

VON HAUSARZT ZU HAUSARZT



Dr. Gerd W. Zimmermann
 Facharzt für
 Allgemeinmedizin
 Kapellenstraße 9,
 D-65719 Hofheim

Müssen die Ärzte für die Apotheker zahlen?

Ein Streit zwischen Krankenkassen und Apothekern um Rabatte in Millio-nenhöhe könnte sich finanziell nachteilig für Patienten und Ärzte auswirken. Im Jahr 2009 hatten die Apotheken den Kas-sen einen Zwangsabschlag auf verkaufte Medikamente von 2,30 Euro pro Packung zahlen müssen. Eine unabhängige Schiedsstelle hat nun festgelegt, dass dies zu viel war. Zu zahlen sei lediglich ein Be-trag von 1,75 Euro und die bundesweit aufgelaufene Summe von rund 330 Mil-lionen Euro soll nun umgehend an die Apotheker rückerstattet werden. Eine Klage der Kassen wurde mittlerweile vom Landesozialgericht Berlin-Brandenburg negativ entschieden.

MMW Kommentar
Bemerkenswert ist die Reaktion der Kas-sen. Sie wollen sich die Verluste offensichtlich bei der Ärzteschaft zurückholen. Sie drängen deshalb auf deutliche Einschnitte bei den Honoraren für niedergelassene Ärzte und wollen im kommenden Jahr dort und in Kliniken vier Milliarden Euro einsparen. Nach Berechnungen des Spit-zenverbandes der Kassen erhielten Ärzte 2010 bereits rund 4,7 Milliarden Euro mehr als noch vor drei Jahren. Daher sei ein Einsparbeitrag von 2,5% im nächsten Jahr akzeptabel. Das wären etwa 800 Mil-lionen Euro, die sich für 2011 zusammen mit dem erwarteten Honorarplus von 1,2 Milliarden Euro als Folge der Morbiditäts-entwicklung in der Bevölkerung auf rund zwei Milliarden Euro summieren würden.

Richtlinien-Psychotherapie für Hausärzte ab 1.7.2010 unter Budget!

Die Beschlüsse des Bewertungsaus-schusses vom 26. März 2020 zur Ände-rung der vertragsärztlichen Vergütung ab dem 1.7.2010 führen auch zu einer Neu-ordnung der bisherigen Strukturen bei der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen. Danach werden die antrags- und genehmigungspflichtigen Leis-tungen des Abschnitts 35.2 EBM von Ärzten der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genann-ten Arztgruppen als Einzelleistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebüh-renordnung vergütet, für die in 4.1 ge-nannten Arztgruppen allerdings weiter-hin nur bis zur zeitbezogenen Kapazitäts-grenze. Die antrags- und genehmigungspflichten Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Ärzten aus nicht in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen werden mit qualifikationsgebundenen Zusatzvo-lumen (QZV) aus dem jeweiligen arz-tgruppenspezifischen Verteilungsvolumen vergütet. Die nicht antrags- und geneh-

migungspflichtigen Leistungen von Ärzten gemäß 4.1 werden innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen aus dem entsprechenden arztgruppenspezi-fischen Verteilungsvolumen bezahlt. Die nicht antrags- und genehmigungspflichten Leistungen der Abschnitte 35.1 und 35.3 EBM von Ärzten aus nicht in 4.1 auf-geführten Arztgruppen werden ebenfalls aus dem QZV des entsprechenden arz-tgruppenspezifischen Verteilungsvolu-mens vergütet.

MMW Kommentar
Bisher war geregelt, dass alle gutach-terabhängigen, zeitgebundenen psycho-therapeutischen Leistungen des Ab-schnitts 35.2 EBM per Einzelleistung zum Preis der Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Dies galt z.B. auch für solche Lei-stungen, die von Hausärzten mit der Zu-satzbezeichnung „Psychotherapie“ er-bracht wurden. Die übrigen psychothera-peutischen Leistungen bekamen Hausärz-

