

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.

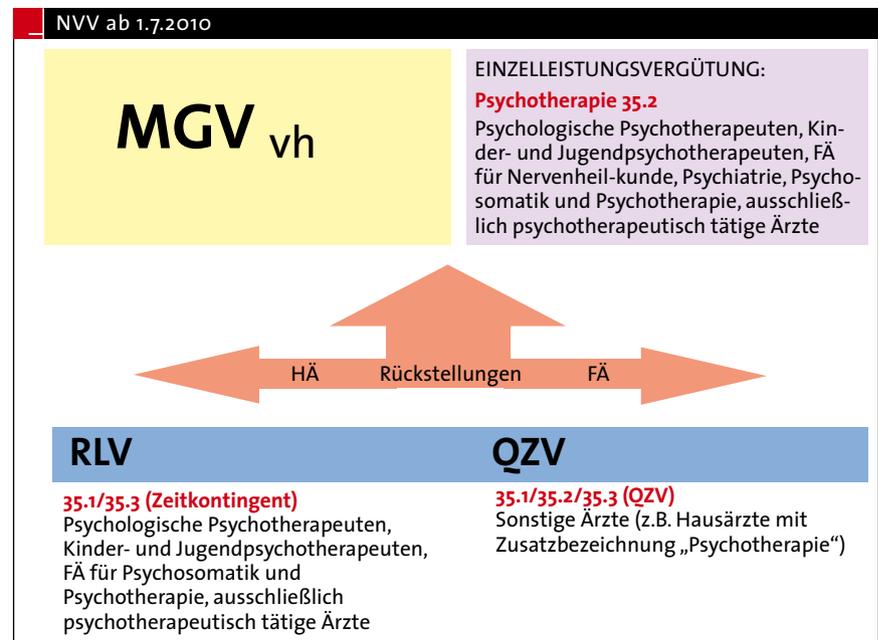
MMW Kommentar
Bemerkenswert ist die Reaktion der Kas-sen. Sie wollen sich die Verluste offensichtlich bei der Ärzteschaft zurückholen. Sie drängen deshalb auf deutliche Einschnitte bei den Honoraren für niedergelassene Ärzte und wollen im kommenden Jahr dort und in Kliniken vier Milliarden Euro einsparen. 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-



te mit diesem Tätigkeitsmerkmal nur im Rahmen ihres Regelleistungsvolumens (RLV) bezahlt. Die Neuerung sieht nunmehr vor, dass ab dem 1.7.2010 Hausärzte, die nicht ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind, alle psychotherapeutischen Leistungen der Abschnitte 35.1,

35.2 und 35.3 EBM nur noch im Rahmen eines QZV und damit eines Budgets vergütet bekommen.

Durch die Austauschbarkeit von Honorarelementen des RLV und des QZV kann das Gesamtbudget, das so zur Verfügung steht, ausreichen, um die psychotherapeu-

tische Behandlung im gleichen finanziellen Rahmen weiterzuführen. Aus Sicherheitsgründen können die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) aber auch Sonderregelungen treffen und diese Leistungen außerhalb des neu geschaffenen Budgets vergüten.

Präventionsleistungen richtig abrechnen

— Nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses haben GKV-Versicherte ab 50 Jahren einmal jährlich bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres Anspruch auf einen Schnelltest auf Blut im Stuhl. Diese Leistung kann nach Nr. 01734 EBM (70 Punkte) abgerechnet werden. Sie umfasst die Ausgabe der Testbriefchen sowie die Untersuchung auf Blut im Stuhl in drei Proben. Die Kosten für die Testbriefchen sind in der Abrechnungsposition enthalten.

Ist die Berechnung der Nr. 01734 EBM nicht möglich, z.B. weil der Patient die Testbriefchen nicht zurückbringt, kann die Kostenpauschale nach Nr. 40150 EBM (1,30 EUR) berechnet werden. Ab dem 55. Geburtstag können GKV-Versicherte ent-

scheiden, ob sie eine präventive Koloskopie (Nr. 01741 EBM) oder einen Schnelltest auf verborgenes Blut im Stuhl (Nr. 01734 EBM) in Anspruch nehmen wollen. Entschieden sich der Versicherte für den Schnelltest auf Blut im Stuhl, kann diese Untersuchung nur noch alle zwei Jahre durchgeführt und als GKV-Leistung abgerechnet werden. Der Schnelltest nach Nr. 01734 EBM ist dann jedoch nicht mehr berechnungsfähig, wenn der Versicherte die präventive Koloskopie in Anspruch nimmt. Der Schnelltest kann aber bei konkretem Verdacht als kurative Leistung nach Nr. 32040 EBM (1,45 EUR) zur Abrechnung kommen, Kosten nach Nr. 40150 EBM sind aber auch hier nicht berechnungsfähig. Für das Beraten des Versi-

cherten über die Motivation zur Teilnahme am Programm zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms kann die Leistung nach Nr. 01740 EBM (290 Punkte) einmal im Leben des Patienten berechnet werden. Auch diese Leistung wird extrabudgetär vergütet.

MMW Kommentar

Die bei diesen Präventionsleistungen in der Gebührenordnung vorgegebenen Altersgrenzen und Untersuchungsintervalle sollten genau beachtet werden, da Kassen mittlerweile bei Abweichungen nicht nur Regressanträge stellen, sondern auch Anzeige bei der zuständigen Staatsanwaltschaft erstatten.

„Vermittlungshonorar“ weckt Korruptionsverdacht!

— Berufsrechtlich ist es Ärzten grundsätzlich verboten, einen geldwerten Vorteil in Anspruch zu nehmen, wenn hiermit die Zuweisung von Patienten honoriert werden soll. Ein Verstoß gegen diesen Grundsatz führte bisher allenfalls zu einem Berufsgerichtsverfahren.

Nach einem Urteil des Oberlandesgerichts Braunschweig (OLG) vom 23.2.2010 könnte sich das ändern. Nach dessen Auffassung sind Vertragsärzte als Beauftragte der Krankenkassen im Sinne des § 299 Abs. 2 StGB anzusehen (Az. 6 KLS 49/09). Ein Apotheker hatte Ärzten einer Gemeinschaftspraxis den Umbau der Praxis mit-

finanziert. Als er dies beim Finanzamt als Betriebsausgaben geltend machte, schaltete sich die Staatsanwaltschaft ein. Den Ärzten wurde vorgeworfen, den Apotheker bei der Abgabe von Arzneimittelrezepten bevorzugt zu haben.

MMW Kommentar

Bislang konnten zahlreiche Korruptionsfälle, in die Ärzte verwickelt waren, strafrechtlich aus rein formalen Gründen nicht zur Anklage gebracht werden, da für einen selbstständig und freiberuflich tätigen niedergelassenen Arzt keine sogenannte Vermögensbetreuungspflicht gegenüber

einer Krankenversicherung bestand. Dies könnte sich durch das Urteil des OLG Braunschweig ändern. Im konkreten Fall kam es nur deshalb zu keiner Verurteilung, weil das Gericht die finanzielle Unterstützung der Ärzte durch den Apotheker nicht als Bestechung ansah. Die Praxisräume befanden sich nämlich im gleichen Haus wie die Apotheke und die Konzentration von Rezepten einer Praxis in einer Apotheke reicht nach Auffassung der Richter als Betrugsverdacht nicht aus, wenn sich dies allein schon durch die räumliche Nähe zwischen Praxis und Apotheke erklärt.