

# 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.

## Kritik an **Psycho**-Gesprächsziffern könnte auch Hausärzten nutzen

Am 29. März 2017 hat der Erweiterte Bewertungsausschuss zwei Beschlüsse zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen gefasst, die auf Vorgaben im neuen Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) zurückgehen. Jeder Psychotherapeut muss demnach ab 1. April 2017 Sprechstunden und die Möglichkeit einer Akutbehandlung von mindestens insgesamt 100 Minuten in der Woche anbieten (s. Der Hausarzt 6/2017). Die vorgeschriebenen Zeiten muss er der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) melden und auf dem Anrufbeantworter der Praxis angeben. Die Terminservicestellen der KVen müssen auf dieser Grundlage eine zeitnah erforderliche Behandlung des Patienten vermitteln. Psychotherapeuten können Gespräche in der psychotherapeutischen Sprechstunde nach der neuen Nr. 35151 EBM und bei der Akutbehandlung nach Nr. 35152 EBM abrechnen. Beide Leistungen werden mit 42,75 Euro bei einer Gesprächszeit von mindestens 25 Minuten mit 42,75 Euro vergütet. Zusätzlich gibt es in Abhängigkeit von der Auslastung der Praxis einen Strukturzuschlag von 7,27 Euro, um die Personalausgaben zu decken.



Die Psychotherapeuten sind mit diesem Honorar nicht einverstanden und haben Klage angekündigt. In diesem Zusammenhang sei der Hinweis erlaubt, dass die (somatische) Gesprächsleistung der Hausärzte nach Nr. 03230 EBM mit 9,48 Euro pro zehn Minuten bewertet ist.

Das sind fiktiv 23,70 Euro pro 25 Minuten. Für die Psychosomatikleistungen nach den Nrn. 35100/35110 EBM gibt es 16,01 Euro für 15 Minuten. Das sind fiktiv 26,68 Euro für 25 Minuten. Beide Leistungsbereiche sind darüber hinaus budgetiert, während die neuen psychotherapeutischen Leistungen extrabudgetär vergütet werden.

Da der Klageführer die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sein wird, die Kosten des Verfahrens damit auch aus den Beiträgen der Hausärztinnen

und Hausärzte finanziert werden und die KBV allein schon nach ihrer Satzung verpflichtet ist, alle ihre Mitglieder gleich zu behandeln, müsste sich eine erfolgreiche Klage auch auf das völlig unterfinanzierte Gesprächshonorar der Hausärztinnen und Hausärzte auswirken.




**42,75  
Euro**  
Gesprächszeit  
von mindestens  
25 Minuten

# an n rechnet ab

## GOÄ: Wer kann das Langzeit-EKG abrechnen?

Die Nr. 659 GOÄ steht für die elektrokardiographische Untersuchung über mindestens 18 Stunden (Langzeit-EKG) – gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger Registrierung von Puls und Atmung – mit Auswertung. Erfolgt gleichzeitig eine Langzeitblutdruckmessung, kann man zusätzlich die Nr. 654 berechnen. In beiden Fällen handelt es sich um „Gebühren in besonderen Fällen“, für die nach Maßgabe des Paragraphen 5 GOÄ nur maximal der 2,5-fache oder 1,8-fache (Schwellenwert) des Gebührensatzes berechnungsfähig ist. Auch eine

Abdingung dieser Einschränkungen ist nach Paragraph 2 der GOÄ nicht möglich.

 Im Gegensatz zum EBM, wo es eine gebühren-technische Trennung zwischen


dem Anlegen und dem Auswerten des Langzeit-EKG gibt, honoriert die GOÄ die übliche automatisierte oder computergestützte Auswertung nicht gesondert. Die Nr. 659 GOÄ kann deshalb nur der „anlegende Arzt“ berechnen. Wird die in der Legende geforderte Auswertung von einem anderen Arzt vorgenommen, kann dieser dem Patienten keine eigene Liquidation erstellen. Hier muss eine Verrechnung im Innenverhältnis, also zwischen den beiden Ärzten, erfolgen. Als Orientierungswert kann man hier die Nr. 60 GOÄ für diese interne Verrechnung zugrunde legen. Übrigens: Die kontinuierliche Blutzuckermessung über mindestens 18 Stunden mit Auswertung ist gemäß der Abrechnungsempfehlung der Bundesärztekammer (34. Sitzung des Vorstandes am 25. Juni 2010) analog nach Nr. 659 GOÄ berechnungsfähig.



Fotos: sudokl - Fotolia, Daniel Berkmann - Fotolia

## Praxisschlüssel weg: So beugen Sie Abzocke vor!

Wenn sich die Praxistür plötzlich nicht öffnen lässt, kann das zu einem hohen Honorarausfall führen. Hier helfen in der Regel schnell und zuverlässig die verschiedenen Schlüsseldienste. Wenn dann die Rechnung kommt, sind aber Überraschungen möglich! Wer einen Schlüsseldienst beauftragt, muss für dessen Leistungen auch zahlen. Wurde vorab jedoch keine Vereinbarung über den Lohn getroffen, hat der Unternehmer nur Anspruch auf Zahlung der üblichen Vergütung. Dies hat das Amtsgericht Lingen entschieden (Az.: 4 C 529/16).

 In dem verhandelten Fall hatte ein Verbraucher einen Schlüsseldienst beauftragt, seine Tür zu öffnen. Darüber schloss er mit dem Schlüsseldienst auch einen Werkvertrag, allerdings ohne Absprache über den Preis. Der Schlüsseldienst stellte daraufhin eine Rechnung über 600 Euro, was dem Auftraggeber zu viel war. Vor Gericht forderte er deshalb mit Erfolg einen Teil des Geldes zurück. Nach Auffassung der Richter hätten die Parteien einen Werkvertrag über die konkrete Höhe der Vergütung abschließen müssen, vergleichbar einer Abdingung im ärztlichen Bereich. Geschieht dies nicht, bemisst sich die konkrete Höhe der Vergütung an der Empfehlung des Bundesverbandes Metall, die hier eine Pauschale zur Türöffnung von 75,60 Euro und eine Fahrtkostenpauschale von 36 Euro vorsieht. Die Forderung nach einer höheren Vergütung erfolgt somit ohne Rechtsgrund, weshalb sie der Kunde zurückfordern kann.

## Die EBM-Fälle: Wann Sie **Leistungen mehrfach berechnen** können



Der EBM unterscheidet zwischen Behandlungsfall, Krankheitsfall, Betriebsstättenfall und Arztfall. Alle konkretisiert der Abschnitt I.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM auf der Grundlage des Paragraphen 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä). Ein **Behandlungsfall** ist demnach die Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse. Es handelt sich somit um einen Quartalsfall, das heißt eine Leistung, deren Erbringung darauf eingeschränkt ist, kann definitiv nur einmal im Quartal berechnet werden. Dies gilt auch, wenn sich aus der zuerst behan-

delten Krankheit eine andere Krankheit entwickelt oder während der Behandlung hinzutritt oder wenn der Versicherte, nachdem er eine Zeit lang einer Behandlung nicht bedurfte, innerhalb desselben Kalendervierteljahres wegen derselben oder einer anderen Krankheit in derselben Praxis behandelt wird. Auch ein Wechsel des Versichertenstatus während des Quartals (neue Kasse, Wechsel von Mitglied zu Rentner) ändert daran nichts. Lediglich eine stationäre belegärztliche Behandlung ist grundsätzlich ein eigenständiger Behandlungsfall, selbst wenn in demselben Quartal derselbe Belegarzt den Patienten ambulant behandelt.



Der **Krankheitsfall** umfasst das aktuelle sowie die drei nachfolgenden Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Gebührenordnungsposition folgen. Frühestens mit Beginn des vierten Quartals, das auf das Kalendervierteljahr folgt, in dem der Krankheitsfall eingetreten ist, kann von einem neuen Krankheitsfall ausgegangen werden, wenn eine weitere oder erneute Behandlung erforderlich ist.

Der **Betriebsstättenfall** umfasst die Behandlung desselben Versicherten in einem Kalendervierteljahr durch einen oder mehrere Ärzte derselben Betriebsstätte oder derselben Nebenbetriebsstätte zu Lasten derselben Krankenkasse unabhängig vom behandelnden Arzt und betrifft in erster Linie Zweigpraxen und ausgelagerte Betriebsstätten einer Praxis. Eine beachtenswerte Besonderheit stellt der **Arztfall** dar. Er umfasst die Behandlung desselben Versicherten durch denselben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse unabhängig von der Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte. Leistungen die je Arztfall berechnungsfähig sind, können deshalb, wenn sie von verschiedenen Ärzten in einer Gemeinschaftspraxis oder einem MVZ am gleichen Patienten erbracht werden, ggf. mehrfach berechnet werden oder neben Leistungen, die daneben ausgeschlossen sind. Im hausärztlichen Bereich trifft dies in erster Linie auf die Nrn. 01430 und 01435 EBM zu. Sie sind neben der Versichertenpauschale ausgeschlossen, können aber zum Beispiel in einer BAG oder einem MVZ trotzdem berechnet werden, wenn diese Arzt-Patienten-Kontakte nicht mit dem Arzt zustande kommen, der die Versichertenpauschale mit seiner LANR abgerechnet hat.

### **Haben Sie Fragen** zur Abrechnung und/oder zur Praxisführung?

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