

## E-Arztbrief: Portoerstattung für Hausärzte schmilzt ab

— Mit der Verbreitung des elektronischen Arztbriefs treten die Vertragsärzte in eine Übergangsphase ein. In § 291f SGB V Abs. 1 Satz 2 ist vorgesehen, dass bei der Ermittlung des Behandlungsbedarfs berücksichtigt werden muss,

dass der Versand durch Post-, Boten- oder Kurierdienste wegfällt. Es wird also global weniger Honorar für die Erstattung von Portokosten geben.

Nun hat der Bewertungsausschuss für die Jahre 2018 und 2019 entsprechende Rahmenvorgaben beschlossen. Sie gelten zunächst als befristetes Übergangsverfahren. Das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) soll bis zum 10. Juli 2018 die Kürzungsbeträge für jeden KV-Bezirk berechnen. Als Basis dienen die in den jeweiligen Vorjahresquartalen übermittelten E-Arztbriefe. Berücksichtigt werden die Mengenentwicklung aller versendeten Briefe, die Veränderungsraten und die Versichertenzahlen. Jeweils



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

am 31. Juli entscheidet dann der Bewertungsausschuss über die Kürzungsbeträge, und die einzelnen KVen ziehen die beschlossenen Summen vom Behandlungsbedarf ab.

### MMW-KOMMENTAR

*Bereits jetzt werden beim Ansatz der Nr. 40 120 EBM für einen Standardbrief nur 55 Cent erstattet, obwohl die tatsächlichen Kosten 70 Cent betragen. Nach der Neuregelung haben die KVen künftig die Wahl, ob sie diesen Erstattungsbetrag weiter verringern oder aus der reduzierten Gesamtvergütung subventionieren.*

*Da Hausärzte selten E-Arztbriefe, aber häufig Anträge und Antworten an Kassen verschicken, sind sie von diesem heimlichen Verschiebeparkplatz besonders betroffen – zumal solche meist umfangreichen Inanspruchnahmen in der Regel nicht per Fax erledigt werden können. Die KBV hat das offenbar nicht bemerkt.*



Da flattern die E-Arztbriefe davon – und mit ihnen ein Stück hausärztliche Kostenerstattung.

© Natali\_Mis / Getty Images / iStock

## Regressgefahr wegen der Grippeimpfung!

— Viele Fragezeichen gab es in der abgelaufenen Grippesaison bei den Impfstoffen. GKV-Versicherte hatten in der Regel nur Anspruch auf einen trivalenten Impfstoff. Hausärzte, die trotzdem den besseren quadrivalenten Impfstoff einsetzten, gingen ein Regressrisiko ein.

Im Januar sprach die Ständige Impfkommission (STIKO) eine unverbindliche Empfehlung für den quadrivalenten Impfstoff aus. Dagegen rieten die KVen dazu, trivalente Impfstoffe zu verwenden und eventuell noch im Praxiskühlschrank gelagerte Vorräte zu verbrauchen. Als dann auch noch der Gemein-

same Bundesausschuss (G-BA) darauf hinwies, dass es für die gesetzlichen Kassen keine verbindliche Regelung gebe, war die Verunsicherung komplett.

### MMW-KOMMENTAR

*Grundsätzliche Voraussetzung für die Aufnahme einer Schutzimpfung in den Leistungskatalog der GKV ist eine Empfehlung der STIKO. Auf dieser Grundlage legt der G-BA die Einzelheiten zur Leistungspflicht der Kassen in der Schutzimpfungs-Richtlinie fest. Dazu hat er laut § 20i Abs. 1 Satz 5 SGB V maximal drei Monate nach Veröffentlichung der STIKO-Empfehlung Zeit.*

*Daraus folgt, dass die Empfehlung der STIKO auf die Impfsaison 2017/2018 keinen Einfluss mehr hat, weil sie zu spät kam. Erst in der Impfsaison 2018/2019 kann die Grippe-schutzimpfung ohne Bedenken mit einem Vierfach-Impfstoff erfolgen.*

*Damit schwebt für die abgelaufene Grippesaison ein Damoklesschwert über den Hausärzten. Dies gilt insbesondere auch deshalb, weil das Bundessozialgericht gerade entschieden hat, dass Wirtschaftlichkeitsprüfungen auch bei der Verordnung von Impfstoffen möglich sind (Az.: B 6 KA 47/16 R, B 6 KA 31/17 R, B 6 KA 46/16 R, B 6 KA 44/16 R, B 6 KA 59/17 R).*