

► Kassenabrechnung

EBM-Reform erneut verschoben – neuer Termin noch unklar

| Die eigentlich zum 01.01.2019 vorgesehene EBM-Reform ist erneut verschoben worden. Anlass für diese Verschiebung ist das zum 01.04.2019 geplante Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG). |

Der Entwurf des TSVG, der am 26.09.2018 das Bundeskabinett passiert hat, enthält einige Vorgaben zum EBM, u. a. eine Überprüfung der Bewertung technischer Leistungen. Etwaige „Rationalisierungsreserven“ sollen zur Förderung der „sprechenden Medizin“ verwendet werden. Der Bewertungsausschuss soll hierzu bis Ende März 2019 ein Konzept vorlegen; die Änderungen sollen am 01.09.2019 in Kraft treten. KBV und Krankenkassen werden in Abhängigkeit vom Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens den Zeitplan der EBM-Reform entsprechend anpassen.

TSVG: Geplant ist u. a. die Förderung (z. B. extrabudgetäre Vergütung, Zuschläge) von

- erfolgreicher Vermittlung eines dringenden Facharzt-Termins durch einen Hausarzt (Zuschlag von mindestens 5 Euro),
- (Akut-)Leistungen für Patienten, die von der Terminservicestelle vermittelt werden,
- Leistungen für neue Patienten in der Praxis (Zuschläge von mindestens 25 Prozent auf die Versicherten- und Grundpauschalen),
- Leistungen, die in den offenen Sprechstundenzeiten erbracht werden (Zuschläge von mindestens 15 Prozent auf die Grundpauschalen),
- Leistungen für übernommene Patienten nach Terminvermittlung durch einen Hausarzt und
- „Sprechender Medizin“.

TSVG: So werden Ärzte für Zusatzangebote entlohnt

Das TSVG soll voraussichtlich im Frühjahr 2019 in Kraft treten. AAA Abrechnung aktuell wird zu gegebener Zeit über die Details berichten.

► Leserforum

Gesundheitsuntersuchung: Übergangsregelung erst mit EBM-Anpassung zu erwarten

| **FRAGE:** Es geht um die Gesundheitsuntersuchung (GU), die künftig (voraussichtlich ab 2019) nur noch höchstens alle 3 statt wie bisher alle 2 Jahre auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen werden kann. Wie ist mit denjenigen Patienten umzugehen, die z. B. 2017 eine Gesundheitsuntersuchung haben durchführen lassen? Diese haben nun teilweise bereits eine Anmeldung für den nächsten Check-Up im Jahr 2019. Müssen diejenigen Patienten nun ebenfalls einen 3-jährigen Abstand abwarten oder gilt bei ihnen in dieser Konstellation noch die alte Regelung von 2 Jahren? |

ANTWORT: Der Beschluss des G-BA zur Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (noch nicht in Kraft getreten!) enthält keine Übergangsregelung. In Abschnitt A Ziffer 7 der – geänderten – Richtlinie heißt es lediglich:

Keine Übergangsregelung in der Richtlinie enthalten!



„Versicherte haben ab Vollendung des 35. Lebensjahres alle 3 Jahre Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung. Wird eine Gesundheitsuntersuchung durchgeführt, ist in den auf das Untersuchungsjahr folgenden 2 Kalenderjahren keine Gesundheitsuntersuchung durchzuführen.“ Man kann diese Regelung nun dahingehend interpretieren, dass wegen der Änderung der Inhalte der GU die vor dem Inkrafttreten der Änderung durchgeführten GU nicht mitzählen, also bei Versicherten mit GU nach alten Richtlinien in 2017 bereits in 2019 eine GU nach neuen Richtlinien durchgeführt werden kann. Genauso gut ist jedoch eine Interpretation in dem Sinne möglich, dass die – alten – GUs mitzählen und eine neue GU in 2019 erst bei Versicherten, deren GU aus dem Jahre 2016 oder früher stammt, möglich ist. Eine Klärung ist wohl erst im Zusammenhang mit der EBM-Änderung zu erwarten.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Änderungen bei der Gesundheitsuntersuchung (AAA 08/2018, Seite 8)

► Sprechstundenbedarf

Krankenkassen überprüfen Abrechnung von Einmalkanülen und Einmalinfusionsbestecken

| Für Blutentnahmen und Injektionen werden Einmalkanülen verwendet, deren Kosten gemäß Abschnitt 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM in den Gebührenordnungspositionen (GOP) – soweit nichts anderes bestimmt – enthalten sind. Einmalinfusionsbestecke dagegen sind gemäß Abschnitt 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen extra berechnungsfähig und werden i. d. R. über Sprechstundenbedarf (SSB) bezogen. Doch Flügelkanülen, Butterflies oder auch Braunülen können sowohl für Blutentnahmen/Injektionen als auch für die Applikation von Infusionen genutzt werden. |

Die Folge der flexiblen Einsatzfähigkeit der o. g. Materialien ist, dass diese Nadeln für Infusionen über SSB bezogen werden können, für Blutentnahmen/Injektionen aber nicht. Einige Krankenkassen haben nun Prüfanträge gestellt, weil bei mehreren Ärzten die Anzahl verordneter Infusionsbestecke bzw. bezogener Infusionen eine deutliche Differenz zur Anzahl der über SSB bezogenen Flügelkanülen aufwies. Für die Krankenkassen liegt somit der Verdacht nahe, dass Flügelkanülen in unzulässiger Weise auch für Blutentnahmen/Injektionen verwendet werden. Betroffene Ärzte dürften von ihrer KV um **Stellungnahmen** gebeten werden. Zwar kann eingewendet werden, dass z. B. bei nur mit Schwierigkeiten zu punktierenden Venen mit mehrfachen Punktionsversuchen bei demselben Patienten häufig mehrere Flügelkanülen zur Applikation einer Infusion benötigt werden. Dennoch muss die Menge der über SSB für Infusionen bezogenen Flügelkanülen in einer **gewissen Relation** zur Anzahl der bezogenen Infusionen/Infusionsbestecke stehen.

MERKE | Die KV kann den tatsächlichen Sachverhalt von sich aus nicht erkennen, weil sie nicht weiß, was der einzelne Arzt über SSB bezieht und ob und ggf. wie viele Infusionen erbracht werden. Grund dafür ist, dass die GOP 02100 (Infusion) für Hausärzte nicht berechnungsfähig ist (außer bei Notfallbehandlungen).

Relation zwischen
SSB und erbrachten
Leistungen muss
stimmig sein!