

## Mandantenbrief

### Inhalt:

- **Vereinbarung über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf**
- **Ausfüllen von Bonusheften; Privatbescheinigung – ja oder nein?**
- **Die Regelleistungsvolumen zum 1.7.2009**
- **Schwester Agnes-Konzept**
- **Palliativversorgung**
- **IGeL-Leistungen – Abgrenzungskriterien zur GKV**

**Die sich ständig ändernden gesetzlichen Vorgaben für die Abrechnung im GKV-Bereich führen häufig zu Unsicherheiten und damit zur Nichtabrechnung in Arztpraxen. Zur Unterstützung, auch im GOÄ-Bereich erhalten Sie diesen Mandantenbrief mit den aktuellen Beschlüssen und Möglichkeiten für die tägliche Arbeit.**

### Vereinbarung über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf

Zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Krankenkassen (KK) werden die Vereinbarungen zur Verordnung von Sprechstundenbedarf getroffen.

Das bedeutet, dass in 17 verschiedenen KVen andere Vereinbarungen gelten.

Daher sollte jede Praxis die zutreffenden Verordnungen zum Sprechstundenbedarf kennen. Es ist fatal, wenn nach dem Motto „Das machen wir schon immer so“ über Jahre verfahren wird, ohne Kenntnis der aktuellen Sprechstundenbedarfsvereinbarung. Denn die KVen ändern diese Verträge in **bestimmten Zeitabständen**.

### Anwendungsbereich:

Primärkassen, Ersatzkassen, Knappschaften, Heilfürsorgeberechtigte (Bundeswehr, Bundespolizei, Zivildienst, Polizei), Anspruchsberechtigte nach § 264 Abs.2 SGB V und nach SGB XII bei Vorliegen von Vereinbarungen mit Sozialhilfeträgern.

Nicht zulässig ist die Verwendung des kassenärztlichen Sprechstundenbedarfs für Privatpatienten, für Personen die betreut werden nach dem Bundesversorgungs- und Entschädigungsgesetz, für Unfallversicherte, die nach BG-lichen Tarifen abgerechnet werden.

### Verordnung:

Sprechstundenbedarf ist grundsätzlich am Ende des Quartals als Ersatz für die Artikel zu beziehen, die als zulässig angesehen werden, wobei gleichzeitig das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten ist. Die Abrechnung von nicht apothekenpflichtigen Mitteln mit den entsprechenden Lieferanten muss nach den gleichen Kriterien vorgenommen werden.

Zu Beginn einer vertragsärztlichen Tätigkeit ist die Beschaffung der „Grundausstattung“ vom Arzt selbst zu bezahlen. Erst zum Ende des ersten Abrechnungsquartals wird die Ersatzbeschaffung der verbrauchten Mittel vorgenommen.

Je nach KV-Zugehörigkeit muss die Verordnung nach den dort gültigen Kriterien vorgenommen werden.

Betäubungsmittel als Sprechstundenbedarf werden mit den entsprechenden BTM-Rezepten verordnet und sind im Statusfeld (9) entsprechend zu kennzeichnen.

Sprechstundenbedarfsartikel und Impfstoffe dürfen nicht gleichzeitig auf einem Verordnungsblatt rezeptiert werden. Hinsichtlich der verordnungsfähigen Impfstoffe (Statusfelder 8 u. 9) gilt die separate Vereinbarung.

Bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf ist die korrekte Angabe des Kostenträgers notwendig, sowie die Angabe von LANR und BSNR.

### **Begriff und Begrenzung Sprechstundenbedarf**

Als Sprechstundenbedarf gelten nur solche Artikel, die ihrer Art nach bei mehr als einem Patienten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung angewendet werden können oder die zur Sofortbehandlung erforderlich sind.

Bei der Anforderung von Sprechstundenbedarf sind nur Mittel verordnungsfähig, die in den Anlagen der Vereinbarungen aufgeführt sind. Homöopathika und Mittel der antroposophischen Medizin stellen keinen Sprechstundenbedarf dar.

Mittel, die nur für einen Kranken bestimmt sind, stellen – soweit nichts anderes vereinbart ist – keinen Sprechstundenbedarf dar und sind daher auf den Namen des einzelnen Patienten zu verordnen. Soweit solche Mittel für den Patienten nicht mehr benötigt werden und in der Betriebsstätte verbleiben, sind sie dem Sprechstundenbedarf zuzuführen.

Gefäße für den Sprechstundenbedarf und die im Zusammenhang mit den Gefäßen anfallenden Kosten für in Apotheken hergestellte oder abgefüllte Mittel werden nicht bezahlt. Dies gilt sinngemäß auch für den Direktbezug von Lieferanten.

Mittel, die für Vorsorgeuntersuchungen verwendet werden, sind in der Regel mit der Gebühr für die ärztliche Leistung abgegolten und stellen somit keinen Sprechstundenbedarf dar.

Festbetragsregelungen sind bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf zu beachten. Werden Arzneimittel, deren Kosten die zu Grunde gelegten Festbeträge übersteigen, als Sprechstundenbedarf verordnet, so

müssen die Mehrkosten vom Vertragsarzt selbst getragen werden.

Nicht zulässig ist die Verordnung und Verwendung von Sprechstundenbedarf im unmittelbaren Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen, die nicht zum Leistungsumfang in der GKV gehören.

Artikel sind dann nicht als Sprechstundenbedarf bezugsfähig, wenn sie für solche ärztlichen Verrichtungen verwendet werden, für die es eine EBM-Regelung gibt, oder eine durch eine besondere Vereinbarung festgelegte Sachkostenpauschale (unter Einschluss dieser Artikel)

### **Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise**

Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit ist stets zu beachten.

Der verordnete Sprechstundenbedarf hat den Bedürfnissen der Betriebsstätte zu entsprechen und muss zur Zahl der Behandlungsfälle und zur Zahl der erbrachten Leistungen in einem angemessenen Verhältnis stehen!

Wenn Mittel in größeren Mengen benötigt werden, sind preisgünstige Großpackungen, Anstands- oder Bündelpackungen zu verordnen.

Die von der Apothekenpflicht oder von der Vertriebsbindung über Apotheken ausgenommenen Mittel (z.B. Röntgenkontrastmittel, Verbandmittel, Infusionsnadeln- und -bestecke, Nahtmaterial etc.) sollen direkt beim Hersteller oder Großhandel bezogen werden, wenn der Direktbezug bei der benötigten Menge wirtschaftlich sinnvoller ist.

Verbandmittel (Pflaster, Binden etc.) und Nahtmaterial sind – soweit medizinisch vertretbar – ohne Angabe von Firmennamen bzw. ohne Markenbezeichnung zu verordnen.

Die Richtlinien des GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss) über die Ver-

ordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinien) in der jeweils gültigen Fassung gelten auch für die Verordnung von Sprechstundenbedarf (dazu gehören auch alle anderen einschlägigen Gesetze, Verordnungen und Vereinbarungen).

Bei dem Bezug von Fertigarzneimitteln muss die Registrierung und Zulassung beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte registriert und zugelassen sein und in Apotheken erhältlich sein. Im Rahmen dieser Vereinbarung sind unter den o.g. Voraussetzungen und den Arzneimittelrichtlinien Ziffer 16.4.41 auch die apothekenpflichtigen und nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel und Medizinprodukte verordnungsfähig.

Der Bezug von in Deutschland nicht allgemein verkehrsfähiger Arzneimittel / Sprechstundenbedarfsartikel durch Einzelimport aus dem Ausland ist als Sprechstundenbedarf unzulässig.

### **Prüfung der Wirtschaftlichkeit**

Für die Prüfung der wirtschaftlichen Verordnung von Sprechstundenbedarf gilt die Prüfvereinbarung der KV in denen die Arztpraxen zugelassen sind.

### **Liste der verordnungsfähigen Mittel**

Jede Arztpraxis muss die Listen oder Aufstellungen der verordnungsfähigen Mittel bei der zuständigen KV anfordern.

Es kann an dieser Stelle keine bundesweite Empfehlung gegeben werden, da die regionalen Vereinbarungen derartig unterschiedlich sein können.

### **Ausfüllen von Bonusheften Privatbescheinigung – ja oder nein?**

Der GKV-Spitzenverband hat sich erneut darüber beschwert, dass die KVen ihre Mitglieder darauf hinweisen würden, dass Eintragungen in Bonusheften nicht als GKV-Leistung zu werten sind und demnach als GOÄ-Leistung liquidiert werden.

Die gesetzlichen KK vertreten die Auffassung, dass derartige Bescheinigungen mit der vertragsärztlichen Vergütung abgegolten sind.

Nach Auffassung der KBV (Kassenärztlichen Bundesvereinigung) ist die Forderung der GKV berechtigt, da nach dem § 2 Abs. 1 Nr. 9 und § 3 Abs. 2 Nr. 1 BMV-Ä (Bundesmantelvertrag Ärzte) das Ausstellen von Bescheinigungen und das Erstellen von Berichten zur vertragsärztlichen Versorgung gehört, wenn die KK diese zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen.

Die KK (nach § 1 Satz 1 und § 3 SGBV) hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Durch Aufklärung, Beratung und besondere Leistungen der KK werden Versicherte unterstützt, auf eine gesunde Lebensweise hinzuwirken.

In § 65a SGB V gibt es seit dem GKV-GMG (GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz) eine Rechtsgrundlage für Bonusprogramme. Dementsprechend soll nach Auffassung der KBV auch die Eintragung in einem Bonusheft als Leistung der kassenärztlichen Versorgung angesehen werden. KK benötigen zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben Bescheinigungen von Ärzten im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung. Hier ist man der Auffassung, dass auch die Eintragung in ein Bonusheft dazugehört.

KK bieten Prämien für gesammelte „Bonuspunkte“. Versicherte werden insbesondere für den Nachweis der Teilnahme an Impfungen, Vorsorgeun-

tersuchungen oder DMP-Programmen, Einhalten eines BMI-Indexes und Angabe von bestimmten Blutwerten belohnt.

Allerdings ist festzustellen, dass diese Informationen aus den dazu ausgestellten Formularen wie Impfpass, Dokumentation der Vorsorgen, Teilnahmeerklärungen von DMP seitens der KK entnommen werden können. Also alles eine Frage der Auswertung dieser Informationen durch die KK. Es scheint so, dass zu ihrer eigenen Entlastung der Arbeitsaufwand dafür auf die Arztpraxen abgewälzt wird.

Es gibt KVen, die dahingehend dazu Stellung genommen haben, dass sich die Patienten die Kosten für das Ausstellen von Bonusheften, wenn Praxen Gebühren dafür verlangen, von der KK erstatten lassen sollen.

Insofern sollte schnellstmöglich eine grundlegende Vereinbarung dazu geschaffen werden.

## **Das Regelleistungsvolumen ab 1.7.2009**

Am 20.4.2009 hat der Bewertungsausschuss folgenden Beschluss gefasst: Die Berechnung der Regelleistungsvolumen (RLV) erfolgt ab dem 1.7.2009 nach der Zahl der Behandlungsfälle. Damit wurde die mögliche Berechnungsgrundlage nach der Zahl der Arztfälle nicht umgesetzt. Damit werden die praxisbezogenen RLV geschützt.

Für fachgleiche oder schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe werden die RLV um 10 % erhöht.

Für fachgruppenübergreifende oder schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen bzw. Schwerpunkte werden die RLV ab dem 1.7.2009 um

5 % je Arztgruppe erhöht – für bis zu maximal 6 Arztgruppen, also dann insgesamt 30 %. Für jeden weiteren Schwerpunkt um weitere 2,5 %, maximal aber sind für alle Arztgruppen insgesamt bis 40 % möglich.

Diese Regelung ist notwendig geworden, weil ab dem 1.7.2009 die RLV nach der Zahl der Behandlungsfälle berechnet werden.

Für die bei Überschreitung der RLV abgestaffelt zu vergütenden Leistungen waren bisher 3 % des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumens der haus- und fachärztlichen Versorgung zurückzustellen. Um die RLV künftig aufzustocken, werden nur noch 2 % Rückstellung gebildet.

Zusätzlich können die Partner der Gesamtverträge nun auch noch für die Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Kostenerstattungen des Kapitels 32 (Labor), die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen RLV vergütet werden, einer Steuerung unterziehen. Diese Regelung soll auf das 2. Halbjahr befristet werden.

Alle Schritte führen dazu, dass es bei einer Mengenausweitung aller Leistungen zu Quotierungen kommen kann, wenn die Fallpunktzahlen des RLV gefährdet sind.

## **AGnES-Konzept wird Teil der Regelversorgung**

Das vom Institut für Community Medicine der Universität Greifswald entwickelte und evaluierte AGnES-Konzept (AGnES = Arztentlastende, Gemeindefnahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention) wird Teil der Regelversorgung

Darauf haben sich der Spitzenverband der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Bewertungsausschuss verständigt.

Hausärzte in Regionen mit besonderem Versorgungsbedarf können nun

Leistungen abrechnen, die speziell weiterqualifizierte Praxismitarbeiter erbracht haben. Diese so genannten AGnES-Fachkräfte unterstützen den Arzt, z.B. durch Hausbesuche. Alle Tätigkeiten werden dabei in Delegation, das heißt auf Anweisung und in Verantwortung des behandelnden Mediziners, ausgeführt. "Entscheidend ist die Qualität", sagt Projektleiter Wolfgang Hoffmann.

Eine moderne Arbeitsteilung und Delegation in den Hausarztpraxen und die hochwertige Qualifizierung der AGnES-Fachkräfte seien dafür die wichtigsten Voraussetzungen.

**Zum 1.4.2009 werden mit den EBM-Nummern 40870 und 40872 zwei neue Leistungen für qualifizierte Arzthelferinnen in den EBM aufgenommen (Kapitel 40, Abschnitt 40.18); Die Leistungen werden außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet.**

Die mit 17 € bewertete Pauschale nach EBM-Nr. 40870 ist berechnungsfähig für das Aufsuchen des Patienten durch die Praxisassistentin zum Zweck der Versorgung in der Häuslichkeit in Abwesenheit des Arztes, sowohl für den Erstbesuch als auch für Folgebesuche.

Für den Mitbesuch eines weiteren Patienten in derselben sozialen Gemeinschaft kann der Arzt die geringer bewertete Pauschale nach EBM-Nr. 40872 (12,50 €) je Sitzung abrechnen.

Bei der postoperativen Versorgung nach EBM-Nr. 31600 kann für den ersten Besuch der Praxisassistentin die Pauschale nach EBM-Nr. 40870, für die Folgebesuche EBM-Nr. 40872 abgerechnet werden.

Der Arzt muss die Tätigkeit der nicht-ärztlichen Praxisassistentin in ausreichender Form überwachen und jederzeit erreichbar sein. Besucht die

Praxisassistentin einen Patienten, muss sie dies dokumentieren und den Arzt zeitnah, spätestens an dem auf den Besuch folgenden Werktag, informieren.

Beim Abrechnen der beiden Kostenpauschalen ist Folgendes zu beachten:

– Die Praxisassistentin muss bei dem delegierenden Vertragsarzt angestellt sein.

– Der Arzt muss sich die Abrechnung der neuen Kostenpauschalen von seiner KV genehmigen lassen.

– **Voraussetzung zur Abrechnung ist, dass der Landesausschuss der Ärzte und KK drohende oder tatsächliche Unterversorgung oder einen zusätzlichen Versorgungsbedarf durch Hausärzte festgestellt hat.**

– Die EBM-Nummern 40870 und 40872 umfassen sämtliche delegationsfähigen Leistungen; zusätzlich abrechnungsfähig sind am selben Behandlungstag nur Leistungen des Allgemeinlabors, sofern diese Leistungen selbst erbracht werden und der postoperative Nachsorgekomplex nach EBM-Nr. 31600.

– In begründeten Einzelfällen kann der Arzt auch die Besuche nach den EBM-Nummern 01410 bis 01413 beziehungsweise 01415 am selben Behandlungstag abrechnen.

– Neben den beiden neuen Pauschalen darf der Arzt die Helferinnenleistungen nach den EBM-Nummern 40240 und 40260 am selben Behandlungstag nicht abrechnen.

– Der Arzt darf die neuen Pauschalen nur in den Behandlungsfällen abrechnen, in denen er

eine Versichertenpauschale abrechnet, in denen also mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattfindet.

Wenn eine Praxisassistentin Leistungen i.S.d. beiden neuen Kostenpauschalen erbringen soll, müssen Sie die Qualifikationsanforderungen beachten.

Die KV genehmigt die Abrechnung auch, wenn Sie nachweisen, dass die Praxismitarbeiterin ihre Fortbildung bereits begonnen hat und zu erwarten ist, dass sie sie bis Ende 2010 abschließt

Die KVen hoffen nun, dass das Bundesgesundheitsministerium gegen den Beschluss Einspruch erhebt, weil es sinnvoll ist, dass diese Hilfsleistungen flächendeckender erbracht werden können.

Allerdings ist kritisch zu bewerten, dass ein erheblicher Aufwand seitens der Praxen notwendig ist, sowohl in zeitlicher als auch in finanzieller Form, da die Anforderungen zur Qualifikation der Medizinischen Fachangestellten mit den geforderten Voraussetzungen sehr aufwendig sind. Dafür hätte die Vergütung für die Arztpraxis besser ausfallen müssen.

### **Palliativversorgung**

Für das Verordnen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) rechnet der Hausarzt zwei Pauschalen ab: EBM-Nr. 40860 für die Erstverordnung (einmal im Behandlungsfall, Bewertung: 25 €) und EBM-Nr. 40862 für die Folgeverordnung (höchstens zweimal im Behandlungsfall, Bewertung: 15 €).

Die beiden Pauschalen dürfen Hausärzte, Kinderärzte, Internisten und Ärzte abrechnen, die Leistungen des Kapitels 21 EBM erbringen dürfen. Sie werden außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet und sind

nicht im RLV-Fallwert enthalten. Die SAPV umfasst die Betreuung schwerstkranker Menschen in ihrer letzten Lebensphase, möglichst in ihrer häuslichen Umgebung.

### **IGeL-Leistungen – Abgrenzungskriterien zur GKV**

Leistungen außerhalb der GKV-Leistungspflicht sind grundsätzlich als sog. IGeL-Leistungen mit dem Patienten direkt abzurechnen.

Gemäß § 11 SGB V umfasst die GKV-Leistungspflicht die Behandlung und Verhütung von Krankheiten und deren Verschlimmerung, Leistungen im Rahmen der Empfängnisregelung und beim Schwangerschaftsabbruch, sowie definierte präventive Leistungen.

Gemäß § 12 SGB V besteht Anspruch nur auf eine wirtschaftliche, ausreichende, notwendige und zweckmäßige Behandlung (WANZ-Kriterien).

Nicht notwendige bzw. unwirtschaftliche Leistungen dürfen nicht zu Lasten der GKV erbracht werden.

Der GKV-Leistungsumfang ist im EBM definiert. Analogabrechnungen – wie im § 6 GOÄ – gibt es im EBM nicht. Der EBM-Leistungskatalog ist abschließend.

Damit kann ermittelt werden, welche Leistungen als IGeL einzustufen sind:

– Leistungen, die nicht im EBM verzeichnet sind – hier sollte allerdings im Anhang 1 der Gebührenordnung sicherheitshalber nachgesehen werden, welche Leistungen bereits in den Versicherten- bzw. Grundpauschalen enthalten sind.

– Leistungen, die zwar im EBM verzeichnet sind, aber vom Patienten eine unwirtschaftliche Ausführungsmethode verlangt wird (z.B. Warzenentfernung mittels Laser)

- Leistungen, die außerhalb der GKV-Richtlinien auf Wunsch des Patienten erbracht werden (z.B. zusätzlich Lungenfunktionsuntersuchung im Rahmen der Gesundheitsvorsorge)

Eine Privatliquidation darf bei GKV-Versicherten nur unter Beachtung von § 18 Bundesmantelvertrag vorgenommen werden, wenn der Versicherte verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden. Dies sollte in einem Behandlungsvertrag schriftlich festgelegt werden.

Der Patient ist schriftlich auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten hinzuweisen.

Pauschalrechnungen für Privatbehandlungen und damit auch für IGeL-Leistungen sind nicht zulässig.

IGeL-Leistungen sind immer nach GOÄ zu liquidieren und somit sind die Bedingungen der GOÄ auch einzuhalten.