

Zimmermann



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.

So können Hausärzte eine **Soziotherapie** veranlassen


Die Details zur Soziotherapie regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Soziotherapie-Richtlinie. Gesetzlich Krankenversicherte ab 18 Jahren haben demnach Anspruch auf die Leistung, wenn sie an einer schweren psychischen Störung wie insbesondere einer Psychose, bipolaren Störung oder schweren Depression leiden und ärztlich verordnete Leistungen nicht allein in Anspruch nehmen können. Soziotherapie muss von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenheilkunde, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,

Art und Dauer der Therapie richten sich nach der Schwere der Krankheit.

Die gesetzlichen Kassen übernehmen die Kosten für maximal 120 Stunden in drei Jahren. Nach einer Soziotherapie sollen die Patienten dann in der Lage sein, notwendige ärztliche und ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen. Nach Ablauf von drei Jahren können erneut maximal 120 Stunden Soziotherapie gewährt werden, auch wenn die Diagnose des Patienten sich nicht geändert hat. Auskunft über soziotherapeutische Leistungserbringer in der Region geben die zuständigen Krankenkassen und auch einige KVen.

Neurologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder von Psychiatrischen Institutsambulanzen oder dort tätigen Fachärzten verordnet und von der Krankenkasse genehmigt werden.

Der verordnende Arzt arbeitet dabei eng mit dem Soziotherapeuten zusammen. Dies kann zum Beispiel ein Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagoge oder ein Fachkrankenpfleger für Psychiatrie sein.

 Sofern der Hausarzt eine Soziotherapie bei einem Patienten für erforderlich hält, überweist er ihn zu einem der genannten Ärzte, die Soziotherapie verordnen dürfen. Kommt er zu der Einschätzung, dass der Patient auch diese Überweisung alleine nicht umsetzen kann, greift eine Ausnahmeregelung. Der überweisende (Haus-)Arzt darf in solchen Fällen einen Soziotherapeuten per Verordnung direkt hinzuziehen, der den Patienten dann motivieren soll, überhaupt einen entsprechenden Facharzt aufzusuchen, der für einen längeren Zeitraum die Behandlung verordnen kann. Eine solche Maßnahme erfolgt über das mit den Kassen vereinbarte Formular 28. Die Leistung kann man nach Nr. 30800 EBM extrabudgetär mit 7,05 Euro berechnen.


Mit dem Formular 28 kann der Hausarzt direkt einen Soziotherapeuten bei einem psychisch kranken Patienten einschalten. Die Leistung wird mit 7,05 Euro extrabudgetär vergütet.

ann rechnet ab

Vorsicht beim **Lohn für Aushilfen**

Alle Beschäftigten einer Arztpraxis – auch jene mit einem 450-Euro-Job – müssen den gesetzlichen Mindestlohn erhalten. Praxisinhaber, die solche „geringfügig Beschäftigten“ in ihrem Team haben, müssen seit Anfang des Jahres jedoch genau registrieren, in welchem Umfang sie Aushilfskräfte bezahlen. Zum Jahreswechsel ist der gesetzliche Mindestlohn nämlich von 8,50 auf 8,84 Euro gestiegen.

Damit die sozialversicherungsrechtlichen Privilegien für Aushilfen nicht verloren gehen, müssen diese zeitlich geringer eingesetzt werden. Durfte eine geringfügig beschäftigte Reinigungskraft bislang pro Monat bis zu 52,94 Stunden arbeiten – bei einem Stundenlohn von 8,50 Euro ergab dies einen Lohn von 449,99 Euro – können es seit 1. Januar 2017 nur noch höchstens 50,90 Stunden (8,84 Euro x 50,90 = 449,96 Euro) sein.


 Der gleiche Lohn führt somit zu rund zwei Stunden weniger Arbeitszeit. Damit diese Vorgaben eingehalten werden und kontrollierbar sind, verpflichtet das Gesetz alle Arbeitgeber, und damit auch Praxisinhaber, für ihre Aushilfskräfte detaillierte Stundenaufzeichnungen zu führen. Eine Ausnahme gilt lediglich für Privathaushalte. Die Aufzeichnungen müssen mindestens wöchentlich erfolgen, Beginn, Ende und Dauer der täglichen Arbeitszeit enthalten und mindestens zwei Jahre, beginnend ab dem für die Aufzeichnung maßgeblichen Zeitpunkt, aufbe-



wahrt werden. Übersteigt der Arbeitslohn einer Hilfskraft die Entgeltgrenze von monatlich 450 Euro, wird sie unter Umständen zum voll sozialversicherungspflichtigen Mitarbeiter und das kann (ggf. sogar retrospektiv) teuer werden.

Beim **Praxisverkauf** greift auch die GKV zu

Nach einem Urteil des Landessozialgerichts (LSG, Az. L 11 KR 739/16) Baden-Württemberg müssen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Versicherte auf den Verkaufserlös ihres Betriebes Beiträge zur gesetzlichen Pflege- und Krankenversicherung zahlen. Nach Auffassung der Richter stellt die Überführung des Betriebsvermögens in das Privatvermögen beitragspflichtige Einnahmen dar.

 Im konkreten Fall handelte es sich zwar um einen früheren Gastwirt, der freiwillig in der GKV versichert war. Als er 2012 den Betrieb aufgab, überführte er das Betriebsvermögen in sein Privatvermögen – auch das Betriebsgrundstück. Das Finanzamt wertete 100.000 Euro als „Veräußerungsgewinn“ und erkannte davon 45.000 Euro als Freibetrag an. Die verbliebenen 55.000 Euro sah die Kran-

ken- und Pflegekasse als Einnahmen an. Der 70-Jährige musste daher höhere Monatsbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung zahlen. Dem folgte nun auch das LSG.

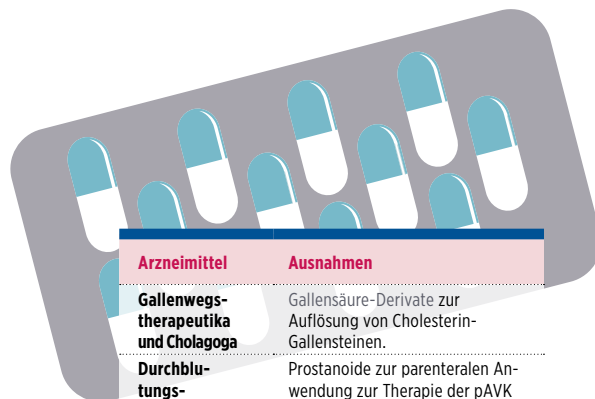
Beitragspflichtig sei auch der steuerliche Veräußerungsgewinn bei Betriebsaufgabe als „Einnahme, die für den Lebensunterhalt verbraucht wird oder verbraucht werden kann“. Der Veräußerungsgewinn sei daher nach Abzug der steuerrechtlichen Freibeträge bei der Bemessung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge zu berücksichtigen. Das Urteil ist auch auf andere Selbständige und Freiberufler übertragbar. Wegen der grundsätzlichen Bedeutung des Vorgangs hat das LSG deshalb aber die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen.



So sind **nicht verordnungsfähige Arzneien** zu dokumentieren

Werden in medizinisch begründeten Einzelfällen Arzneimittel verordnet, die nach der Arzneimittel-Richtlinie nicht verordnungsfähig sind, muss dies in der Patientenakte begründet werden. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) klargestellt, nachdem in der Vergangenheit unterschiedliche Rechtsauffassungen in Sozialgerichtsverfahren für Verunsicherung gesorgt hatten. Die Folge waren in einigen Kasenärztlichen Vereinigungen Prüfverfahren und ungerechtfertigte Regresse.

Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg (LSG) ging etwa 2012 davon aus, dass eine Dokumentation auf dem Rezept oder als Information an die Krankenkasse erfolgen muss, was unter Datenschutzaspekten aber nicht zulässig ist. Das Bundessozialgericht (BSG) wiederum bestätigte 2014 ein Urteil des Sozialgerichts Dresden (SG), wonach die Dokumentation in der Patientenakte erfolgen muss. Der Beschluss ist am 28. Januar 2017 in Kraft getreten.



Arzneimittel	Ausnahmen
Gallenwegstherapeutika und Chologoga	Gallensäure-Derivate zur Auflösung von Cholesterin-Gallensteinen.
Durchblutungsfördernde Mittel	Prostanoide zur parenteralen Anwendung zur Therapie der pAVK im Stadium III / IV nach Fontaine in begründeten Einzelfällen oder Naftidrofuryl bei pAVK im Stadium II nach Fontaine soweit ein Therapieversuch mit nicht-medikamentösen Maßnahmen erfolglos geblieben ist und Arzneimittel und sonstige Produkte bzw. bei einer schmerzfreien Gehstrecke unter 200 Meter.

Wenn solche Arzneimittel zu Lasten der GKV verordnet werden, muss dies in der Patientenakte entsprechend begründet sein (Beispiele aus Anlage III der Arzneimittelrichtlinie)



In Einzelfällen können Ärzte auch vom G-BA ausgeschlossene Arzneien verschreiben.

Paragraf 31 Abs. 1 SGB V sieht vor, dass Vertragsärzte auch Arzneimittel, die aufgrund der Arzneimittel-Richtlinie von der Verordnung ausgeschlossen sind, in medizinisch begründeten Einzelfällen verordnen können. Die Begründung für ihre Therapieentscheidung müssen sie aber dokumentieren. Beispiel: Clopidogrel ist als Monotherapie zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei Patienten mit Herzinfarkt, ischämischem Schlaganfall oder nachgewiesener peripherer arterieller Verschlusskrankheit nicht verordnungsfähig. Diese Regelung gilt allerdings nicht für Patienten mit pAVK-bedingter Amputation oder Gefäßintervention oder diagnostisch eindeutig gesicherter typischer Claudicatio intermittens mit Schmerzurückbildung in weniger als zehn Minuten bei Ruhe oder bei nachgewiesener Acetylsalicylsäure-Unverträglichkeit, soweit wirtschaftliche Alternativen nicht eingesetzt werden können. Auch Enzympräparate in fixen Kombinationen sind nach der Arzneimittelrichtlinie nicht verordnungsfähig, ausgenommen Pankreasenzyme zur Behandlung der chronischen, exokrinen Pankreasinsuffizienz oder bei Mukoviszidose sowie zur Behandlung der funktionellen Pankreasinsuffizienz nach Gastrektomie bei Vorliegen einer Steatorrhoe.

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.