



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.

## Chirurgie in der GOÄ: Auf die Größe kommt es an

Nach den Allgemeinen Bestimmungen C VIII der GOÄ können bei ambulanter Durchführung von Operations- und Anästhesieleistungen in der Praxis niedergelassener Ärzte oder in Krankenhäusern für die erforderliche Bereitstellung von Operationseinrichtungen und Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge (z. B. Kosten für Operations- oder Aufwachräume oder Gebühren bzw. Kosten für wieder verwendbare Operationsmaterialien und -geräte) Zuschläge berechnet werden. Im Gegensatz zum EBM sind hier keine besonderen Auflagen zu beachten wie die raumhohe Kachelung des Zimmers, in dem die Eingriffe stattfinden.

für die ambulante Durchführung der Operation nach Nr. 443 GOÄ. Diesen Zuschlag kann man nur nach dem Einfachsatz von 43,72 Euro ansetzen. Die Exzision einer in oder unter der Haut oder Schleimhaut liegenden kleinen Geschwulst, wie eines Atheroms, kann hingegen nur nach Nr. 2403 GOÄ und ohne einen solchen Zuschlag berechnet werden (Einfachsatz 7,75 Euro). Hier spielt so gesehen auch der Größenbegriff eine Rolle.

Im Unterschied zum EBM enthält die GOÄ allerdings keine exakte Definition der Begriffe „klein“ und „groß“. Hilfsweise sollten deshalb die entsprechenden Maßangaben des EBM auch in der GOÄ zugrunde gelegt werden. Dort entspricht die Verwendung der Begriffe klein/groß, kleinflächig/großflächig, lokal/radikal und ausgedehnt bei operativen Eingriffen den Definitionen nach dem vom DIMDI herausgegebenen Schlüssel für Operationen und sonstige Prozeduren. Groß ist demnach größer als 3 cm in der Länge, 4 qcm in der Fläche, bis 4 qcm oder 1 cbcm lokal sowie mehr als 4 qcm oder 1 cbcm in der Ausdehnung. Nicht anzuwenden ist der Begriff „klein“ im EBM bei Eingriffen am Kopf und an den Händen. Dort gilt nur der Begriff „groß“. Übertrifft ein Atherom diese Größenordnungen, kommt ebenfalls die Nr. 2404 GOÄ nebst Zuschlag zum Einsatz.

### GOÄ-Abrechnungsbeispiel: Entfernung eines Lipoms oder größeren Atheroms

GOÄ	Legende	Euro
491	Infiltrationsanästhesie großer Bezirke	16,22
2404	Exzision einer größeren Geschwulst (z.B. Ganglion, Faszien- geschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom)	74,27
443	Zuschlag bei ambulanter Durchführung	43,72

Bei der Abrechnung wurde jeweils der Schwellensatz von 2,3 zugrunde gelegt. Die Op-Zuschläge darf man natürlich nur mit dem Einfachsatz berechnen. Die hier selbstverständlich zusätzlich berechnungsfähigen Beratungs- und Untersuchungsleistungen sind nicht berücksichtigt.



Leistungen dieser Art sind keineswegs ausschließlich typisch für die spezialisierte Praxis. Auch Leistungen, wie sie Hausärzte als „Kleine Chirurgie“ erbringen, sind zuschlagsberechtigt. Dies gilt z.B. für die Leistung nach Nr. 2404 GOÄ, die Exzision einer größeren Geschwulst (z.B. Ganglion, Faszien- geschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom). Die Leistung wird im Einfachsatz mit 32,29 Euro vergütet und hat den Zuschlag

# ann rechnet ab

## Alleiniger Kauf eines Arztsitzes steuerlich nicht absetzbar

Nach einem Urteil des Bundesfinanzhofes berechtigt der alleinige Kauf einer vertragsärztlichen Zulassung nicht zur steuerlichen Abschreibung. Nur wenn tatsächlich eine Praxis erworben wird, ist eine „Absetzung für Abnutzung“ (AfA) möglich (Bundesfinanzhof, Az.: VIII R 7/14 und VIII R 56/14).



Im konkreten Fall konnte für eine Praxis kein Nachfolger gefunden werden. Die Praxis wurde deshalb geschlossen und der Arztsitz an eine Gemeinschaftspraxis (BAG) veräußert. Diese übernahm das Patientenarchiv nicht, so dass laut Finanzhof hier kein „Chancenpaket“ übernommen werden kann. Wenn Praxis-Nachfolger nur Interesse an der vertragsärztlichen Zulassung haben, nutze sich die nach Auffassung der Richter nicht ab, und eine AfA ist deshalb ausgeschlossen.



Fotos: arsdigital - Fotolia

## Prävention: Formular ab Juli neu

**Empfehlung** 36  
zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V

1. Bewegungsgewohnheiten  
1. Ernährung  
1. Stressmanagement  
1. Suchtmittelkonsum  
1. Sonstiges

Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.  
Hinweise des behandelnden Arztes (z.B. Kontraindikationen, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)

2

Vertragsarztstempel / Unterschrift

1. Hier können die einzelnen Empfehlungen angekreuzt werden. Mehrfachnennungen sind möglich. Nicht aufgeführte Maßnahmen können unter „Sonstiges“ benannt werden.
2. Hier können Hinweise für den Patienten oder die Krankenkasse, nähere Angaben zu empfohlenen Maßnahmen oder bestehenden Kontraindikationen angegeben werden.

Laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) wird zum 1. Juli 2017 ein Formular zur Empfehlung von Präventionsleistungen eingeführt. Anhand dieses neuen **Musters 36** können niedergelassene Ärzte ihren Patienten Präventionsleistungen empfehlen, die diese bei ihrer Krankenkasse einreichen können. Ziel der neuen Maßnahme ist, verhaltensbezogene Risikofaktoren für bestimmte Erkrankungen zu senken. Die ärztlichen Empfehlungen sind in den Bereichen Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum sowie in einem Freitextfeld „Sonstiges“ möglich.



Die Einführung des neuen Formulars geht auf einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 21. Juli 2016 zurück, mit dem ein gesetzlicher Auftrag aus dem Präventionsgesetz umgesetzt wird. Die Formulare können über die üblichen Bezugswege bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) bestellt werden. Ab 1. Juli 2017 müssen sie mit den Quartalsupdates auch in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt sein. Inwieweit Krankenkassen solchen Empfehlungen folgen werden, bleibt abzuwarten.



## Diese Kosten sind im EBM **gesondert berechnungsfähig**

Nach den Allgemeinen Bestimmungen I.7.1 sind neben den einzelnen Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM - bezogen auf den hausärztlichen Bereich - **nicht gesondert berechnungsfähig**: allgemeine Praxiskosten, Kosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstanden sind, Kosten für Einmalspritzen, Einmalnadeln, Einmaltrachealtuben, Einmalabsaugkatheter, Einmalhandschuhe, Einmalrasierer, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula, Einmalküretten, Einmal-Abdecksets, Kosten für Reagenzien, Substanzen und Materialien für Laboratoriumsuntersuchungen, Versand- und Transportkosten, ausgenommen jene, die bei Versendungen von Arztbriefen (z.B. Befundmitteilungen, ärztliche Berichte nach der Gebührenordnungsposition 01600, Arztbriefe nach der Gebührenordnungsposition 01601) und im Zusammenhang mit Versendung im Rahmen der Langzeit-EKG-Diagnostik, Laboratoriumsuntersuchungen, Zytologie und Histologie entstehen. In Abschnitt I.7.3 finden sich dann konkret **nicht in den GOP enthaltene Kosten** wie Kosten für Arzneimittel, Verbandmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die nach der Anwendung verbraucht sind oder die der Patient zur weiteren Verwendung behält, Kosten für Einmalinfusionsbestecke, Einmalinfusionskatheter, Einmalinfusionsnadeln und Einmalbiopsienadeln sowie Telefonkosten, die entstehen, wenn der behandelnde Arzt mit dem Krankenhaus zu einer erforderlichen stationären Behandlung Rücksprache nehmen muss.



Alle unter Punkt I.7.3 genannten Artikel können über den Sprechstundenbedarf oder gesondert mit der Quartalsabrechnung geltend gemacht werden. Die Frage ist, wie Kosten gehandhabt werden, die weder unter Punkt I.7.1 noch I.7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM aufgelistet sind?

Nach einem vom BSG bestätigten LSG-Urteil Nordrhein-Westfalen (L 11 KA 44/06) sind Kosten von Materialien, welche nicht explizit dort genannt werden, gesondert berechnungsfähig. Beachtenswert sind hier allerdings die Bestimmungen unter **Punkt I.7.4**. Demnach erfolgt die Berechnung und Abgeltung der Kosten nach 7.3 nach Maßgabe der Gesamtverträge und das bedeutet, dass es hier regionale Unterschiede gibt. Im Zweifelsfall ist es deshalb ratsam, bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung anzufragen. Unabhängig davon sollte man beachten, dass auch Kosten für Leistungen, die selbst nicht be-

rechnungsfähig sind, geltend gemacht werden können. Das trifft im hausärztlichen Bereich etwa für die Infusionsbehandlung und den Versand von Berichten nach den Nrn. 01600/01601 EBM zu. Diese Leistungen sind in der Versicherungspauschale enthalten. Einmalinfusionsnadeln wie Butterfly oder Braunüle können aber berechnet oder über Sprechstundenbedarf bezogen werden und die Versand- oder Kopierkosten auch, die im Zusammenhang mit den genannten Berichten entstehen. Hier kommen aus dem Kapitel V.40.4 die Nrn. 40120 bis 40126 EBM (Portopauschalen) oder die 40144 EBM (Kostenpauschale für fotokopierte oder EDV-technisch reproduzierte Befundmitteilungen, Berichte, Arztbriefe und andere patientenbezogene Unterlagen ausschließlich für den mit- oder weiterbehandelnden oder konsiliarisch tätigen Arzt oder den Arzt des Krankenhauses, je Seite 0,13 Euro) zum Ansatz.