

Wirtschaftsbrief

Dermatologie

von Almirall Hermal

Aktuell das Wichtigste zu Abrechnung, Steuern, Recht und Betriebswirtschaft

Nr. 4 • 15. Jahrgang, Juni 2019

Vertragsarztrecht

Das TSVG und die Folgen im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung

von RA, FA MedR und SozR Babette Christophers LL.M., christophers.de

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ist am 11.05.2019 in Kraft getreten. Einige Neuerungen haben auch Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Verkürzung der Ausschlussfristen auf zwei Jahre

Bisher war durch die Rechtsprechung festgelegt, dass die KVen Abrechnungsauffälligkeiten bis zu vier Jahre zurückverfolgen und dementsprechend Honorar zurückfordern konnten. Diese Ausschlussfrist wird von vier auf **zwei Jahre** verkürzt und ist nunmehr gesetzlich festgelegt.

Merke

Die zweijährige Ausschlussfrist gilt sowohl für Plausibilitätsprüfungen als auch für Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Unberührt davon bleiben Verstöße, bei denen dem Arzt grob fahrlässiges oder vorsätzliches Verhalten vorgeworfen wird; in diesen Fällen ist auch eine Honorarrückforderung jenseits der Zwei-Jahresgrenze möglich.

Abschaffung der Zufälligkeitprüfung

Bisher sah das Gesetz vor, dass die Wirtschaftlichkeit von ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen für mindestens zwei Prozent der Ärzte je Quartal zu prüfen war. Diese Zufällig-

keitsprüfung wird abgeschafft und ersetzt durch eine anlassbezogene Prüfung, die auf Antrag der Krankenkassen oder der KV erfolgt. Ein Anlass ist insbesondere dann gegeben, wenn ein begründeter Verdacht einer Fehlindikation, von Ineffektivität, eines Qualitätsmangels oder der Unangemessenheit der Kosten vorliegt. Hierzu vereinbaren die KBV und der GKV-Spitzenverband Rahmenempfehlungen bis Ende Dezember 2019.

Weitere Details zu Neuerungen in der Wirtschaftlichkeitsprüfung:

- **Keine Durchschnittsprüfung** bei (drohender) **Unterversorgung**: Prüfungen nach Durchschnittswerten sind ausgeschlossen für Planungsbereiche und für Arztgruppen, in denen (drohende) Unterversorgung oder ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt ist.
- **Prüfung von Impfstoffen gelockert**: Bei der Verordnung von saisonalem Impfstoff gilt eine angemessene Überschreitung der Menge gegenüber den tatsächlich erbrachten Impfungen grundsätzlich nicht als unwirtschaftlich. Dabei wird eine zehnpromtente Überschreitung des angeforderten zum tatsächlich ver-

brauchten Impfstoff mindestens als angemessen anzusehen sein.

- **Beschränkung** des festzulegenden **Regresses** auf die Differenz der Kosten zwischen der wirtschaftlichen und der tatsächlichen Leistung: Während bisher die unwirtschaftliche Verordnung in Gänze zurückgefordert wurde, hat der Gesetzgeber nunmehr den potenziellen Regress auf die Differenz zwischen der unwirtschaftlichen und der wirtschaftlichen Verordnung begrenzt.

Beispiel: Beschränkung des Regresses

Wird z. B. im Wege der Einzelfallprüfung eine Therapie als unwirtschaftlich angesehen, so dürfen nicht sämtliche Kosten für die ausgestellten Verordnungen regressiert werden, sondern es bedarf des Abzugs der Kosten, die im Rahmen einer wirtschaftlichen Behandlung angefallen wären.

>>

Inhalt

G-BA

- ASV für Hauttumoren startet
- Impfung gegen Herpes Zoster seit Mai 2019 Kassenleistung

Studie

Dermatologen in Brandenburg offen für Telemedizin

Kassenabrechnung

- TSVG – die wichtigsten Änderungen bei der Abrechnung
- KBV-Informationen zur TI

Ausnahmen von der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Von der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgenommen sind Verordnungen, die aufgrund von Verträgen über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung erfolgen. Nach diesen Verträgen, die von der KBV und dem GKV Spitzenverband abzuschließen sind, ist es dem Vertragsarzt möglich, bei bestimmten Indikationen eine „Blankoverordnung“ auszustellen, bei der der Leistungserbringer selbst die Auswahl und die Dauer sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmt. Ferner sind Verordnungen von Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen von der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgenommen.

Merke

In der Gesetzesbegründung wird ausdrücklich erwähnt, dass unzulässige Verordnungen nicht kompensiert werden sollen. Kosteneinsparungen, die ein Kostenträger aufgrund einer unzulässigen Verordnung erfährt, kommen dem verordnenden Arzt nicht zugute.

Sektorenübergreifende Versorgung

ASV für Hauttumoren startet

Hautkrebs ist in den Versorgungsbereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) aufgenommen worden. Der entsprechende G-BA-Beschluss vom 20.12.2018 ist am 11.05.2019 in Kraft getreten. Einen ausführlichen Beitrag zu diesem Thema finden Sie im *Wirtschaftsbrief Dermatologie Nr. 1/2019*.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Informationen der KBV zum Thema online unter www.iww.de/s2768

G-BA

Impfung gegen Herpes Zoster seit Mai 2019 Kassenleistung

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 07.03.2019, die Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) zur Impfung gegen Herpes Zoster mit einem adjuvantierten subunit-Totimpfstoff in die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) zu übernehmen, ist am 01.05.2019 in Kraft getreten. Diese Impfung ist damit zur GKV-Regelleistung geworden.

Inhalte des Beschlusses

Die Impfung gegen Herpes Zoster wird in Anlage 1 der SI-RL als Standard- und Indikationsimpfung aufgenommen. Sie erfolgt als zweimalige Impfung im Abstand von mindestens zwei bis maximal sechs Monaten mit adjuvantiertem Herpes Zoster subunit-**Totimpfstoff**.

Da die STIKO die Impfung mit einem Herpes Zoster **Lebendimpfstoff** auch weiterhin **nicht empfiehlt**, wird sowohl bei der Standard- als auch bei der Indikationsimpfung darauf hingewiesen, dass auf die Impfung mit dem Lebendimpfstoff kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht. Eine entsprechende Empfehlung ist für die Aufnahme einer Schutzimpfung in den Leistungskatalog der GKV Voraussetzung.

Die **Standardimpfung** ist für Personen ab dem Alter von 60 Jahren vorgesehen. Die **Indikationsimpfung** richtet sich an Personen ab 50 Jahren mit einer erhöhten gesundheitlichen Gefährdung für das Auftreten eines Herpes Zoster infolge einer Grunderkrankung wie z. B. angeborene bzw. erworbene Immundefizienz bzw. Immunsuppression, HIV-Infektion, rheumatoide Arthritis, systemischer Lupus erythematodes, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Asthma bronchiale, chronische Niereninsuffizienz oder Diabetes mellitus.

Dokumentationsziffern für neue Herpes Zoster-Impfung

Der G-BA hat in Anlage 2 der SI-RL die Dokumentationsziffern für die neue Impfung veröffentlicht (s. Tabelle).

Impfung gegen Herpes Zoster mit adjuvantiertem subunit-Totimpfstoff		
Impfungen	Dokumentationsnummer	
Herpes Zoster	Erste Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossene Impfung
■ Standardimpfung, Pers. ≥ 60 Jahre	89128 A	89128 B
■ Sonstige Indikationen bei Pers. ≥ 50 Jahre	89129 A	89129 B

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Der einzige derzeit zugelassene Totimpfstoff gegen Herpes Zoster mit der Bezeichnung Shingrix war bei Redaktionsschluss vom Hersteller nicht lieferbar; nähere Informationen hierzu beim Paul-Ehrlich-Institut (PEI) online unter www.iww.de/s2748
- G-BA-Beschluss und die tragenden Gründe online unter www.iww.de/s2560

Studie

Dermatologen in Brandenburg offen für Telemedizin

Die Mehrheit der Haut- und Hausärzte in Brandenburg findet telemedizinische Anwendungen in der Dermatologie grundsätzlich sinnvoll, doch die Umsetzung scheitert bislang an verschiedenen Hürden. Das zeigen erste Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie für ein telemedizinisches Versorgungskonzept in Brandenburg.

Hemmnisse: Aufwand, Kosten und geringe Honorierung

72 Prozent der befragten Dermatologen und Hausärzte in Brandenburg halten den Einsatz von telemedizinischen Anwendungen in der Dermatologie für geeignet. 62 Prozent der Erhebungsteilnehmer möchten Telemedizin im Praxisalltag auch umsetzen, doch rund die Hälfte der Befragten gab an, dass spezielle Gründe den Einsatz verhindern, genannt wurden

- der administrative Aufwand,
- die Anschaffung der Technik und
- die schwache Vergütung.

Telemedizin bei Derma- und Rheumatologie im Fokus

Die Zwillingsstudie, die neben der Dermatologie auch die Rheumatologie unter telemedizinischen Aspekten analysiert (kurz: TeleDermaBB, TeleRheumaBB), läuft bis April 2020. Im Rahmen der Fragebogenerhebung wurden alle Hausärzte und ambulant tätigen Fachärzte der Dermatologie und Rheumatologie (ca. 2.000) in Brandenburg kontaktiert.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Lesen Sie hierzu auch den Beitrag „Leitfaden ‚Praxis der Teledermatologie‘ erschienen“ im Wirtschaftsbrief Dermatologie, Nr. 6/2018; den darin beschriebenen Leitfaden erhalten Sie online unter www.iww.de/s2739.

Kassenabrechnung

TSVG – die wichtigsten Änderungen bei der Abrechnung

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sind auch einige Anpassungen bei der Kassenabrechnung dermatologischer Leistungen verbunden. Dabei geht es u. a. um verschiedene extrabudgetäre Vergütungen, z. B. in Zusammenhang mit Terminen, die von Servicestellen oder Hausärzten vermittelt werden.

Seit 11.05.2019

Die folgenden Änderungen gelten bereits seit dem Inkrafttreten des TSVG, also seit dem 11.05.2019:

- Vertragsärzte müssen mindestens 25 statt bisher 20 Sprechstunden pro Woche anbieten. Dabei wird die Zeit für Haus- und Pflegeheimbesuche angerechnet. Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag gelten die 25 Wochenstunden anteilig.
- Ärzte erhalten alle Leistungen im Behandlungsfall bei Versicherten, die durch die Terminservicestelle (TSS) vermittelt werden, extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet. Der Abrechnungsschein ist lt. Mitteilung der KBV in diesen Fällen unter „Vermittlungsart“ als „TSS-Terminfall“ zu kennzeichnen. Im Praxisverwaltungssystem steht dazu eine entsprechende Funktion bereit.
- Fachärzte (z. B. Dermatologen) erhalten alle Leistungen im Behandlungsfall bei Versicherten, die von Hausärzten vermittelt werden, extrabudgetär vergütet. Der Abrechnungsschein ist in diesen Fällen unter „Vermittlungsart“ als „HA-Vermittlungsfall“ zu kennzeichnen. Voraussetzung ist, dass es sich um einen „aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermin“ handelt. Hierunter fallen keine planbaren Behandlungen, Vorsorgetermine oder Bagatell-erkrankungen.

Ab 01.09.2019

Weitere Regelungen des TSVG, die für die Abrechnung relevant sind, gelten ab dem 01.09.2019:

- Fachärzte der Grundversorgung erhalten bei neuen Patienten alle erbrachten Leistungen im Behandlungsfall extrabudgetär vergütet. Als „neu“ gilt ein Patient, der in der Arztpraxis erstmals untersucht und behandelt wird oder mindestens zwei Jahre nicht in der Arztpraxis war. Ob diese Regelung auch für Dermatologen gilt, diese also der fachärztlichen Grundversorgung zuzuordnen sind, muss noch vom Bewertungsausschuss festgelegt werden.
- Für die Behandlung von Versicherten, die durch die TSS vermittelt werden, wird ein extrabudgetärer Zuschlag – in Abhängigkeit von der Wartezeit auf einen Termin – auf die Grundpauschalen gezahlt.
- Fachärzte der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung müssen mindestens fünf offene Sprechstunden je Woche ohne Terminvereinbarung (bei einem vollen Versorgungsauftrag; bei reduziertem Versorgungsumfang anteilig) anbieten. Alle Leistungen im Behandlungsfall, die in diesen offenen Sprechstunden erbracht werden, werden extrabudgetär vergütet. Für welche fachärztlichen Arztgruppen diese Regelung gilt, ist ebenfalls noch vom Bewertungsausschuss festzulegen.

Digitalisierung

KBV-Informationen zur TI

Arztpraxen sollen bis zum 30.06.2019 mit der neuen Technik für die Telemedizininfrastruktur (TI) ausgestattet sein. Die KBV hat umfangreiche Informationen zum Thema veröffentlicht.

Die KBV hat die Broschüre zum Thema TI aus der Reihe „PraxisWissen“ aktualisiert. Diese enthält neben grundlegenden Informationen darüber, wie Arztpraxen sich an die TI anbinden können, auch einen Überblick über die notwendigen technischen Komponenten sowie zur Finanzierung. Zudem erhalten Ärzte hier Tipps zur Umsetzung, kurze Checklisten und Hinweise, u. a. auch zum Versichertenstammdatenmanagement. Weitere Informationen betreffen den Stand der nächsten TI-Anwendungen „Notfalldatenmanagement“ und „elektronischer Medikationsplan“ sowie die elektronische Patientenakte.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- TI-Broschüre und Informationen der KBV online unter www.iww.de/s2563

Impressum



Herausgeber und Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH,
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-99
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg
E-Mail: derma@iww.de

Redaktion

Dr. phil. Stephan Voß (Chefredakteur);
Dipl.-Vw. Bernd Kleinmanns (Redakteur, verantwortlich)

Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung von Almirall Hermal

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Almirall Hermal GmbH wieder.