

ZIMMERMANN  
RECHNET AB



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

## Vorsicht bei der Verordnung von „Säureblockern“

Die Barmer GEK startet wieder einmal eine Kampagne gegen Vertragsärzte. Nach den Massenregressanträgen vor einigen Jahren wegen des aus Kassensicht nicht korrekten Ansatzes der Chronikerkennzahlen sind es jetzt die Verordnungen bei Protonenpumpenhemmern (PPI), die sie angreift. Allein in Deutschland bekämen rund 13,4 Millionen Menschen diese Medikamente verschrieben und das sei immerhin jeder sechste Einwohner. In einigen Bundesländern habe jede zehnte Frau zwischen 20 und 29 Jahren ein Säureblocker-Rezept erhalten und zwischen 2006 und 2015 habe sich die Zahl der verordneten Tagesdosen mehr als verdreifacht.

Die Rezeptflut lässt sich nach Auffassung der Kasse medizinisch nicht mehr rechtfertigen und sei weder durch steigende Erkrankungsraten noch durch demografische Faktoren zu erklären. Eine Auswertung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns habe zudem ergeben, dass von den rund 500 Millionen Tagesdosen, die in Bayern jedes Jahr verordnet werden, etwa 70 Prozent bei Beschwerden verschrieben würden, für die sie gar nicht zugelassen seien, etwa bei Völlegefühl oder Aufstoßen. Auch in Kliniken würden die Mittel oft ohne triftigen Grund verabreicht.

PPI-VERORDNUNG ZU LASTEN DER GKV ZUGELASSEN	
INDIKATION	ICD-10
Behandlung und Langzeittherapie der Refluxösophagitis	K 21.0
Helicobacter pylori Eradikation	K 29.7 + B 98.0
Behandlung von Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni	K 29.9 K 26.9
Behandlung von NSAR-assoziierten Ulcera	K 29.0 (Gastritis mit Blutung) T 39.3 (NSAR) T 39.0 (ASS) Y 57.9 (Komplikation bei Arzneimittelanwendung (NSAR))
Behandlung des Zollinger-Ellison Syndroms	E 16.4
Prophylaxe von NSAR assoziierten Ulcera bei Risikofaktoren	s. r. Risikofaktoren

RISIKOFAKTOREN, DIE PROPHYLAKTISCHE PPI-GABE ZUR NSAR-BEHANDLUNG RECHTFERTIGEN	
RISIKOFAKTOR	ICD-10
Alter über 65 Jahre	Keine Verschlüsselung nötig, ergibt sich aus der Patientendatei
Positive Ulkusanamnese	s. links, in den DD als Z.n. verschlüsseln
Comedikation mit Aspirin, Kortison oder Antikoagulantien (Marcumar, NOAK, NMH etc.), SSRI	Keine Verschlüsselung nötig, ergibt sich aus der Verordnungsliste. Im Regressfall mit angeben.
Chronische gastrointestinale Erkrankungen	K 51.9 (Colitis ulcerosa) K 50.9 (Morbus Crohn)
Rheumatoide Arthritis (neben RA natürlich auch andere chronisch entzündliche Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis)	M 06.99
Schwere Komorbidität	Keine klare Definition, im Einzelfall aus medizinischer Sicht im Sinne des Patienten und Beschwerdebildes entscheiden
Hochdosierte NSAR-Gabe	Keine eindeutige Definition, aber eine hochdosierte Gabe von NSAR findet sich natürlich im Bereich der Höchstdosierung von BSAR und längerfristige Gabe von NSAR.

Quelle: Rundschreiben Hausärzterverband Hessen

# an n rechnet ab

**Z** In Hessen hat die Initiative der Barmer GEK bereits Anfang Dezember 2016 dazu geführt, dass viele Hausärzte Regressbescheide von der Prüfungsstelle der Ärzte und Kassen in Hessen als Weihnachtsgeschenk erhielten. Weil keine Richtgrößenüberschreitungen vorlagen, wurde die Möglichkeit des Individualregresses genutzt (Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot Paragraf 12 SGB V). Als Beanstandungsanlass wurden herangezogen:

- Verordnungen von verschreibungspflichtigen PPI außerhalb der Zulassung,
- Verordnungen zur Prophylaxe von NSAR-assoziierten Ulcera ohne Risikofaktoren in der Anamnese und
- Verordnungen verschreibungspflichtiger PPI nach der Arzneimittelrichtlinie Paragraf 12 Abs. 11 bei der Diagnosestellung R12 (Sodbrennen), Hiatushernie (K44.9), Reizmagen und funktionelle Dyspepsie (K30) herangezogen.

Es empfiehlt sich deshalb, bei der Verordnung von Säureblockern auf die korrekte Diagnosekodierung zu achten (s. Tab.).

## Hausbesuche der MFA: Wer zahlt den Unfall-Schaden?



Der EBM liefert immer mehr Abrechnungspositionen, die zum Ansatz kommen können, wenn eine Praxisangestellte (MFA, VERAH®, NÄPA) im Auftrag des Arztes Hausbesuche bei Patienten übernimmt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) überschlägt sich aktuell bekanntlich mit Honoraraufbesserungen für solche Leistungen, um sie für den Praxisinhaber finanziell attraktiv zu machen (s. Der Hausarzt 2/17 und 20/16). Bevor man seine Praxisangestellten auf Tour schickt, sollte man aber auch das Versicherungsrisiko bei Unfällen klären und abdecken.

**Z** Wenn man als Arzt auf dem Weg zum Hausbesuch mit seinem privaten Auto oder dem Praxiswagen einen Unfall hat, ist mit der Schuldfrage meist auch die nach der finanziellen Haftung geklärt. Deutlich komplizierter wird es, wenn Fahrlässigkeit seitens des Arztes vorliegt oder wenn nicht er, sondern eine MFA den Praxiswagen gefahren hat oder die Mitarbeiterin gar mit dem eigenen Fahrzeug auf einer Kurierfahrt für die Praxis unterwegs war. Kurierfahrten – wie zur Post fahren, die Lieferung abholen oder auf dem Weg nach Hause noch schnell ein Rezept bei der bettlägerigen Patientin abliefern


– können ein teures Nachspiel haben. Das gilt vor allem, wenn die MFA mit dem eigenen Fahrzeug unterwegs war oder den Praxiswagen gar nicht hätte fahren dürfen. Grundsätzlich gilt: Nicht jede Fahrt, die Helferinnen für die Praxis unternehmen, ist zwangsläufig eine Dienstfahrt. Für Schäden, die am Wagen der Mitarbeiterin beim Einsatz für den Arbeitgeber entstehen, haftet dieser aber unter dem Gesichtspunkt des „Aufwendungsersatzes“ (Paragraf 670 BGB). Der Arzt muss seiner Mitarbeiterin folglich die für Wiederherstellung des Autos erforderlichen Aufwendungen erstatten. Das

bedeutet allerdings auch, dass sie sich nicht mit der Versicherung des Gegners herumstreiten muss, falls sie in einen Unfall verwickelt wird. Sie kann die Kosten beim Praxisinhaber einfordern, der muss sich das Geld dann beim Unfallgegner wieder holen. Nur wenn Fahrlässigkeit im Spiel ist, muss die Mitarbeiterin mindestens einen Teil, unter Umständen sogar den kompletten Schaden, selbst zahlen. Bekommt sie für die Fahrten mit dem eigenen Auto hingegen eine Kilometerpauschale von 30 Cent, muss der Arbeitgeber bei einem Unfall den Rückstufungsschaden nicht bezahlen.

# So riskieren Sie mit einem „Juniorpartner“ keinen Regress




Beschäftigt ein Vertragsarzt einen Entlastungs- oder Sicherstellungsassistenten, muss er dies der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) schriftlich anzeigen und von dieser bestätigt werden. Andernfalls droht ihm eine Kürzung des KV-Honorars für die vom Assistenten erbrachten Kassenleistungen. Eine rückwirkende Genehmigung ist unzulässig. Das hat das Sozialgericht Marburg entschieden. Demnach darf ein Vertragsarzt die Leistungen eines Assistenten nur abrechnen, wenn die strengen formellen Grundlagen der Genehmigung nach Paragraph 32 Abs. 2 der Zulassungsverordnung Ärzte (Ärzte-ZV) erfüllt sind. Die Anzeige einer Beschäftigung eines Praxisassistenten auf einer Sammelerklärung reicht ebenso wenig aus wie eine mündliche Auskunft eines Mitarbeiters der KV (Az.: S 16 KA 531/13 vom 2.9.15).

 Ähnlich stellt sich die Situation dar, wenn man einen Juniorpartner in seine Praxis aufnimmt, sonst stehen auch hier schnell Honorarrückforderungen im Raum, die der Seniorpartner entrichten muss. Das Landessozialgericht Baden-Württemberg (Az. L 4 R 1333/13 vom 12.12.14) bestätigt dieses drohende wirtschaftliche Risiko: Gestritten wurde hier unter anderem über nachzuentrichtende Beiträge zur Arbeitslosenversicherung. Nach einer Betriebsprüfung forderte das Finanzamt die Beträge nach und meinte, die Tätigkeit des Juniorpartners stelle eine Beschäftigung dar, bei der er funktionsbedingt die ihm zugewiesene Aufgabe, eingegliedert in eine Arbeitsorganisation, ausgeübt habe. Er trage deshalb kein wirtschaftliches Risiko. Unter Bezug auf die einschlägige bun-

dessozialgerichtliche Rechtsprechung prüfte das Gericht, ob die Voraussetzungen einer abhängigen Beschäftigung auf der Grundlage des vertraglichen Verhältnisses und des tatsächlichen Vollzugs gegeben sind. Die Richter kamen zum Ergebnis, dass der Juniorpartner kein „wesentliches Unternehmerrisiko“ trug. Kriterien hierfür seien der Einsatz eigenen Kapitals oder der eigenen Arbeitskraft, die mit der Gefahr des Verlustes eingesetzt würden, weil der Erfolg ungewiss sei. Ein echtes Unternehmerrisiko sei erst gegeben, wenn bei Arbeitsmangel nicht nur kein Einkommen erzielt wird, sondern zusätzlich auch Kosten für betriebliche Investitionen und/oder Arbeitnehmer anfallen oder früher getätigte Investitionen brach liegen.

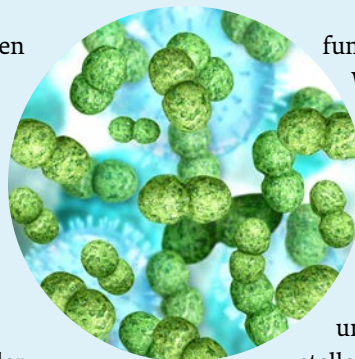
## Zweite Pneumokokken-Impfung für Senioren?

Nach Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI) sollen Erwachsene ab einem Alter von 60 Jahren standardmäßig einmalig gegen Pneumokokken geimpft werden. Wegen der zunehmenden Lebenserwartung in der Bevölkerung stellt sich aber die Frage, ob ab dem 70. Lebensjahr eine Zweitimpfung sinnvoll ist?

 Das RKI ist mit seinen Empfehlungen diesbezüglich noch zurückhaltend. Aktuell rät es nur bei angeborenen oder erworbenen Immundefekten oder bei chronischen Nierenerkrankungen/nephrotischem Syndrom zu

einer oder ggf. mehreren Wiederholungsimpfungen (23-valente Pneumokokken-Impfung, PPSV23) im Abstand von fünf Jahren.

Es ist bekannt, dass Antikörpertiter nach Impfungen im Laufe der Zeit generell sinken. Unabhängig von möglichen Begleiterkrankungen, erscheint es angesichts einer alternden Bevölkerung daher aber sinnvoll, bei Menschen über 70, die bereits vor mindestens fünf Jahren eine PPSV23-Imp-



fung erhalten haben, eine Wiederholungsimpfung vorzunehmen – unabhängig von vorliegenden Komorbiditäten. Der Impfstoff kann zeitgleich mit der Influenza-Impfung an unterschiedlichen Körperstellen verabreicht werden, sodass bei einem Impftermin zwei Standardimpfungen für ältere Patienten durchgeführt werden können. Regressanträge dürften hier wohl kaum zu erwarten und damit ein Hindernisgrund sein.