Hoffnung, dass es in 2010 nicht wieder zu einer so starken Abwärtsbewegung bei den RLV-Werten wie im Jahr 2009 kommen werde: „Grundlage für die aktuellen RLV ist der Leistungsbedarf des Jahres 2008, so dass wir insgesamt mit einer Stabilisierung der Werte rechnen können.“

Neu sei zudem, dass alle Laborleistungen und der Ärztliche Bereitschaftsdienst vor der Trennung des Honorars in einen haus- und einen fachärztlichen Teil bedient würden, so dass mehr Geld im Vergütungsbereich für die RLV zur Verfügung stehe.

Dem umfangreichen Referat Dr. Zimmermanns schloss sich eine weitere intensive Diskussion an, in der unter anderem Dr. Haas seine Fundamentalkritik wiederholte: „Dieses Honorarsystem honoriert nicht in erster Linie die ärztliche Leistung, sondern es belohnt die Abrechnungsoptimierung unabhängig vom Behandlungsbedarf des Patienten.“

”
**HESSENS ÄRZTE
LEIDEN MASSIV UNTER
DEM BUNDESWEITEN
HONORAR-AUSGLEICH-
SYSTEM**
“



ONLINE-ABRECHNUNG WIRD BALD ZUM STANDARD

Begonnen hatte die Sitzung der VV mit einer mit großem Interesse verfolgten Präsentation des IT-Leiters der KVH, Edgar Pohl, der die Vertreter über die seit Herbst existierenden Angebote zur Online-Abrechnung informierte (vgl. **info.doc** Nr. 5/2009 Seite 36/37). Mittlerweile ist es den hessischen KV-Mitgliedern möglich, den Prozess der Abrechnung komplett online durchzuführen –

und das neben der bundesweiten KBV-Zugangsoption „Safenet“ mittels eines KVH-eTokens zudem sehr preisgünstig. Der IT-Leiter betonte vor allem den Mehrwert des Online-Angebots: „Unsere Online-Abrechnung macht es auch möglich, eine Abrechnung zu Testzwecken zu übermitteln und durch das Regelwerk der KVH überprüfen zu lassen. Die Praxen erhalten so unmittelbar eine Rückmeldung über ggf. noch notwendige Änderungen in der Abrechnung.“ Im Rahmen

der Modernisierung der KVH ist der weitere Ausbau des Online-Angebots vorgesehen.

Anmerkung: Da ab dem 1. Januar 2011 die Online-Abrechnung für alle KV-Mitglieder verpflichtend wird, wird die KVH in allen **info.doc**-Ausgaben des Jahres 2010 eine feste Rubrik einrichten, in der wir Sie mit aktuellen Informationen und Tipps zur Online-Abrechnung versorgen (siehe Seite 38/39).

Karl Matthias Roth

KBV plant qualitätsorientierte Vergütung für Vertragsärzte

Honorar soll sich beispielsweise am Erfolg der Blutdrucksenkung orientieren

Projektziel einer KBV-Initiative ist es, bereits im Laufe des Jahres 2010 eine Auswahl und Implementierung ausgewählter Qualitätsindikatoren für Qualitätszuschläge im EBM zu etablieren. Auf diese Weise soll sich sowohl im hausärztlichen wie auch im fachärztlichen Versorgungsbereich ein Teil des Honorars am Behandlungserfolg orientieren. Parallel oder in einer zweiten Stufe ist unter anderem die Entwicklung eines Benchmarkingsystems vorgesehen.

Im hausärztlichen Bereich sind Qualitätszuschläge im EBM als Neufassung im Abschnitt 3.2.2 sowie neue Leistungspositionen im Kapitel 3.2.3 (förderwürdige Einzelleistungen und Leistungs-

komplexe) vorgesehen. Die KBV denkt dabei an Indikatoren zur Behandlung der Hypertonie und Herzinsuffizienz, gebunden an die Chronikerpauschale sowie Indikatoren zur Demenz- und Depressionsbehandlung, gebunden an die Versichertenpauschale.

Honoriert werden soll z.B. das Erreichen von Blutdruckzielwerten, die zuvor kontinuierlich übermittelt wurden. Hierfür sind bereits die Gebührenordnungspositionen 03220-03222 EBM als Zuschläge zur Nr. 03212 EBM reserviert.

Dabei sollen die Qualitätszuschläge für die Kassen kostenneutral durch eine entsprechende Absenkung der Bewertung des Chronikerzuschlages nach Nr. 03212 EBM finanziert werden.

Besonders kritisch muss bei dem Vorhaben

der KBV die potenzielle Absenkung bestehender Gebührenordnungsposition, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Einführung von Qualitätsindikatoren mit einem Mehraufwand an Ressourcen verbunden ist, gesehen werden. Die Maßnahme ist mit einem erheblichen zusätzlichen Dokumentationsaufwand und der Anschaffung neuer EDV-Systeme verbunden. Hinzu kommen zunehmende Kontrollfunktionen des KV-Systems und die damit verbundene potenzielle Gefahr des Missbrauchs von Daten. Bei der geplanten Auswahl der Indikatoren ist unverständlich, warum Selbstverständlichkeiten wie z.B. Blutdruckwerte gemessen und zusätzlich aufwändig dokumentiert werden sollen. Hauptgewinner eines solchen Systems qualitätsorientierter Vergütung werden allenfalls die Kassen sein, da mit der Einführung solcher Qualitätsindikatoren neue Kontrollmechanismen geschaffen werden, die beispielsweise über Selektivverträge zur „Ärzteselektion“ führen können.

GWZ

„
**GEWINNER EINES
 SOLCHEN SYSTEMS
 WERDEN
 VOR ALLEM
 DIE KASSEN SEIN**
 “

Damit es endlich harte Daten über die Situation der Vertragsärzte gibt

Ärzte-Institut lässt Praxisdaten erforschen

Wenn Sie mitmachen, unterstützen Sie die KVen bei den Honorarverhandlungen mit den Kassen

Zur Analyse der Kosten- und Leistungsstruktur von Arztpraxen startet das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) Mitte Februar eine großangelegte Befragung. Mehrere tausend Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten erhalten dann Post vom ZI mit der Bitte, schriftlich Angaben zu ihren Investitions- und Betriebskosten der Jahre 2006, 2007 und 2008 zu machen. Die angeschriebenen Praxen werden im Rahmen einer Zufallsstichprobe ausgewählt. „Bitte nutzen Sie dieses Privileg, einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Vergütungsgrundlagen zu leisten“, appelliert ZI-Geschäftsführer Dominik von Stillfried.

Die Ergebnisse wird das ZI, eine Stiftung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit Sitz in Berlin, im Juni der Kassenärztlichen Bundesvereinigung übergeben, damit die Daten in die Honorarverhandlungen für 2011 einfließen können. Damit will die KBV die gesetzlichen Möglichkeiten ausschöpfen, Veränderungen der Investitions- und Betriebskosten von Vertragsarztpraxen bei der Weiterentwicklung des Orientierungspunktwertes geltend zu machen. Dazu sind entsprechende Daten erforderlich. Durch die Längsschnittstudie des ZI (Zi-Praxis-Panel) werden Nachteile bisheriger Studien vermieden, deren Ergebnisse sich durch wechselnde Stichprobenzusammensetzungen auch überraschend nachteilig für die Vertragsärzte auswirken konnten.

Der Erhebungsbogen des Zentralinstituts enthält unter anderem Fragen zur Personalausstattung,



Sollten Sie dieses Logo sehen, dann liegen die Unterlagen zur Analyse der Kosten- und Leistungsstruktur von Arztpraxen vor Ihnen. Sie auszufüllen dient einem guten Zweck: Die Details über die Kostenstrukturen der Arztpraxen können der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bei den Honorarverhandlungen helfen (siehe nebenstehenden Beitrag).

zu den in der Praxis vorhandenen medizinisch-technischen Geräten und zur Arbeitszeit der Praxisinhaber und der Praxismitarbeiter. Ferner werden Angaben zu den Einnahmen und den Ausgaben der Praxis erbeten.

Die Auswertung der Daten erfolgt anonym, die Praxen sind für das ZI nicht identifizierbar. Die Teilnehmer senden ihre ausgefüllten Fragebögen an eine externe Vertrauensstelle. Für die – notwendiger Weise – gründliche Befragung benötigt der Arzt etwa eine Stunde Zeit. Einige Fragen müssen zudem vom Steuerberater der Praxis beantwortet werden (ca. 30 Minuten Arbeitsaufwand). Die Teilnehmer erhalten für das vollständige Ausfüllen des Bogens eine Aufwandsentschädigung von 200 Euro. Die Auszahlung erfolgt über die Vertrauensstelle.

Die Befragung des Zentralinstituts im Rahmen des neuen Zi-Praxis-Panels (ZiPP) ist bundes-

weit die erste dieser Art und Größenordnung. Ziel ist der Aufbau eines Informationssystems, das transparente und wissenschaftlich belastbare Erkenntnisse über die Entwicklung der Kosten- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung liefert.

Die ermittelten Daten sind nicht nur für die Honorarverhandlungen wichtig, die Ergebnisse sollen auch in der Versorgungsforschung und zur Analyse von Auswirkungen veränderter Rahmenbedingungen auf die vertragsärztliche Versorgung genutzt werden. So könnte dargestellt werden, inwieweit sich Änderungen in der Honorarverteilung auf die Personal- und Investitionskosten einer Praxis auswirken. Auch regionale Unterschiede sollen herausgearbeitet werden. Das war mit den bislang vom Zentralinstitut oder auch dem Statistischen Bundesamt durchgeführten Kostenstrukturerhebungen nicht in diesem Umfang möglich. **red**

Hilfsmittel ab 2010 nur noch nach Vertrag

Bereits mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde die Hilfsmittelversorgung stärker wettbewerblich ausgerichtet. Die nach altem Recht zur Versorgung der Versicherten berechtigte Zulassung wurde abgeschafft. Hilfsmittel dürfen an Versicherte deshalb nur noch auf der Grundlage von Verträgen abgegeben werden. Für Leistungserbringer, die am 31. März 2007 über eine Zulassung nach §126 SGB V in der zu diesem Zeitpunkt geltenden

Fassung verfügten, gab es eine Übergangsfrist, während der die betreffenden Leistungserbringer noch versorgungsberechtigt waren. Diese Übergangsfrist endete am 31. Dezember 2009. Ab 1. Januar 2010 kann deshalb auch die Versorgung der Versicherten durch Leistungserbringer, die übergangsweise noch versorgungsberechtigt waren, nur noch auf der Grundlage von Verträgen mit den Krankenkassen erfolgen.

Damit kommt auf den nieder-

gelassenen Arzt in dieser Hinsicht im neuen Jahr erneut ein Diskussionsanlass mit dem Patienten oder seinen Angehörigen zu. Oft verlangen diese nämlich bestimmte Hilfsmittel von definierten Herstellern, was nunmehr eindeutig nicht mehr möglich ist. Auch wenn es – hoffentlich auch weiterhin – bei Hilfsmitteln keine Richtgrößen- oder sonstige Wirtschaftlichkeitsprüfung gibt, sollte dies von Anfang an beachtet werden.

GWZ

Deutsches Gesundheitswesen ist gut, aber zu teuer!

Nach einer Studie der OECD ist das deutsche Gesundheitssystem leistungsfähig und gewährleistet die Versorgung für nahezu die gesamte Bevölkerung. Allerdings gibt Deutschland im internationalen Vergleich mehr Geld für sein Gesundheitswesen aus als die Vergleichsnationen. Im Jahr 2007 entfielen 10,4 Prozent der deutschen Wirtschaftsleistung

auf die Gesundheitsversorgung. Das ist nach den USA, Frankreich und der Schweiz der höchste Wert in der OECD. Besonders im Bereich der Verwaltungskosten hat Deutschland mit 5,7 Prozent der Studie zufolge überdurchschnittlich hohe Ausgaben. Bei einem vergleichbaren Anteil der Gesundheitsausgaben am Brutto sozialprodukt machen in der

Schweiz die Verwaltungskosten nur 4,8 und in Österreich nur 3,8 Prozent aus. Ein weiterer Kostenfaktor sind eine große Anzahl von Krankenhausbetten und hohe Ausgaben für Medikamente.

Das Ergebnis der Studie ist ein weiteres Indiz für die dringende Notwendigkeit einer effizienten Steuerung im Gesundheitswesen.

GWZ

So kann die neue Weiterbildungsförderung Allgemeinmedizin umgesetzt werden

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der GKV-Spitzenverband (Spik) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben sich endgültig auf einen finanziell deutlich verbesserten Vertrag zur Förderung der Weiterbildung zum Arzt/ zur Ärztin für Allgemeinmedizin geeinigt. Die Vereinbarung erfolgte im Einvernehmen mit dem PKV-Verband und im Benehmen mit der Bundesärztekammer, ist

seit dem 1.1.2010 gültig und gilt auch für bereits laufende Förderungen. Neu ist dabei die Vergabe einer bundesweit gültigen Arztnummer (LANR) auch an den Arzt/die Ärztin in Weiterbildung, der Wegfall der bisher vorgegebenen Höchstgrenze der zu fördernden Weiterbildungsstellen und die Erhöhung des Förderbetrages im ambulanten Bereich von bisher 2.040 Euro auf 3.500 Euro pro Monat. Dabei ist eine

zusätzliche Erhöhung des Förderbetrages in unterversorgten Gebieten in Höhe von 500 Euro und in Gebieten mit drohender Unterversorgung in Höhe von 250 Euro vorgesehen. Die Vereinbarung enthält außerdem keine Verpflichtung mehr zur Rückzahlung von Fördergeldern, wenn sich der Arzt in Weiterbildung nicht als Hausarzt niederlässt bzw. nicht als Angestellter tätig wird.

Die neue Vereinbarung wirft für den Weiterbildungsermächtigten einige Fragen auf, wie z.B. nach dem Mechanismus, der festlegt, ob eine Unterversorgung oder drohende Unterversorgung im Bereich der Weiterbildungsstelle besteht und ob und ggf. in welcher Höhe die Fördersumme, die an den weiterzubildenden Arzt/die weiterzubildende Ärztin gezahlt wird, auf das geforderte Gehaltsniveau im Krankenhaus angehoben werden muss. Die Vereinbarung sieht hier vor, dass die Weiterbildungsstätte den an sie gezahlten Förderbetrag zu 100 Prozent an den Arzt/die Är-

tin in Weiterbildung auszahlen muss und auf die im Krankenhaus übliche Vergütung anheben soll. Letzteres ist somit keine Verpflichtung. Als Orientierung für einen solchen freiwilligen Zuschlag dienen die Tarifverträge und Haustarifverträge der Krankenhäuser. Nach unseren Recherchen wäre ein Betrag in Höhe von **4.000 Euro** als Gehalt angemessen und zu empfehlen.

Das Gehalt kann als Bruttobetrag angesehen werden, zu dem noch die üblichen Sozialabgaben hinzukommen. Ob eine drohende oder reale Unterversorgung am Weiterbildungsort vorliegt, stellt

der zuständige regionale Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen fest. Wichtig ist dabei und angesichts der o.a. Gehaltsstaffel, dass grundsätzlich eine Verpflichtung zur vollständigen Weitergabe des Förderbetrages besteht, auch wenn die Ausgangssumme im Tarifvertrag/Haustarifvertrag für Krankenhausärztinnen und -ärzte niedriger liegen sollte. Weiterhin ist die maximale Förderdauer von 24 Monaten weg gefallen. Die Dauer der Förderung richtet sich nun nach der aktuellen (Muster-) Weiterbildungsordnung und kann 36 Monate betragen.

GWZ

Bereinigungssystematik beschlossen

HZV kann flächendeckend starten

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen haben sich darauf geeinigt, wie Erlöse aus Selektivverträgen künftig in die Honorarberechnung einfließen. Der Erweiterte Bewertungsausschuss konnte unter Vermittlung des Schlichters in der Sitzung am 9. Dezember 2009 einen einvernehmlichen Beschluss zu den allgemeinen Verfahrensgrundsätzen sowie zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) treffen. Der Beschluss sieht vor, dass der Fallwert des Regelleistungsvolumens (RLV) der jeweiligen Arztgruppe als Folge der Bereinigung um maximal 2,5 Prozent steigen oder sinken darf. Wird dieser Schwellenwert überschritten, soll der darüber hinaus

gehende Mehrbetrag ausschließlich von den Ärzten getragen werden, die an Selektivverträgen teilnehmen. Grundsätzlich sollen Ärzte, die ihre Patienten im Selektivvertrag versorgen, für diese kein Honorar mehr über das RLV erhalten. Sie werden über den Selektivvertrag vergütet. Das RLV wird deshalb um die Leistungen reduziert, die diese Patienten vor der Einschreibung in einen Selektivvertrag in der Praxis in Anspruch genommen haben. Da bereits rund 1.800 Schiedsverfahren für HZV-Verträge anhängig sind, können diese nach diesem Grundsatz abgewickelt werden, sobald die Schiedssprüche gefallen sind. Die beschlossene Bereinigungssystematik gilt allerdings für alle Selektivverträge und damit nicht nur die zur hausarztzen-

trierten Versorgung nach § 73b SGB V, sondern auch für solche nach den §§ 73c und 140d SGB V (besondere ambulante Versorgungsformen bzw. integrierte Versorgung).

Das Ergebnis kann zweifelsohne als gute Voraussetzung zur schnellen Umsetzung der HZV-Verträge angesehen werden, zumal die neue Bundesregierung einen Fortbestand des § 73b SGB V für mindestens weitere drei Jahre gewährleistet hat. In dieser Zeit wird sich diese Versorgungsform bewähren können. Der Anreiz ist zumindest durch diesen Kompromiss gegeben: HZV garantiert den teilnehmenden Ärzten eine Wachstumsrate gegenüber dem Kollektivvertrag von mindestens 2,5 Prozent.

GWZ

Nicht vergessen: Informationen gibt's auch unter
www.kvhessen.de

Dürfen Kliniken ambulante Leistungen zum Nulltarif anfordern?

Nach einem Urteil des Oberlandesgerichtes (OLG) Düsseldorf vom 1. September 2009 ist eine Vereinbarung, wonach Ärzte sich verpflichten, ihren Patienten die Behandlung in einer bestimmten Klinik zu empfehlen, wenn in diesem Zusammenhang eine Vergütung für prä- und poststationäre Leistungen erfolgt, unzulässig (Az.: I-20 U 121/08). Damit wurde eine umstrittene Entscheidung des Landgerichts Duisburg aus dem Jahr 2008 bestätigt.

Beide Urteile dürften angesichts der neuerdings entflammten Diskussionen um Kopf- bzw. Fangprämien und „verkaufte Patienten“ eine besondere Rolle spielen. Derartige Absprachen sind nach Auffassung der Richter unzulässig, weil bereits die Verpflichtung des Arztes, seinen Patienten die Vorstellung in einer Klinik zu empfehlen, rechtswidrig sei. Ärzte dürften derartige Empfehlungen ausschließlich unter medizinischen Gesichtspunkten geben, nicht

aber unter finanziellen Aspekten.

Da mittlerweile sogar die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Einklang mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) einen solchen Ausschluss bestätigt und ihren Mitgliedern damit praktisch „in den Rücken fällt“, entsteht im ambulanten Bereich eine groteske Situation. Krankenhäuser erhalten seit Einführung der DRGs eine Fallpauschale für die Behandlung eines Patienten, die umso mehr wert ist, je schneller der Patient entlassen wird. Die aktuellen Krankenhausstatistiken weisen deshalb bereits seit geraumer Zeit immer kürzere Liegezeiten, aber eine deutliche Fallzahlzunahme auf. Wenig überraschend ist deshalb, dass die Ausgaben im stationären Sektor erheblich steigen. Die erwähnten Urteile dürften diese Tendenz noch verstärken, denn der niedergelassene Arzt hat praktisch nur eine Chance, sich gegen diesen Teufelskreis zu seinen Lasten zu wehren: er muss

vom Krankenhaus gewünschte prä- oder poststationäre Leistungen konsequent verweigern und an das Krankenhaus zurückdelegieren. Der Leidtragende dieses juristisch ausgelösten Kuriosums ist der Bürger gleich in doppelter Hinsicht: als Patient und als Beitragszahler. Zumindest die bayerische Krankenhausgesellschaft hat das wohl erkannt. In einer Stellungnahme fordert deren Vorsitzender, dass angesichts der angespannten finanziellen Situation im Gesundheitswesen die Einsparmöglichkeiten an den Schnittstellen zwischen ambulantem und stationärem Sektor besser genutzt werden müssten, indem Doppelvorhalten abgebaut, der Informationsfluss verbessert und eine fach- und sektorenübergreifende Behandlung der kurzen Wege organisiert werde. Dabei gehe es nicht um eine Verdrängung des vertragsärztlichen Bereichs, sondern um ein sinnvolles und notwendiges Miteinander.


GWZ

Neue vertragsärztliche Vergütung: Scheitert die Reform der Reform?

Die Verhandlungen im Bewertungsausschuss zur Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen am 21. Dezember 2009 sind gescheitert. Die Kassenseite hatte weiteren Klärungsbedarf zu den Auswirkungen des Beschlussentwurfs der Ärzteseite angemeldet und das Inkraftsetzen der neuen Regelungen erst zum 1. Juli 2010 gefordert. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hatte daraufhin

den Erweiterten Bewertungsausschuss angerufen. In der nachfolgenden Sitzung fand allerdings weder der Beschlussentwurf der Kassenseite noch derjenige der Ärzteseite die notwendige Mehrheit der Stimmen. Nach Auffassung der KBV ist eine Umstellung der RLV-Systematik zum 1. April 2010 damit voraussichtlich nicht mehr erreichbar.

Gegenstand der Verhandlungen war eine Änderung der Verteilungssystematik innerhalb der

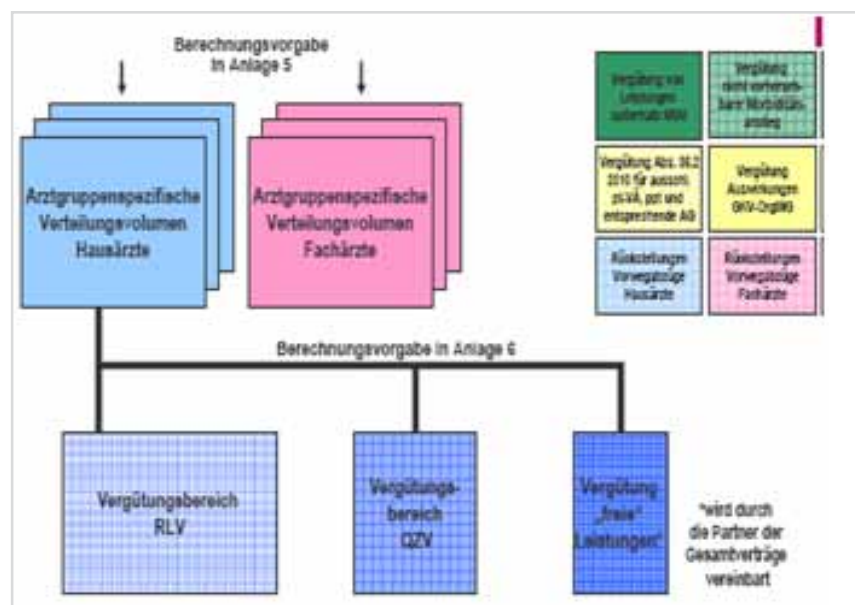
morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Nachdem klar war, dass es trotz der Anhebung der Vergütung zum 1. Januar 2009 nicht möglich ist, ein unbegrenztes Wachstum von Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumen (RLV) zu einem festen Punktwert zu garantieren, war man dazu übergegangen, auch hier ein Quotierungsverfahren einzuführen, um die Fallwerte der RLV zu stabilisieren. Das wollen die Kassen offensichtlich 

blockieren, um ihren Versicherten weiterhin diese Leistungen scheinbar unbegrenzt anbieten zu können. Dafür sind sie offensichtlich bereit, eine inflationäre Entwicklung bei den in den RLV konzentrierten Grundleistungen zu akzeptieren. Die Folge wäre, dass Leistungen außerhalb der üblichen Sprechzeiten oder auch spezielle Behandlungsformen, wie die Akupunktur, zu garantierten Eurobeträgen bezahlt würden, zuwendungsintensive Maßnahmen wie Gespräche oder Untersuchungen hingegen im Wert immer mehr verfallen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat daher die Geschäftsführung des Bewertungsausschusses um schnellstmögliche Anberaumung einer Sitzung des (Erweiterten) Bewertungsausschusses nach dem Jahreswechsel aufgefordert, damit zu den Kautelen der Verlängerung befristeter Regelungen des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. September 2009 über die derzeit gültige Befristung bis zum 31. März 2010 hinaus sowie zum weiteren Ver-

fahren zur Umstellung der RLV-Systematik beschlossen werden kann. Damit ist aber jetzt schon klar, dass die bisherigen Regelungen wohl noch bis zum 30. Juni 2010 weiter gelten werden. Interessant ist in diesem Zusammenhang eine Aussage des neuen Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Wolfgang Zöllner

(CSU), im Nachrichtenmagazin „Focus“. Demnach hält er die Budgetierung in der gesetzlichen Krankenversicherung für nicht mehr tragbar. Sie müsse weg, denn nur dann wisse der Arzt, dass er für seine Leistung auch bezahlt wird, wenn er sie für Kassenpatienten erbringt.

GWZ



Raus aus dem Hamsterrad: mehr Geld für RLV und nur noch Zuschläge für spezielle Leistungen (QZV). Daraus wird (zunächst) wohl nichts? (Quelle: KBV).

Neues Gutachten beweist:

Impfhonorar müsste dreimal so hoch sein!

Die staatlich verfügte Massenimpfung gegen das AH1N1-Virus hat es gezeigt: Impfleistungen werden in Deutschland flächendeckend völlig unterbewertet honoriert. Größtenteils wird diese Impfung aktuell zu einem Preis von 5 Euro erbracht, in Bremen sogar nur zu 4,50 Euro, in Hessen allerdings zu 6,50 Euro. Dort kostet die Impfung gegen die saisonale Grippe auch 8,50 Euro, wie auch diejenige gegen FSME und Pneumokokken.

Wie ein Gutachten des Institutes für Gesundheitsökonomik (IfG) in München nun bestätigt, ist selbst ein solches Impfhonorar

unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten kaum darstellbar. Um der Zielsetzung gerecht zu werden, wurde dort bei der betriebswirtschaftlichen Bewertung von Impfleistungen das Standardbewertungssystem des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) berücksichtigt. Dieses beruht auf einer Vollkostenkalkulation.

Die Bewertung einer jeden Leistung im EBM setzt sich aus der Bewertung des ärztlichen Leistungsanteils (AL) und des technischen Leistungsanteils (TL) zusammen. Die Bewertung folgt dabei dem Prinzip des Zeitbedarfs in Minu-

ten multipliziert mit einem Kostensatz je Minute. Anhand einer Kostenträgerrechnung werden die Kosten für die einzelnen Leistungen ermittelt. Die Graphik veranschaulicht das Kalkulationsprinzip zur Ermittlung des Wertes einer Leistung auf Basis einer solchen Kostenträgerrechnung.

Das Ergebnis ist niederschmetternd. Berücksichtigt man die üblichen Kosten in einer Arztpraxis, den Personaleinsatz und die ärztliche Leistung, müsste das Honorar für die meisten Impfleistungen verdreifacht werden. Wichtig ist: Bei der betriebswirtschaft-

lichen Betrachtung wurde nicht willkürlich vorgegangen, sondern die STIKO-Richtlinie zugrunde gelegt. Ausgangspunkt der Berechnungen ist somit das, was der Arzt bei einer Impfung als persönlichen zeitlichen Einsatz leisten muss, um die Impfung überhaupt als ärztliche Leistung abrechnen zu können. Damit hat diese Begutachtung eine etwas andere Dimension als die Kalkulationsgrundlage bei den übrigen vertragsärztlichen Leistungen. Die sind zwar auch nach dem Standardbewertungssystem kalkuliert, teilweise aber so stark pauschaliert, dass kaum noch ärztliche Leistungskomponenten definiert werden können. Ein Orientierungspunktwert von 3,5 Cent bedeutet aber auch dort eine Minderhonorierung von 30 Prozent. Die KV Hessen hatte angesichts dieser Ausgangslage den laufenden Impfvertrag mit den hessischen Kassen zum 31.12.2009

gekündigt. Da die hessischen Kassen Nachbesserungsbereitschaft signalisiert haben, die Verhandlungen aber zum Jahreswechsel nicht

abgeschlossen werden konnten, wurde der Vertrag zwischenzeitlich längstens bis zum 30.6.2010 verlängert. **GWZ**



Grafik: so müsste ein Impfonorar eigentlich kalkuliert werden (Quelle: IfG).

Impfung	kalkulatorischer Wert des ärztlichen Leistungsanteils	kalkulatorischer Wert des technischen Leistungsanteils				kalkulatorischer Gesamtwert
		insgesamt	davon			
			kalkulatorischer Wert des Personalkostenanteils	kalkulatorischer Wert der Materialkosten	kalkulatorischer Wert der anteiligen Gemeinkosten	
FSME-Impfung (Einfachimpfung)	7,75 €	8,09 €	2,91 €	0,62 €	4,56 €	15,84 €
Influenza-Impfung (Einfachimpfung)	7,75 €	8,09 €	2,91 €	0,62 €	4,56 €	15,84 €
HPV-Impfung (Einfachimpfung)	22,38 €	16,71 €	2,91 €	0,62 €	13,18 €	39,09 €
Diphtherie, Tetanus (Zweifachimpfung)	8,61 €	8,60 €	2,91 €	0,62 €	5,07 €	17,21 €
Masern, Mumps, Röteln (Dreifachimpfung)	12,05 €	10,63 €	2,91 €	0,62 €	7,10 €	22,68 €
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Polio, Hämophilus influenzae Typ b (Fünffachimpfung)	10,33 €	9,61 €	2,91 €	0,62 €	6,08 €	19,94 €
Folgeimpfung	6,03 €	7,08	2,91 €	0,62 €	3,55 €	13,11 €
Auffrischimpfung	6,89 €	7,59	2,91 €	0,62 €	4,06 €	14,47 €

Tabelle: so müsste eine Impfleistung honoriert werden (Quelle: IfG)

Liquidation beim Eintrag in Bonushefte: Bitte nicht „einknicken“!

Alle gesetzlichen Krankenkassen bieten mittlerweile ihren Mitgliedern Sach- oder Geldleistungen an, wenn diese den Nachweis der Teilnahme an irgendwelchen Programmen wie Check-Up 35, Präventionskurse, BMI zwischen 18 und 27, vollständigem Impfstatus, Krebsvorsorge, etc. erbringen. Für diesen Zweck legen die Patienten dem Hausarzt ihre Bonushefte vor mit der Bitte um Erledigung durch Datum, Stempel und Unterschrift. Was kann der Hausarzt bei solch einem Fall abrechnen (EBM, GOÄ oder IGeL)? Einige Kassen sind der Meinung, dass diese Tätigkeit des Hausarztes kostenlos zu erbringen sei und teilen dies dem Patienten sogar im Voraus schriftlich mit.

Hintergrund der Diskussion ist die Möglichkeit, dass Krankenkassen in ihrer Satzung bestimmen können, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 oder qualitätsgesicherte Leistungen der Krankenkasse zur primären Prävention in Anspruch nehmen, Anspruch auf einen Bonus ha-

ben (§ 65a SGB V – Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten). Die meisten Kassen stellen deshalb ihren Versicherten für den Nachweis der Teilnahme an bonifizierten Maßnahmen ein Bonusheft zur Verfügung, in dem die Inanspruchnahme quittiert werden soll. Da viele Ärzte sich weigern, die bei ihnen durchgeführten Präventionsmaßnahmen dort zu bestätigen bzw. für die von ihnen vorgenommene Quittierung eine gesonderte Vergütung verlangen, hatten sich die Aufsichtsbehörden mit der Thematik beschäftigt. Bedauerlicherweise hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die Auffassung der Kassen bestätigt, da nach den §§ 2 Abs. 1 Nr. 9 und 3 Abs. 2 Nr. 1 BMV-Ä das Ausstellen von Bescheinigungen und das Erstellen von Berichten zur vertragsärztlichen Versorgung zählt, wenn die Krankenkassen die Bescheinigungen und Berichte zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen. Solche Rechtsauffassungen sind allerdings falsch! Fakt ist nämlich, dass im § 65a SGB V keine Dokumentation von Bo-


nusprogrammen durch Bonushefte vorgesehen ist, es sich folgerichtig hier um keine Kassenleistung handelt und die Leistung deshalb verweigert oder eine Gebühr nach GOÄ erhoben werden kann. Was die Bürokraten bei ihrer Stellungnahme übersehen, sind die Bestimmungen des § 36 Absatz 1 des Bundesmantelvertrages, die sich wortgleich auch im Arzt-Ersatzkassenvertrag wiederfinden. Danach ist der Vertragsarzt lediglich verpflichtet, die zur Durchführung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlichen schriftlichen Informationen (Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten) auf Verlangen an die Krankenkasse zu übermitteln. Die notwendigen Informationen über die Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen haben die Kassen aber selbst und nutzen sie auch z.B. für Plausibilitätsprüfungen. Eine Bestätigung durch den Arzt ist folgerichtig überhaupt nicht notwendig, sondern führt lediglich zu einer Arbeitsverlagerung aus den Büros der Kassen in die Praxen der Ärzte.

GWZ

Umsatzsteuerbefreiung für ärztliche Leistungen eindeutiger geregelt

Die Bestimmungen zur Befreiung ambulanter und stationärer Heilbehandlungen von der Umsatzsteuer sind zum 01.01.09 neu gefasst und weiterentwickelt worden. In einem im Juni 2009 veröffentlichten Schreiben hat das Bundesministerium der Finanzen (BMF) die Neuregelungen im Einzelnen erläutert. Die Änderungen folgen einer Richt-

linienvorgabe der EU, nach der die Steuerbefreiung rückwirkend ab dem Beschlussdatum generell für Heilbehandlungen und die mit der Heilbehandlung unmittelbar zusammenhängenden Leistungen gilt. Unerheblich für die Umsatzsteuerbefreiung ist dabei, in welcher Rechtsform der Arzt seine Leistungen erbringt. Die Steuerbefreiung hängt viel-

mehr davon ab, ob es sich um ärztliche oder artzähnliche Leistungen handelt und dass diese von Personen erbracht werden, die die erforderlichen beruflichen Befähigungsnachweise besitzen. Ferner müssen diese Leistungen als Heilbehandlung zu qualifizieren sein. Die Leistungen können auch mit Hilfe von Angestellten erbracht werden, sofern 

diese die erforderliche berufliche Qualifikation aufweisen. Daher können z.B. auch Leistungen angestellter Diätassistenten, Ergotherapeuten, Logopäden, Masseure, Orthoptistinnen etc. von der Umsatzsteuer befreit sein.

Die neu gefasste Bestimmung des § 4 Nr. 14 UStG stellt nicht mehr allein auf eine Tätigkeit als Arzt, sondern insbesondere auch auf eine Heilbehandlung ab. Nach den Erläuterungen des BMF sind Heilbehandlungen im Sinne des Umsatzsteuerrechts zunächst solche Leistungen, die ein Arzt als solcher erbringt oder die im Rahmen einer ähnlichen heilberuflichen Tätigkeit erbracht werden. Die Leistungen müssen der Vorbeugung, Diagnose, Behandlung und – soweit möglich – der Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen beim Menschen dienen. Gleichgültig ist dabei, um welche konkrete heilberufliche Leistung es sich handelt. Auch die Erstellung eines Attests oder Gutachtens, wenn diese Leistung einem therapeutischen Ziel dient, ist steuerbefreit, wobei es keine Rolle spielt, für

wen die Leistung erbracht wird (Gericht, Versicherung, Versorgungsamt) und wer sie erbringt (freiberuflicher oder angestellter Arzt etc.). Zu einer Steuerfalle könnte hingegen eine weitere Änderung der umsatzsteuerlichen Befreiungsvorschriften werden. Schließen sich Ärzte z.B. zu Gemeinschaften zusammen, sind die Leistungen dieser Gemeinschaften für unmittelbare Zwecke der Ausübung der Heilbehandlung nur noch dann umsatzsteuer-

erfrei, wenn die Gemeinschaft von ihren Mitgliedern lediglich die exakte Erstattung des jeweiligen Anteils an den gemeinsamen Kosten fordert. Dies gilt auch für Laborleistungen nach § 25 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), wenn die Laborgemeinschaft für den Arzt die auf ihn entfallenden Analysekosten gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) abrechnet.

GWZ

Das sind z.B. keine Heilbehandlungsleistungen:

- schriftstellerische oder wissenschaftliche Tätigkeit,
- Vortragstätigkeit oder Lehrtätigkeit,
- Lieferungen von Hilfsmitteln (Kontaktlinsen, Schuheinlagen),
- Erstellung von Alkohol-Gutachten, Zeugnissen oder Gutachten über das Sehvermögen, über Berufstauglichkeit oder zu Versicherungsangelegenheiten,
- Einstellungsuntersuchungen,
- Nutzungsüberlassung gegen Entgelt von medizinischen Großgeräten,
- rein kosmetische Leistungen und ästhetisch-plastische Leistungen, soweit kein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht. Indiz für das therapeutische Ziel kann dabei sein, ob die Kosten von einer Krankenversicherung übernommen werden.

Schwerpunktpraxen: Chronikerzuschläge bleiben unbegrenzt erhalten!

Die bis zum 31. Dezember 2009 befristeten Sonderregelungen zur Berechnung des sogenannten Chronikerzuschlages durch diabetologische oder HIV/AIDS-Schwerpunktpraxen sind unbefristet verlängert worden. Damit kann der Zuschlag nach den Nrn. 03212 bzw. 04212 neben den im Überweisungsfall berechnungsfähigen Versichertenpauschalen nach den Nrn. 03120 bis 03122 bzw. 04120 bis 04122 weiterhin durch solche Praxen abgerechnet wer-

den, auch wenn der Patient per Überweisung durch einen fachgleichen Arzt versorgt wird. Die Sonderregelung wurde dabei auf die Indikation Diabetes bzw. HIV/AIDS konkretisiert. Andere Schwerpunkte bleiben deshalb von diesem Beschluss unberührt. Die entsprechende Kodierung nach ICD-10 ist bei der Überweisung anzugeben.

Damit ist gewährleistet, dass ein Arzt, der eine diabetologische oder HIV-Schwerpunktpraxis führt, bei Patienten, die ihm von

anderen Ärzten gleicher Fachrichtung zur Mit- oder Weiterbehandlung überwiesen werden, die so genannten Chronikerleistungen nach den Nrn. 03212 bzw. 04212 EBM berechnen kann. Nach den Grundsätzen des EBM wäre das ausgeschlossen, da in solchen Fällen nicht die Versichertenpauschalen nach den Nrn. 03110-12 bzw. 04110-12 EBM berechnet werden können, sondern nur diejenigen nach den Nrn. 03120-22 bzw. 04120-22 EBM.

GWZ

Mittelbare Beratung: Wann kann sie berechnet werden?

Befindet sich ein Patient in stationärer Behandlung, kann es vorkommen, dass Telefonate mit dem behandelnden Krankenhausarzt erfolgen oder umgekehrt der niedergelassene Arzt vom behandelnden Krankenhausarzt angerufen wird. Auch Anfragen von Behörden oder sonstigen Institutionen sind mitunter zu beantworten. Da bei Kassenpatienten grundsätzlich keine ambulanten Leistungen während eines stationären Aufenthaltes berechnet werden können, stellt sich die Frage, ob und wie solche Leistungen ggf. privat berechnet werden können?

Im Gegensatz zu den Verhältnissen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (GKV), wo in solchen Fällen keinerlei Abrechnungsmöglichkeit besteht, kann eine Beratung (auch telefonisch) eines in stationärer Behandlung befindlichen Patien-

ten auf der Grundlage der GOÄ abgerechnet werden. Je nach Art und Zeitumfang stehen hier die GOÄ-Nummern 1, 3 oder 34 zur Verfügung. Eine solche Beratung muss sich primär unmittelbar an den Kranken selbst wenden. Allerdings kann es eine Reihe von Situationen geben, in denen dieser nicht nur unmittelbar, sondern auch mittelbar, d.h. über Bezugspersonen beraten werden muss. Dies kann z.B. im Zusammenhang mit der Behandlung von psychisch Kranken durchaus der Fall sein. Hier kommt jedoch nur die Leistung nach Nr. 1 GOÄ in Betracht. Die Beratungen nach den Nrn. 3 oder 34 GOÄ bedürfen der unmittelbaren Ansprache des Patienten. In allen Fällen muss die Initiative aber vom Patienten ausgehen. Anrufe durch den Arzt, die nicht ausdrücklich vom Patienten oder Bezugspersonen angefordert

wurden, sind nicht in diesem Sinne berechnungsfähig. Bei der Frage, wie und ob Anfragen von Dritten liquidiert werden können, kommt es darauf an, um welche Personen es sich handelt. Hier sind allerdings ausschließlich schriftliche Auskünfte möglich. So können beispielsweise die Nrn. 01620 ff EBM bei Anfragen des Medizinischen Dienstes oder von Kassen berechnet werden. Bei Versorgungsämtern, Arbeitsämtern, Rentenversicherungsträgern, Gesundheitsämtern gilt als Grundlage der Liquidation die Anlage 2 zu Paragraphen 10 des Justizvollzugsentschädigungsgesetzes (JVEG). Andere Auskünfte z.B. an Reisegesellschaften, private Versicherungsgesellschaften, Sportvereine oder Arbeitgeber können jeweils nach den Nrn. 70 ff. GOÄ in Rechnung gestellt werden.

GWZ

Anfrage	Grundlage	Liquidation
Kasse, MDK	Erforderlichkeit, Auftrag der Kasse	Nr. 01620 ff. EBM
Arbeitsamt, Gesundheitsamt, Rentenversicherung, Versorgungsamt, Gericht	Erforderlichkeit zur Amtsausübung, Einwilligung des Patienten	Anlage 2 §10 JVEG
Unfallversicherungsträger	Gesetzliche Verpflichtung	UV-GOÄ
Sportvereine, Reisegesellschaften, Versicherungen	Einwilligung des Patienten	Nr. 70 ff. GOÄ

Tabelle: so können Anfragen berechnet werden.

Varizellen-Impfung richtig abrechnen

Die STIKO-Empfehlung 2009 brachte für die Varizellen Impfung folgende Änderung:

Die erste Dosis der Impfung gegen Varizellen wird in der Regel im Alter von elf bis 14 Monaten durchgeführt, und zwar entweder simultan mit der ersten MMR-Impfung oder frühes-

tens vier Wochen nach dieser. Es kann auch ein MMR-Varizellen (MMRV)-Kombinationsimpfstoff angewendet werden. Die zweite Dosis Varizellenimpfstoff sollte im Alter von 15 bis 23 Monaten erfolgen. Der Mindestabstand zwischen zwei Dosen Varizellen- bzw. MMRV-Impfstoff sollte vier

bis sechs Wochen betragen in Abhängigkeit des verwendeten Impfstoffproduktes

Die Impfvereinbarung sieht mit der Abrechnungsnummer 89125A oder 89126A die Erstimpfung mit Varizellen-Monoimpfstoff vor und mit 89125B oder 89126B die Zweit-

impfung bzw. letzte Dosis des Impfzyklus. Die zweimalige Impfung mit dem Varizellen-Monoimpfstoff ist in der Schutzimpfungsrichtlinie durch den G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss

der Ärzte und Krankenkassen) festgelegt worden.

Entscheidend für die ggf. zweimalige Impfung mit dem Varizellen-Monoimpfstoff sind die Empfehlungen, die in der

Fachinformation des jeweiligen Impfstoffes angegeben werden. Aber Achtung: Die 89125A/B ist nur bei Patienten bis 17 Jahre abrechenbar.

GWZ

Darmkrebsvorsorge und deren Abrechnung nicht vergessen!

Wissenschaftler vom Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg haben nachweisen können, dass bei Personen, die sich innerhalb der letzten zehn Jahre einer Koloskopie unterzogen haben, deutlich seltener fortgeschrittene Vorstufen von Darmkrebs aufgetreten sind. Damit konnte erstmals an einem breiten Bevölkerungsquerschnitt bestätigt werden, was bisher nur klinische Studien vermuten ließen. Dabei zeigte sich eine stark ausgeprägte Risikoreduktion insbesondere im absteigenden Teil des Darms, der direkt in den Enddarm übergeht. Hier wurden bei Teilnehmern mit vorangegangener Koloskopie zwei Drittel weniger

fortgeschrittene Krebsvorstufen als bei den Teilnehmern ohne vorangegangene Darmspiegelung entdeckt.

Der abrechnungsberechtigte Arzt sollte deshalb nicht vergessen, dass er jedes zweite Kalenderjahr bei einem Patienten in einer Sitzung die Krebsvorsorgeuntersuchung, das Hautkrebscreening und die Gesundheitsvorsorgeuntersuchung durchführen und berechnen kann. Das ergibt die Nummernfolge 01731, 01732 und 01734 (erst bei Patienten ab dem 50. Lebensjahr) und damit eine Punktzahl von 1360. Multipliziert mit einem Punktwert von 3,5048 Cent resultiert ein extrabudgetäres Honorar von 47,66

Euro. Zuzüglich der im Honorarvertrag festgelegten pauschalen Vergütung für die 01746 in Höhe von 21,50 € ergibt sich ein Brutto-Honorar in Höhe von 69,16 €. Kommt noch die Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms nach der GOP 01740 EBM hinzu, die möglichst frühzeitig nach Vollendung des 55. Lebensjahres erbracht werden sollte, erhöht sich das Brutto-Honorar um 10,16 € (290 Pkt. x 3,5048 Cent). Die abgebildete Tabelle fasst die Abrechnungssituation, ergänzt durch die zu beachtenden Altersgrenzen und Untersuchungsintervalle, nochmals zusammen.

GWZ

EBM	Text	Punkte	Intervall	Ab
01732	Check Up	885	jedes 2. Kalenderjahr	35. Lebensjahr
01731	Krebsvorsorge Mann	405	1x im Kalenderjahr	45. Lebensjahr
01734	Untersuchung auf occultes Blut	70	1x im Kalenderjahr	50. Lebensjahr
01746	Hautkrebscreening neben Check Up	480	jedes 2. Kalenderjahr	35. Lebensjahr
01740	Motivation zur präventiven Koloskopie	290	Einmalig	55. Lebensjahr

Tabelle: alle gezeigten Präventionsleistungen können ggf. in einer Sitzung berechnet werden, wenn Alter des Patienten und Untersuchungsintervall stimmen!

Haben Sie Fragen zu all den vielen Verwaltungsaspekten der ambulanten Versorgung? Dann rufen Sie das Info-Center der KV Hessen an! Geöffnet ist es montags, dienstags und donnerstags von 8 bis 17 Uhr sowie mittwochs und freitags von 8 bis 16 Uhr.

Ein Service Ihrer KV Hessen

Das Info-Center
069 / 79 502 - 602



GEZ-Gebühren auf Praxiscomputer: die unendliche Geschichte!

Das Verwaltungsgericht Braunschweig hat kürzlich entschieden, dass Nutzer von Computern mit Internetanschluss keine Rundfunkgebühren zahlen müssen (Az.: 4 A 188/09). Im vorliegenden Fall forderte der Norddeutsche Rundfunk (NDR) Gebühren für einen gewerblich genutzten PC mit Internetzugang. Die Richter stellten keine Gebührenpflicht fest, da Abgaben nur für Geräte zu zahlen seien, die zum Rundfunkempfang bereitgehalten werden. Dies kann nach Auffassung des Gerichts bei einem internetfähigen Computer nicht einfach angenommen werden, da er nicht ausschließlich dem Rundfunkempfang diene. Zur weiteren Begründung sagte das Gericht, dass der NDR zudem im Internet keinen gebührenrechtlich relevanten Rundfunk zur Verfügung stelle. Auch deshalb sei die Gebühr unzulässig.

Die Rechtsprechung zum Thema ist allerdings weiterhin völlig uneinheitlich. Mehrere Gerichte haben bisher entschieden, dass ein beruflich eingesetzter PC mit Internetzugang rundfunkgebührenpflichtig ist. Als Beispiel kann hier ein Urteil des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs vom 19.5.2009 angeführt werden (Az.:

7 B 08.2922). Das Verwaltungsgericht Schleswig hat hingegen mit Urteil vom 2. 7. 2009 (Az: 14 A 243/08) festgestellt, dass für einen Personalcomputer (PC) keine Rundfunkgebühren zu zahlen sind, sofern eine Wiedergabe von Rundfunksendungen auf dem PC nicht möglich ist oder er nicht zum Empfang von Rundfunksendungen bereitgehalten wird.

Das Verwaltungsgericht Würzburg kommt in gleicher Sache zu dem gegensätzlichen Beschluss, dass Rundfunkgebühren bei internetfähigen Computern selbst dann fällig werden, wenn in dem PC keine Soundkarte und kein Programm zur Aufzeichnung von Rundfunksendungen installiert ist. Entscheidend sei, dass der Computer „zum Empfang bereitgehalten“ werde. Nach Ansicht des Verwaltungsgerichts gehört der Internet-Rundfunk mittlerweile zum Grundversorgungsauftrag der öffentlich-rechtlichen Sender (Az.: W 1 K 08.1886). Rechtlich unstrittig ist lediglich, dass Gebühren nur dann fällig werden, wenn der Besitzer nicht schon für normale Rundfunkgeräte zahlt. Im Umkehrschluss bedeutet dies aber auch, dass man zahlen muss, auch wenn man eine solche Geräuschkulisse



sich selbst oder seinen Patienten in der Praxis nicht zumuten möchte. Verfassungsrechtlich handelt es sich damit um einen bemerkenswerten Vorgang, zu dem sicherlich noch nicht das letzte (Richter-) Wort gesprochen ist.

GWZ

GWG-Abschreibung neu geregelt

Steuerpflichtige mit Gewinneinkünften müssen so genannte geringwertige Wirtschaftsgüter (GWG), die sie seit dem 01.01.2008 mit Nettokosten bis 150 Euro angeschafft oder hergestellt haben, sofort abschreiben. Liegt der Kaufpreis darüber, aber noch unter 1.000 Euro, müssen die Wirtschaftsgüter in einem Sammelposten zusammengefasst

und über einen Zeitraum von fünf Jahren gleichmäßig abgeschrieben werden. Das Wachstumsbeschleunigungsgesetz führt nunmehr bei den Gewinneinkünften für Wirtschaftsgüter, die ab dem 01.01.2010 angeschafft oder hergestellt werden, eine Wahlmöglichkeit ein. Selbstständig nutzbare bewegliche Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens, deren Anschaf-

fungs- und Herstellungskosten 410 Euro nicht übersteigen, können einerseits im Jahr der Anschaffung oder Herstellung voll abgeschrieben werden. Wird von diesem Wahlrecht Gebrauch gemacht, sind GWG, die den Betrag von EUR 150 übersteigen, in einem laufenden Verzeichnis zu erfassen. Das Verzeichnis braucht nicht geführt zu werden, wenn diese ►

Angaben aus der Buchführung ersichtlich sind. Entscheidet sich der Arzt für diese Sofortabschreibung der GWG unter 410 Euro, gelten für Wirtschaftsgüter jenseits dieser Summe die allgemeinen Abschreibungsregelungen. Andererseits besteht nach wie vor auch die Möglichkeit, GWG über 150 Euro

und unter 1.000 Euro in einen jahresbezogenen Sammelposten einzustellen und über fünf Jahre abzuschreiben. Sie müssen dann nicht in ein laufendes Verzeichnis aufgenommen werden. Neu ist hier, dass der Arzt auch Güter unter 150 Euro in den Sammelposten aufnehmen kann und nicht zwin-

gend im Jahr der Anschaffung voll abschreiben muss.

Das Wahlrecht für die Sofortabschreibung oder den Sammelposten kann allerdings für alle in einem Wirtschaftsjahr angeschafften Wirtschaftsgüter nur einheitlich und nicht etwa gemischt ausgeübt werden. **GWZ**

Typisch deutsch: Gut gemeinte Idee mit unsinnigen Folgen

Niedrigere Steuern für Hotels lassen die Bürokratie wuchern – auch bei Ärzten

Der Deutsche Bundestag hat am 4. Dezember 2009 das so genannte Wachstumsbeschleunigungsgesetz und die darin enthaltene Absenkung der Mehrwertsteuer für Beherbergungsleistungen von 19 auf sieben Prozent verabschiedet. Auf den ersten Blick ist das eine erfreuliche Nachricht. Für die Reisekostenabrechnung **z.B. bei medizinischen Fortbildungsveranstaltungen**, macht dies allerdings ab 2010 eine Differenzierung der einzelnen Leistungen notwendig. Die Steuerermäßigung gilt nämlich nicht für Leistungen, die nicht unmittelbar der Vermietung dienen, auch wenn diese Leistungen mit dem Entgelt für die Vermietung abgegolten sind. Bis zum 31.12.2009 war hier geregelt, dass bei einem Ge-

samtausweis für Unterkunft und Verpflegung, wenn sich der Preis für die Verpflegung nicht feststellen lässt, die Übernachtungskosten um 20 Prozent für das Frühstück und um je 40 Prozent für Mittag- und Abendessen des am Unterkunftsort maßgebenden Pauschbetrags für Verpflegung bei Abwesenheit von mehr als 24 Stunden reduziert werden müssen. Für Übernachtungen im Inland waren das 4,80 Euro für Frühstück und 9,60 Euro für Mittag- oder Abendessen.

Die Forderung des Gesetzgebers zur getrennten Darstellung der einzelnen Bestandteile der Rechnung muss das Gastgewerbe deshalb ab 01.01.2010 konsequent anwenden, denn ansonsten ist der ermäßigte Umsatzsteuersatz nicht erlaubt. Für den Gast bedeutet


dies, dass die bisher praktizierte Verfahrensweise des Abzugs von 4,80 Euro für das Frühstück bei nicht getrenntem Ausweis auf der Rechnung nicht mehr automatisch möglich ist. Steht ein gesonderter Betrag auf der Rechnung, so ist dieser abzuziehen.

Sollten deshalb in Übernachtungsrechnungen ab dem 01.01.2010 gesondert ausgewiesene Umsatzsteuersätze vorhanden sein und diese Beträge sieben und 19 Prozent Umsatzsteuer enthalten, so müssen die Bestandteile mit 19 Prozent Umsatzsteuer grundsätzlich vom Arzt, der sich z.B. auf einer Fortbildungsveranstaltung befindet, getragen werden. Die Kosten sind allerdings mit den Verpflegungsmehraufwendungen verrechnungsfähig. **GWZ**

Darauf sollte man bei seinen rauchenden Patienten vorbereitet sein!

Zu den vielen Gründe, das Rauchen aufzugeben, hat sich ein weiterer hinzugesellt. Japanische Wissenschaftler berichten in der aktuellen Ausgabe der „Annals of the Rheumatic Diseases“, dass Rauchen das Risiko für

eine rheumatoide Arthritis, vor allem bei Männern und besonders starken Rauchern, deutlich erhöht. Die Erkenntnis ist dabei keineswegs neu, denn bereits in mehreren Studien zuvor konnte gezeigt werden, dass rauchende

Männer und sogar Ex-Raucher ein um den Faktor 2 erhöhtes Risiko für eine rheumatoide Arthritis tragen. Besonders hoch ist nach Angaben der japanischen Wissenschaftler das Risiko bei einem positiven Rheu- 

mafaktor. Dort ist bei Rauchern das Risiko fast viermal erhöht, bei Ex-Rauchern immer noch um den Faktor 2,5. Auch bei Frauen fanden die Forscher einen klaren Zusammenhang zwischen Nikotinabusus und rheumatoider Arthritis. Die Risikoerhöhung ist bei Raucherinnen allerdings mit einem Faktor von 1,3 und bei Ex-Raucherinnen mit einem von 1,2 nicht so stark wie bei den Männern ausgeprägt. Neuere epidemiologische Studien

wiederum zeigen, dass die so genannte mediterrane Kost und ein maßvoller Alkoholgenuss vor dem Auftreten einer rheumatoiden Arthritis schützen. Dieses weitere gewichtige Argument, seinen Risikopatienten das Aufgeben des Rauchens zu empfehlen, könnte durch ein anderes Studienergebnis in Frage gestellt werden. Forscher der Johns-Hopkins-Universität in Baltimore haben herausgefunden, dass das Risiko, an Diabetes vom Typ 2

zu erkranken, in der Zeit, in der das Rauchen aufgegeben wird, deutlich erhöht ist. Als Grund dafür wird die bei vielen Rauchern direkt nach dem Aufhören auftretende Gewichtszunahme angesehen.

Wer seinem Patienten das Rauchen ausreden will, sollte deshalb diesen Faktor und dessen Blutzuckerspiegel im Auge behalten.

GWZ

Nur Scheininnovation oder wirklich etwas Neues?

Perspektiven für den Marktzugang innovativer Arzneimittel

Unter einer Innovation versteht man allgemein eine Erneuerung. Denn in Innovation steckt das lateinische Adjektiv neu. „Allgemein die planvolle, zielgerichtete Erneuerung und Neugestaltung von Teilbereichen, Funktionselementen oder Verhaltensweisen im Rahmen eines bereits bestehenden Funktionszusammenhangs. Ziel: Verfahrensoptimierung, Funktionsanforderungen verbessern. In der Wirtschaft: Entwicklung, Erzeugung neuer Produkte oder Produktqualitäten.“ (Großer Brockhaus 1998).

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist ein vom Gesetzgeber eingerichtetes Gremium der Kassen und der Ärzte, dessen Bedeutung für die Gesundheitsversorgung dieses Landes in umgekehrt proportionalem Verhältnis zu seinem Bekanntheitsgrad steht. Denn der G-BA entscheidet, was für rund 72 Millionen GKV-Versicherte in Deutschland leistungsrechtlich Sache und wie das Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuches zu konkretisieren ist.

BEISPIEL DIABETES: WAS IST WIRKLICH INNOVATIV?

Dieser Tage wird europaweit zur Therapie des Diabetes mellitus 2 ein neues Medikament eingeführt, welches nur einmal täglich gespritzt werden muss, kaum Unterzuckerungen provoziert und die Patienten um einige Pfunde leichter macht. Im Gegensatz zur therapeutischen Alternative Insulin, welches eine Gewichtszunahme bewirkt, manchmal Unterzuckerungen auslöst und mitunter mehrfach am Tag gespritzt werden muss. Der Hersteller dieses neuen Wirkstoffs hat keinen Schimmer eines Zweifels, dass ihm eine Innovation gelungen ist. Ganz anders die Spezialisten im G-BA und im IQWiG, bei den Krankenkassen und dem MDK oder beim englischen NICE. Der Wirkmechanismus dieses neuen Produkts ist längst bekannt und es gibt ein zugelassenes Medikament von einem anderen Hersteller. Mit anderen Worten: Dieses Auto fährt schon länger, lediglich das Auftanken wurde von 2 auf

einmal täglich reduziert und die Fenster sind etwas dichter und es braucht etwas weniger Sprit, weil es leichter wird.

Daraus lernen wir: Der G-BA und alle anderen Experten auf diesem Sektor halten sich bei Arzneimitteln mitnichten an die Brockhausche Innovationsdefinition; was zu großen Verständigungsschwierigkeiten und damit zu Verständnisschwierigkeiten führt. Gewiss sind die Menschen, die Wirkung und Nutzen zu beurteilen haben, weder blind noch taub. Und die meisten haben auch keine ideologische Brille auf. Aber diese Expertenspezies hat sich nun mal bezogen auf den Innovationsbegriff über Deutschlands Grenzen weit hinaus darauf geeinigt, dass es mindestens drei unterschiedliche Innovationsstufen gibt: Die Sprung-, die Schritt-, und die Scheininnovation.

Das will erläutert sein:

Sprunginnovationen: Substanzen, die einen neuen Wirkungsmechanismus haben und / oder für eine neue Indikation zugelassen wurden. Hierzu ►

gehören auch die Orphan Drugs.

Schrittinnovationen: Substanzen, die einen Fortschritt in einer bekannten Indikation bedeuten, pharmakokinetisch, pharmakodynamisch und klinisch.

Scheininnovationen: Substanzen, die keinen Fortschritt bringen. Sie werden auch als Analogpräparate oder Me-too-Produkte bezeichnet.

WIE INNOVATIV IST EIN HANDY?

Übertragen auf eine Metapher aus der Telefonwelt bedeutet dies: Das ganz normale gute alte von A nach B verdrahtete Telefon aus schwarzem Bakelit mit runder Wählscheibe und Hörergabel, das war die Sprunginnovation. Die Schrittinnovation begann mit dem drahtlosen Handy. Und alles, was dann kam: Fotografieren, SMSen, Twittern, Wecken, Spielen sowie weitere 100 Funktionen, die keiner braucht, der nur telefonieren möchte, sind Scheininnovationen. Nice to have.

DIE KLASSIFIKATIONSFOLGEN

Es macht Sinn, dass alle, die sich mit den Perspektiven für den Marktzugang innovativer Arzneimittel befassen, zur Kenntnis nehmen: im Arzneimittelmarkt gibt es eine real existierende Definitionswelt, die man innerlich nicht zu akzeptieren braucht, die aber erhebliche wirtschaftliche Auswirkungen auf die Vermarktung neuer Produkte hat. Zumal eine vierstufige Verfeinerung dieses Klassifikationsschemas durch die Pharmakologen Fricke und Klaus parallel und ergänzend existiert und bei den Me-too-Vereinbarungen der Kassen mit den KVen zur Ausgabensteuerung durch Verordnungsbudgets zur Anwendung kommt. Zudem sind Rabattverträge von Herstellern mit Analogergfindungen mit den Kassen nur schwer abzu-

schließen, wenn nicht beachtliche Preisnachlässe gewährt werden. Die Klassifikation in Schritt-, Schein-, und Sprunginnovation, verfeinert noch durch Fricke in A, B, C, D, bedeutet aber nicht immer eine Deklassierung, denn auch Schrittinnovationen und Me-too-Entwicklungen bringen Überraschungen, die es lohnend machen, zu forschen und Neues zu erfinden.

AUCH SCHRITTINNOVATIONEN KÖNNEN FORTSCHRITTE BRINGEN

Dazu einige Beispiele, wo aus Schrittinnovation der wirkliche Fortschritt generiert wurde: Aus der ersten Penicillingeneration entwickelte man vor 40 Jahren das breit wirksame und bis heute unverzichtbare Amoxicillin. Aus einem von ca. 20 gleichartigen betablockierenden Hochdruckmedikamenten wurde mit Sotalol ein wichtiger Stoff zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen. Aus dem ersten H2-Blocker Tagamet ging als Me too der Blockbuster Ranitidin hervor, der die Magenchirurgen total arbeitslos gemacht hat, weil das Magengeschwür unter Ranitidin verschwand. Das schwer magenverträgliche Erythromycin wurde durch ein verträglicheres Azithromycin ersetzt, das darüber hinaus sieben Tage voll wirkt, obwohl man es nur drei Tage schlucken muß. Und unter den CSE-Hemmern zur Cholesterinsyntheseinhibition ist das Me too Simvastatin Deutschlands Nummer 1 in den Verordnungen geworden. Eine Scheininnovation wird Leitsubstanz. Allerdings auch mit Hilfe des generischen Wettbewerbs, aber vor allem durch eine bestechend gute Studienlage. Jeder weiß, dass man Forschung planen kann, aber die Ergebnisse nicht. Die Beispiele, deren es sehr viele gibt, sollen zur Forschung anregen, also einen Impuls geben. Und

signalisieren, dass nicht die Innovationsklassifikation lebensentscheidend für eine neue Arzneimittelerfindung sein muss.

Bei diesem Blick in die Innovationslandschaft darf nicht verschwiegen werden, dass einer ungehemmten Marktentfaltung ein weiterer Hemmklotz im Wege steht: Die Nutzenbewertung. Spricht man diesen Begriff gelassen aus, dann bekommt man gerne schnell Zustimmung. Dagegen kann man doch gar nicht sein.

DIE NUTZWERTDISKUSSION

Wir wurden vor einigen Wochen mit einer Nutzwertdiskussion belästigt, an der sich **fast die ganze Nation mit beängstigender abgrundtiefer Unwissenheit** beteiligte. Die Impfung gegen ein neues Virus aus der Reihe der variantenreichen Influenzafamilie. Das Ergebnis: Verunsicherung und Impfmüdigkeit. Bleibt es bei den bisher mehrheitlich harmlosen klinischen Verläufen, wird es später nur noch um die Frage gehen, wer die Zeche zu zahlen hat, die die Massenherstellung der Impfstoffe gekostet hat. Kommt es zu der befürchteten Pandemie, wird die Nutzenbewertung endlich wieder da landen, wo sie hingehört, bei den Experten.

Experten tun sich bei der Nutzenbewertung von Medikamenten leicht, wenn die Outcomeparameter einfach, schnell und zweifelsfrei gemessen werden können. Zum Beispiel bei Stoffwechselerkrankungen. Anders sieht dies bei chronisch progredienten degenerativen Erkrankungen des ZNS aus. Zum Beispiel die Demenz: Medikamente, die das kognitive Denkvermögen, die alltagspraktischen Fähigkeiten und den klinischen Gesamteindruck positiv beeinflussen, sind auf dem Markt zugelassen. Sie wirken lediglich symptomatisch und können die Krankheit ►

nicht in ihren Ursachen heilen. Ob und wie viel sie dem Kranken in unterschiedlichen Verlaufsstadien nützen, lässt sich sehr schwierig messen. Zumal die Effektstärken der Wirkungen krankheitsbedingt niemals sehr groß sein können. Der Alzheimerpatient wird erst symptomatisch, wenn er 70 Prozent seiner grauen Zellen verloren hat. Geringe, aber statistisch signifikante kognitive Verbesserungen sind feststellbar unter medikamentöser Therapie, haben aber keinen Patientennutzen, wenn nicht zugleich Desorientiertheit oder Aggressivität gemindert werden. Das IQWiG hat den Versuch gemacht, über den zur Zeit laut und kontrovers in Fachkreisen diskutiert wird, mit statistisch biometrischen Verfahren die klinische Relevanz signifikanter Unterschiede von Testergebnissen zu quantifizieren. Man kommt zu einem negativen Ergebnis bezüglich des Patientennutzens, obwohl positive Wirkungen ausdrücklich bestätigt werden. Ein solches Ergebnis bewirkt bei den versorgenden Ärzten und bei den Experten in der Forschung von Demenz Ratlosigkeit und Inakzeptanz.

Mit Geduld muss man sich bei der Nutzenbewertung immer dann wappnen, wenn sich die positive Beeinflussung von klinisch relevanten Endpunkten in Studien erst nach Jahren zeigen lässt.

DER DEUTSCHE MARKTZUGANG

Marktzugang vom ersten Tag der Zulassung an hat in Deutschland jedes von der nationalen oder europäischen Zulassungsbehörde positiv beurteilte Medikament. Und zugleich ist jedes zugelassene Präparat auch erstattungsfähig durch die Krankenkassen, wenn es von einem Vertragsarzt auf einem Kassenrezept verordnet wird. Nur bei zwei Indikationen (Kolonkarzinom und pulmonale Hypertonie) bedarf es vor einer

hochpreisigen Arzneiverordnung einer Zweitmeinung* durch einen besonders fachkundigen Spezialisten. Der Hersteller bestimmt den Preis im patentgeschützten nicht festbetragsgeregelten Markt nach eigenem Ermessen.

Allerdings gibt es noch eine Besonderheit zu beachten, die eine Mitursache ist, dass wir in Deutschland besonders hohe Arzneimittelpreise für patentgeschützte Produkte verkraften müssen: Deutschland ist Referenzpreisland für die vielen Länder der Welt, wo der Staat oder andere Institutionen eine Preisregulierung vornehmen. Diese Staaten und ihre Institutionen regulieren natürlich immer nach unten, nie nach oben.

PARADIGMENWANDEL

Zu den Perspektiven gehört auch ein Paradigmenwandel in der Medizin, der an dem G-BA nicht vorbeigegangen ist. Dieser Wandel ist jedoch mit die Hauptursache für viele Missverständnisse zwischen der Industrie auf der einen und den Ärzten und Kassenvertretern auf der anderen Seite: Es reicht nicht mehr aus, eine Zulassung zu erwirken, sondern man muss auch einen patientenbezogenen Nutzen belegen können. Dabei, so steht es im SGB V, muss bei dieser Nutzenbewertung „die Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versicherungsgemeinschaft“ angemessen berücksichtigt werden. Liegt trotz einer Wirkung eines Wirkstoffes kein Nutzen vor, hat sogar eine echte Sprunginnovation keine guten Marktchancen, wenn der G-BA es merken sollte, was nicht zuverlässig garantiert ist.

AUSGABENBREMSE ARZNEIMITTLRICHTLINIE

Denn der G-BA hat die Möglichkeit, über die Arzneimittel-

richtlinien, die am 01.04.2009 in Kraft getreten sind, Arzneimittel wegen Unwirksamkeit und Unwirtschaftlichkeit von der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV auszuschließen oder einzuschränken. Also durchaus eine mögliche Marktzugangsbehinderung für Innovationen.

Gute Marktperspektiven hat jede Innovation, die belegen kann, dass sich der Zustand des Patienten bessert, die Lebensdauer verlängert wird, die Nebenwirkungen verringert werden und die Lebensqualität verbessert wird.

Schlechte Perspektiven hat ein neues Produkt, wenn es den zulassungserforderlichen Wirkungsnachweis nur an Surrogatparametern demonstriert, aber patientenrelevante Endpunkte nicht verbessert.

Die dargestellten Steuerungsinstrumente haben den Ausgabenanstieg im Arzneimittelbereich nur wenig tangiert. Der Ausgabentreiber sind die teuren Spezialpräparate gegen Krebs, Multiple Sklerose, Rheuma, Hepatitis etc. Jährlich fünf bis sechs Prozent mehr als im Vorjahr, ohne dass in gleichem Umfang die Einnahmen der GKV gestiegen wären, ist unangemessen und langfristig nicht zu verkraften. Angemessenheit und Zumutbarkeit durch die Versicherungsgemeinschaft steht im Paragraphen 35 c des SGB V, der sich mit der Kosten-Nutzen-Bewertung befasst.

STAATLICHE EINGRIFFE IN DEN MARKTZUGANG

Die Politik muss angesichts des großen Defizits im Topf des Gesundheitsfonds im nächsten Jahr und vor allem in 2011, wenn die Kassen Staatskredite zurückzahlen müssen, handeln. Dabei wird die jetzt schon mögliche Höchstpreisfestsetzung durch die Spitzenverbände der Krankenkassen nach einer Kosten-Nutzen-

* Zweitmeinungsverfahren in Hessen noch nicht etabliert

Bewertung allenfalls eine untergeordnete Rolle spielen, wenn überhaupt. Die methodischen Umsetzungsprobleme gestatten keine schnellen und umfassenden Lösungen. Ein Blick in die Koalitionsvereinbarung lässt erkennen, wohin die Reise gehen könnte: Preisverhandlungen zwischen Herstellern und dem Spitzenver-

band der Kassen bei neu in den Markt kommenden Produkten als Voraussetzung für eine Erstattung durch die Kassen.

FORSCHUNG BLEIBT LOHNEND

Auch wenn diese Perspektive Arzneimittelherstellern nicht gefällig ist, bedeutet sie nicht das

Aus für Innovationen im Arzneibereich. Denn auch preisgeregelte neue Produkte bringen Marktchancen in Deutschland, weil wir neben den Vereinigten Staaten ein wichtiger Arzneimittelmarkt inmitten von Europa sind und bleiben werden.

Dr. med. Jürgen Bausch

Vorsicht Regressgefahr!

Arznei- oder Heilmittel bei Palliativversorgung nicht selbst verordnen!

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die KBV haben sich darauf verständigt, für die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln im Rahmen von Verträgen zur Sicherstellung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gemäß §132 Abs. 1 SGB V die Verwendung der in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzten Vordrucke einzusetzen. Damit diese Verordnungen gesondert erfasst und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung auch eindeutig zugeordnet werden können, wird an die so genannten SAPV-Teams, die eine solche Versorgung von Patienten außerhalb der vertragsärztlichen Regelversorgung durchführen, eine eigenständige Betriebsstätten-Nummer vergeben.

Wichtig für den niedergelassenen Vertragsarzt, der nach dem neuen, dafür vorgesehenen Formular die SAPV verordnet, ist, dass er insbesondere die Heil- und Arzneimittelverordnungen nicht selbst unter seiner eignen Betriebsstättennummer tätigt, da dies sein Richtgrößenvolumen unnötig und auch in nicht vorgesehener Weise belasten

würde. Das Vergabeverfahren ist eindeutig geregelt und notwendige Heilmittel (Muster 13), Arzneimittel (Muster 16) und Btm-pflichtige Arzneimittel (Btm-Verordnungsblatt) werden vom Arzt des SAPV-Teams verordnet. Die vertragschließenden Parteien beantragen die Ausstellung einer Betriebsstätten-Nummer bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Die KBV vergibt die Betriebsstätten-Nummer an den Antragsteller und informiert hierüber den GKV-Spitzenverband im Rahmen des üblichen Meldeverfahrens. Der GKV-Spitzenverband stellt sicher, dass den SAPV-Teams über die Druckereien entsprechende gekennzeichnete Verordnungsvordrucke zur Verfügung gestellt werden. Neben der vergebenen Betriebsstätten-Nummer wird einheitlich die Pseudo-Arztnummer 333333300 auf den Verordnungsvordrucken im Rahmen der Verordnung im Zusammenhang mit der SAPV eingetragen. Dies gilt auch für Ärzte, die als Vertragspartner im Rahmen der SAPV tätig werden. Nicht vergessen sollte man, dass auch Ärzte, die nicht an einem solchen Ver-

trag teilnehmen, die SAPV auf dem neuen Vordruckmuster 63 (Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung) verordnen können. Auf diesem Verordnungsvordruck müssen der Verordnungszeitraum, die verordnungsrelevante(n)/leistungsbegründende(n) Diagnose(n) als medizinische Begründung für die SAPV, das komplexe Symptomgeschehen mit einer näheren Beschreibung dieses Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs, die aktuelle Medikation einschließlich der gegebenenfalls verabreichten Betäubungsmittel sowie die erforderlichen spezialisierten palliativärztlichen und palliativpflegerischen Maßnahmen der SAPV einschließlich deren inhaltlichen Ausrichtungen beschrieben werden. Das Ausfüllen des Formulars kann extrabudgetär nach Nr. 40860 (Erstverordnung, 25 Euro, einmal im Behandlungsfall) bzw. nach Nr. 40862 (Folgeverordnung, 15 Euro, maximal zweimal im Behandlungsfall) berechnet werden.

GWZ

Bitte beachten Sie hierzu auch unseren Beitrag auf Seite 37.