

# VON HAUSARZT ZU HAUSARZT



**Dr. Gerd W. Zimmermann**

Facharzt für  
Allgemeinmedizin  
Kapellenstraße 9,  
D-65719 Hofheim

## Elektronische Lohnsteuerkarte

Die bisherige Papier-Lohnsteuerkarte sollte ab 1.1.2012 durch ein elektronisches Abrufverfahren ersetzt werden. Die geplante Einführung dieser sog. elektronischen Lohnsteuerkarte ist auf Grund von Verzögerungen bei der technischen Erprobung des Abrufverfahrens jedoch erneut zeitlich verschoben worden. Der neue Termin wird frühestens auf das 2. Quartal 2012 verlegt. Mit dem neuen Verfahren können Arbeitgeber künftig die Daten ihrer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer elektronisch abrufen.

### MMW Kommentar

Da Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bereits ihre sog. „elektronischen Lohnsteuerabzugsmerkmale“ (ELStAM) in einem Schreiben übersandt bekommen haben, sollten diese sorgfältig auf ihre Richtigkeit kontrolliert werden, insbesondere hinsichtlich der mitgeteilten Steuerklasse, der Kirchensteuermerkmale und der Kinderfreibeträge. Korrekturen können nämlich nur bis zum Jahresende beim zuständigen Finanzamt beantragt werden. Die Lohnsteuerkarte 2010 darf bis zum ELStAM-Start nicht vernichtet werden. Wechselt der Arbeitnehmer den Arbeitgeber muss der bisherige Arbeitgeber dem Arbeitnehmer die Lohnsteuerkarte 2010 bzw. eine für 2011 ausgestellte Ersatzbescheinigung zur Vorlage beim neuen Arbeitgeber aushändigen. Für das neue Verfahren braucht der Arbeitgeber die steuerliche Identifikationsnummer der Arbeitnehmer. Diese sollte – falls noch nicht vorhanden – rechtzeitig vor der ersten Abrechnung der Bezüge des Kalenderjahres 2012 vorliegen.

## GKV-VStG: Das sind die relevanten Neuerungen für Hausärzte

Der Bundestag hat grünes Licht für das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (VStG) gegeben. Damit kann das Gesetz zum Beginn des Jahres 2012 in Kraft treten.

Ärztinnen und Ärzte in unterversorgten Gebieten sollen von Maßnahmen der Mengengrenzung ausgenommen werden. Preiszuschläge für besonders förderwürdige Leistungen sowie Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind, sollen vereinbart werden können.

Ein Lichtblick könnte die Stärkung des Grundsatzes „Beratung vor Regress“ bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Arznei-

mittel- und Heilmittelbereich werden, verbunden mit der Schaffung von Transparenz im Rahmen der Richtgrößen und bei der Anerkennung von Praxisbesonderheiten im Heilmittelbereich. Hier kommt hinzu, dass bei Versicherten, die langfristig Heilmittelbehandlungen benötigen (z. B. Menschen mit schweren Behinderungen oder chronisch Kranke) die Möglichkeit eingeräumt wird, sich die erforderlichen Heilmittel für einen geeigneten Zeitraum von ihrer Krankenkasse genehmigen zu lassen. Dies soll der Behandlungskontinuität der Versicherten und der Entlastung der verordnenden Vertragsärztinnen und -ärzte dienen.

### MMW Kommentar

Leider lässt der Gesetzestext viele Fragen im Hinblick auf die Umsetzung dieser, teilweise durchaus begrüßenswerten Maßnahmen, völlig offen. So dürfte es schwierig werden, Kriterien zu entwickeln, die rechtsverbindlich darlegen, ab wann ein Gebiet wirklich unterversorgt ist und die dort angesiedelten Ärzte von Honorarbegrenzungen befreit werden können. Auch ist unklar, woher das Geld für solche Budgetbefreiungen kommen soll. Zwar wird geregelt, dass der Zulassungsausschuss bereits im Vorfeld eines in überversorgten Planungsbereichen vorgesehenen Nachbesetzungsverfahrens darüber entscheiden kann, ob ein Nachbesetzungsverfahren überhaupt erfolgen darf. Entscheidet er sich dagegen, erhält der ausscheidende Vertragsarzt von der KV eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswertes der Praxis. Hier könnten Honorarkontingente aus aufgelösten Praxen in Ballungsgebieten frei werden. Zunächst einmal muss aber Geld aus der gedeckelten Gesamtvergütung zum Aufkauf abgezweigt werden. Eigentlich müsste das für diese Landförderung notwendige Geld

extrabudgetär von den Kassen kommen. Eine solche Verpflichtung fehlt aber im Gesetz. Was die scheinbare Ablösung des Arznei- und Heilmittelregresses durch Beratungsleistungen betrifft, so klingt das besser als es vermutlich umzusetzen sein wird. Die Frage bleibt offen, ob dies auch für Regressverfahren gilt, die vor 2012 eingeleitet werden und was mit Überschreitungen passiert, die nach einer Beratung in Quartalen noch stattfinden, weil die Beratungsinhalte (noch) nicht berücksichtigt werden konnten. Auch bleibt offen, wie bei künftigen Prüfverfahren Praxisbesonderheiten gewichtet werden, die im Rahmen solcher Beratungen erkannt wurden. Diese Unsicherheiten könnten den Weg für eine gesetzliche Regelung ebnen, die den Ärzten die Therapiehoheit nimmt. So ist eine Ablösung der Richtgrößenprüfung im Arzneimittelbereich in einer Modellregion befristet auf drei Jahre gesetzlich möglich, wenn dort eine Art Positivliste vereinbart und die Auswahl des Arzneimittels in die Hände von Apothekern gelegt wird.