



ZIMMERMANN
RECHNET AB




Dr. Gerd W. Zimmermann ist seit 1979 als niedergelassener Allgemeinarzt in Hofheim/Taunus tätig und ebenso lange Mitglied im Deutschen Hausärzteverband. Er ist unser Gebührenordnungsexperte und schreibt regelmäßig für Sie.



Neue **geriatriische Leistungen:** Wann berechnen?

Die neue Nr. 30980 EBM steht für die Abklärung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatriischen Assessments (GOP 30984) durch einen speziell qualifizierten Arzt (gemäß Nr. 1 der Präambel des Abschnitts 30.13 des EBM). Im Grunde genommen wird die Voraussetzung zum Ansatz der Nr. 30980 EBM deshalb bereits dann geschaffen, wenn in der betreffenden hausärztlichen Praxis ein hausärztlich-geriatriisches Basisassessment nach Nr. 03360 EBM erbracht wurde. Trotzdem ist der Ansatz aber nur möglich, wenn der Patient an eine spezialisierte ambulante geriatriische Einrichtung überwiesen wird. Eine stationäre geriatriische Behandlung, wie sie in vielen

Krankenhäusern oft nach initial vollstationärer Behandlung durchgeführt wird, erlaubt es dem Hausarzt hingegen nicht, die Nr. 30980 EBM anzusetzen.

 Anders ist die Situation, wenn ein geriatriischer Patient nach stationärem Aufenthalt aus einer solchen Einrichtung zurückkommt. Hier bringt er meist eine Vielzahl von Therapieempfehlungen mit, die vom Hausarzt zumindest geprüft und ggf. umgesetzt werden müssen. Hier wird die Voraussetzung zum Ansatz der Nr. 30988 EBM, dem Zuschlag zur Nr. 03362 EBM geschaffen. Die Leistung steht für die Einleitung und Koordination der Therapiemaßnahmen nach multiprofessioneller geriatriischer Diagnostik und kann als extrabudgetäre Leistung einmal im Krankheitsfall mit 6,78 Euro berechnet werden.

Beachtenswert ist dabei, dass die Gebührenordnungsposition nur in einem Zeitraum von vier Wochen nach Durchführung eines weiterführenden geriatriischen Assessments nach der Nr. 30984 EBM berechnungsfähig ist. Davon ist bei einem Aufenthalt auch in einer stationären Einrichtung in der Regel auszugehen.

Haben Sie Fragen zur Abrechnung und/oder zur Praxisführung?

Melden Sie diese Fragen an die Redaktion unter **info@medizinundmedien.eu**.
Sie erhalten zeitnah eine persönliche Antwort.
Allgemein relevante Themen werden veröffentlicht.

Kosten für **Praxis-Homepage** von der Steuer absetzen

Das Werbeverbot für Ärzte wurde schon vor längerer Zeit in der Berufsordnung gelockert. Anpreisende Werbung ist allerdings weiterhin untersagt und insbesondere auf der Internetseite gilt es darauf zu achten, dass keine unmittelbare medizinische Beratung vorgenommen wird. Erlaubt ist, Visitenkarten zu drucken und am Empfang auszulegen, auf Flyern bestimmte Leistungen und Besonderheiten der Praxis anzubieten und/oder mit einer Patientenbroschüre an den Patienten alle wichtigen Informationen über die

Praxis heranzutragen. Erlaubt ist aber auch Werbung über Radio, Regionalfernsehen und das Internet.



Das alles kostet natürlich auch Geld. Derartige Ausgaben für Werbekaktionen können aber als Betriebsausgaben geltend gemacht werden wie auch Ausgaben für Zeitungsannoncen, Mailings aller Art, Teilnahme an Messen und die dazugehörigen Ausgaben für eine Werbeagentur, das Honorar für den Grafiker oder Werbegeschenke als Streuartikel mit

einem Einzelwert von nicht mehr als zehn Euro.

Die laufenden Kosten für den Internetauftritt können ebenfalls als Betriebsausgaben von der Steuer abgezogen werden. Dazu zählen beispielsweise die Gebühren des Internetproviders für die Domain. Die Internetseite selbst gilt allerdings als immaterielles Wirtschaftsgut. Deren Kosten können deshalb nicht sofort geltend gemacht werden, sondern müssen als Anschaffungskosten abgeschrieben werden.

Tape-Verband für Hausärzte oft eher GOÄ-Leistung

In der Sportmedizin gehören Tape-Verbände zum Standard. Aber auch bei Verletzungen oder bei degenerativen Veränderungen werden sie eingesetzt. Ein Tape-Verband entlastet das Gelenk und erhält dessen Mobilität. Im EBM steht zur Abrechnung der Leistung die Nr. 02350 (Fixierender Verband mit Einschluss mindestens eines großen Gelenkes unter Verwendung unelastischer, individuell anmodellierbarer, nicht weiter verwendbarer Materialien) zur Verfügung (106 Punkte). Die Materialien bei Verbänden der Nr. 02350 dürfen nicht weiterverwendbar sein; zum Einsatz kommen z.B. Gips, Kunststoff, Tape, nicht aber Zinkleim, dem die geforderte Eigenschaft „fixierend“ fehlt. Auch Orthesen, die nicht anmodellierbar sind, können nicht nach Nr. 02350 berechnet werden. Das Wiederanlegen einer Gipsschiene hingegen ist nach Nr.

02350 berechnungsfähig, wenn dabei mindestens ein großes Gelenk fixiert wird. Fixierende Verbände kleiner Gelenke, ebenso Verbände mit weiter verwendbaren Materialien über ein großes Gelenk sind gemäß Anhang 1 des EBM nicht nach Nr. 02350 EBM berechnungsfähig. Materialkosten können entsprechend Nr. I 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen gesondert berechnet werden, sofern nicht ein Bezug auf Rezept oder als Sprechstundenbedarf möglich ist; dies gilt auch für synthetische Stützverbandsysteme. Als große Gelenke gelten Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk jeweils als anatomisch-funktionelle Einheit. Eine Unterteilung dieser Gelenke, etwa des Fußgelenkes (Sprunggelenk) in Teilgelenke wie oberes und unteres Sprunggelenk, ist dabei nicht möglich (SG Stuttgart, 28.6.2000, S 10 Ka 4014/99).



Leider ist die Leistung nach Nr. 02350 EBM im hausärztlichen Bereich neben der Versichertenpauschale nach Nr. 03000 EBM ausgeschlossen, so dass hier nur ein Ansatz im Bereitschaftsdienst möglich ist. Bei Privatpatienten sieht das anders aus. Hier kann ein Tape-Verband eines kleinen Gelenkes nach der GOÄ-Nummer 206 abgerechnet werden (einfacher Satz 4,08 Euro; 2,3-facher Satz 9,38 Euro) und die GOÄ-Nummer 207 steht für den Tape-Verband eines großen Gelenkes oder den Zinkleimverband (einfacher Satz 5,83 Euro; 2,3-facher Satz 13,41 Euro). Wird ein Tape-Verband angelegt, der kein Gelenk umfasst (etwa Tape-Verband der Wade), kann Nr. 201 GOÄ abgerechnet werden. In allen Fällen kommen die Kosten für das Material hinzu.



Praxisausfallentschädigung muss nicht versteuert werden

Bei einem Praxisausfall sollte man gut versichert sein.

Die Zahlungen einer vorhandenen Praxisausfallversicherung

ersetzen nämlich die Einnahmen des Praxisinhabers bei einer Betriebsunterbrechung bzw. im Krankheitsfall. Das bedeutet jedoch nicht, dass sie steuerlich so zu behandeln sind wie Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit. Viele Ärzte schließen deshalb eine Praxisausfallversicherung ab, weil sie die bei einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit fortlaufenden Kosten der Praxis absichern wollen. Nach einem Urteil

des Bundesfinanzhofs können die laufenden Prämien allerdings steuerlich nicht den Praxiskosten zugeschlagen werden, sondern werden der privaten Absicherung des Arztes zugeordnet und dürfen nicht als Betriebsausgaben steuermindernd eingesetzt werden. Das hat aber auch einen Vorteil: Im Umkehrschluss zählen die Versicherungsleistungen nicht zu den steuerpflichtigen Betriebseinnahmen.

Mit einer Ausnahme: Wird die Praxis z.B. aus hygienetechnischen Gründen unter Quarantäne gestellt, werden die Prämien für die Versicherung als Betriebsausgaben behandelt und können dann auch steuerlich berücksichtigt werden.



Der Regelung liegt ein konkreter Fall zugrunde: Eine Ärztin, die durch einen Unfall arbeitsunfähig wurde und eine Betriebsunterbrechung vornehmen musste, erhielt für diese Zeit Versicherungsleistungen. Das Finanzamt bewertete das Geld als Einnahme aus freiberuflicher Tätigkeit und forderte entsprechende Steuern ein. Vor Gericht bekam die Ärztin die Bestätigung, dass es sich bei dieser Versicherungsleistung nicht um Betriebseinnahmen aus selbstständiger Arbeit handelte. Nach Auffassung der Richter dürfen entsprechende Leistungen nicht zu den Betriebseinnahmen gezählt werden, wenn die Prämien der privaten Vorsorge zugewiesen sind (Urteil BFH, 19.05.2009, Az. VIII R 6/07).

Regress auch nach Praxisaufgabe möglich

Nach einem Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Schleswig-Holstein ist die Festsetzung eines Regresses nach Aufgabe der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht ausgeschlossen. Geklagt hatte ein Vertragsarzt, gegen den nach seiner vertragsärztlichen Tätigkeit ein Regress festgesetzt worden war. Zunächst war in diesem Verfahren die Festlegung eines Regresses mit dem Argument abgelehnt worden, dass die bei der Richtgrößenprüfung nach Paragraph 106 Abs. 5a bis d vorgesehenen Maßnahmen grundsätzlich nur gegenüber einem noch als Vertragsarzt tätigen Arzt eingeleitet werden dürfen. Dabei sei zu berücksichtigen, dass für aktive Ärzte die Möglichkeit bestünde, durch eine zukunftsgerichtete individuelle Richt-

größenvereinbarung und deren Einhaltung einen Regress zu vermeiden. Es sei nicht mit dem aus Artikel 3 Grundgesetz herrührenden Gleichheitssatz vereinbar, wenn ausgeschiedenen Ärzten keine vergleichbare Möglichkeit eingeräumt würde. Im Widerspruchsverfahren wurde dann ein Regress gegen den Arzt festgesetzt, was durch das LSG Schleswig-Holstein nunmehr bestätigt wurde. Da Paragraph 106 Abs. 5a SGB V ausdrücklich nicht auf noch aktive Vertragsärzte abstelle, sei auch die Festsetzung eines Regresses gegen ausgeschiedene Vertragsärzte möglich. Nur weil eine Regelung für ausgeschiedene Vertragsärzte fehle, bestünde kein Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz (Urteil, 7.10.2014, AZ: L 4 KA 13/12).



Es bleibt abzuwarten, wie das hier sicherlich noch angerufene Bundessozialgericht entscheidet. Differenziert werden muss auch nach Regressverfahren nach altem und neuem Recht. Bekanntlich sieht das SGB V mittlerweile vor, dass bei einer erstmaligen Überschreitung von Richtgrößen für veranlasste Leistungen zunächst kein Regress ausgesprochen werden darf, sondern eine Beratung stattfinden muss. Das wäre im vorliegenden Fall die Konsequenz. Bleibt zu hoffen, dass die Sozialgerichte auch hier nicht auf die Idee kommen, diese Auflage würde für ausscheidende Vertragsärzte nicht gelten, weil bei ihnen die durch die Beratung erwartete künftige Einhaltung der Richtgrößen nicht mehr möglich ist.