

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.

Diagnosekatalog für Notdienst-Ziffern: Nur wenige internistische Krankheitsbilder

Schon seit dem 1. April 2017 gibt es neue Abrechnungspositionen für die Tätigkeit im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst (Notdienst). Zu den Pauschalen nach den Nrn. 01210 und 01212 EBM wurden Zuschläge für die Behandlung von Patienten mit bestimmten Erkrankungen und/oder eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit vereinbart. Vermutlich um im Notdienst-Alltag mittlerweile aufgekommene Unklarheiten zu beseitigen, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nun einen Katalog von ICD-kodierten Diagnosen herausgebracht, der verdeutlichen soll, welche Erkrankungen zum Ansatz dieser neuen Zuschläge berechtigen.

 Die nun fertiggestellte Liste umfasst 186 Diagnosen, bei denen die Nrn. 01223 oder 01224 EBM (Zuschlag zur Nr. 01210 oder 01212 für Patienten mit bestimmten Diagnosen) berechnet werden können. 84 Diagnosen kommen für den Ansatz der Nr. 01226 EBM (Zuschlag zur Nr. 01212 für Patienten mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit, mit geriatrischem Versorgungsbedarf und bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern in der Nacht zwischen 19 und 7 Uhr und ganztägig an Wochenenden, Feiertagen und am 24. und 31.12.) hinzu. Enttäuschend sind dabei insbesondere die Inhalte der letztgenannten Liste, da der in der Legende der Nr. 01226 EBM aufgeführte

Personenkreis nur dann Anlass zur Berechnung der Zuschlagsnummer sein soll, wenn zusätzlich psychiatrische Erkrankungen vorhanden sind. Der Mehraufwand bei Säuglingen und Kleinkindern oder bei mangelhaften Deutschkenntnissen des Patienten ohne solche Diagnosen soll hingegen nicht vergütet werden.

Der größte Teil der Diagnoseliste (116 ICD-10 Codes) bezieht sich übrigens auf die Untergliederung der im Legendentext zugrunde gelegten Frakturen - und damit Leistungen, die üblicherweise im Krankenhaus erbracht werden. Erfreulich für den Arzt im Bereitschaftsdienst ist dabei, dass der Zuschlag hier nicht nur bei der Behandlung solcher Frakturen berechnet werden kann, sondern bereits die Diagnosestellung zur Abrechnung berechtigt.

Etwas dünner fällt leider die Liste für die mehr internistisch-neurologisch orientierten Krankheitsbilder aus. Hier fallen nur wenige Diagnosen auf, die im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst häufiger zu erwarten sind wie „Gehirnerschütterung“, „Grippe mit Pneumonie ohne Virusnachweis“ oder „Thrombophlebitis“, hier allerdings mit der Klarstellung, dass nur der Befall der Vena femoralis oder sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten zuschlagsberechtigt ist. Auch beim Behandlungsanlass „Hypertonie“ oder „Hypertensive Herzerkrankung“ muss

anrechnung rechnet ab

Fallbeispiel

ICD-10	I 10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
	I 20.0	Instabile Angina pectoris
	J 11.0	Grippe mit Pneumonie, Viren nicht nachgewiesen
	K 57.92	Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung

EBM	LEGENDE	EURO
01418	Besuch im organisierten Not(-fall)dienst	81,92
01210	Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst zwischen 07.00 und 19.00 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.)	12,64
01223	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01210 bei z.B. oben genannten Diagnosen	13,48

ODER		
01212	Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst zwischen 19.00 und 7.00 Uhr des Folgetages oder ganztätig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.	20,53
01224	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01212 bei z.B. oben genannten Diagnosen	20,53
01226	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01212 bei z.B. oben und/oder unten genannten Diagnosen	9,48

ICD-10		
F 05.1	Delir bei Demenz	
F 06.4	Organische Angststörung	
F 33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	
F 70.1	Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	

So könnte nach der neuen Diagnoseliste der KBV eine Abrechnung im Bereitschaftsdienst aussehen. Beachtenswert ist, dass der Zuschlag nach Nr. 01226 EBM nur neben dem Zuschlag nach Nr. 01224 EBM berechnungsfähig ist.

eine hypertensive Krise vorliegen, bei sonstigen Herzerkrankungen eine Angina pectoris, sonst darf man den Zuschlag nicht berechnen. Wie im Bereitschaftsdienst eine ICD-Differenzierung nach essentieller und sekundärer Hypertonie möglich sein soll, ist sicherlich fraglich. Das gilt auch für die Divertikulitis, die mit 16 unterschiedlichen ICD-10 Codes vertreten ist. Auch bei den Diagnose-Vorschlägen, die als Begründung für eine erschwerte Kommunikation herangezogen werden können, gibt es mehr Frage- als Ausrufezeichen. Hier werden „Halluzinosen“, „Organische Persönlichkeitsstörungen“, „Schizophrenie“, „Rezidivierende depressive Störungen“, aber auch „Anorexie“ oder „Bulimie“ aufgeführt. Selbst im Bereitschaftsdienst eher zu erwartende Diagnosen wie „Demenz“ oder auch „Nicht

näher bezeichnete Intelligenzminderung“ berechtigen nicht allein zur Abrechnung des Zuschlags nach Nr. 01226 EBM. Bei der Diagnose „Demenz“ zum Beispiel muss auch ein Delir vorhanden sein.

Inwieweit diese Liste „rechtsverbindlich“ oder gar Grundlage für das Prüfwesen ist, bleibt glücklicherweise offen. Der KBV sind wohl selbst Bedenken bei der Schaffung dieser Liste gekommen, denn im Rundschreiben an die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen vom 11. Juli 2017 betont sie, dass die Liste nicht verbindlich ist und nach Bedarf regional erweitert/angepasst werden kann. Das wiederum bedeutet, dass das Bereitschaftsdienst-Honorar in den jeweiligen KVen diesbezüglich bei identischen Leistungen sehr unterschiedlich ausfallen kann.

Qualitätssicherung Akupunktur weiter ausgesetzt

Die Partner des Bundesmantelvertrages hatten in einer Protokollnotiz zur Qualitätssicherungsvereinbarung geregelt, die Verpflichtung zur Überprüfung der ärztlichen Dokumentation nach Paragraph 6 der Vereinbarung bis zum 31. Dezember 2017 aussetzen und bis zum 30. Juni 2017 Beratungen über die Fortführung der Prüfung und gegebenenfalls weitere Maßnahmen aufzunehmen.

Mit dem GKV-Spitzenverband konnte bisher noch keine Einigung herbeigeführt werden, ob die Dokumentationsprüfungen im Rahmen der Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur weiterhin ausgesetzt bleiben (Vereinbarung nach Paragraph 135 Abs. 2 SGB V). Eine Abstimmung ist nun für Ende September 2017 vorgesehen. Bis zu diesem Zeitpunkt wird es keine Qualitätssicherungsprüfungen bei der Akupunktur geben.

Neue GOÄ mit eigenen Hausarztleistungen

Spätestens nach dem letzten Ärztetag scheint es klar: Die neue GOÄ kommt nach der Bundestagswahl im September dieses Jahres und damit voraussichtlich Anfang 2018. Das kann nach den Zusagen des amtierenden Gesundheitsministers Hermann Gröhe (CDU) in Freiburg wohl als versprochen angesehen werden. Es sei denn, es kommt zu einer völligen Regierungsneubildung.

Z Erfreulich aus hausärztlicher Sicht ist, dass diese neue „Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)“ Leistungsbestandteile enthält, die hausarzttypisch sind und deshalb auch nur Hausärzte berechnen dürfen. Da die neue GOÄ im Hinblick auf die Mengenentwicklung einem Monitoring unterworfen sein wird, das gewährleisten soll, dass eine

Steigerungsrate von 5,8 Prozent nicht überschritten wird, ist das für den hausärztlichen Bereich besonders wichtig.

Dieses Monitoring wird nämlich die Entwicklung einzelner Abrechnungspositionen beurteilen, so dass eine nachträgliche Leistungskürzung bei diesen neuen Leistungen, für die es aus der Vergangenheit keinen Vergleich gibt, nicht zu befürchten ist. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang insbesondere die Leistung „Hausärztliche Betreuung eines Patienten“, die man zweimal jährlich berechnen kann. Aber auch bei der Psychosomatik, der Palliativmedizin und der Geriatrie wurden Abrechnungspositionen geschaffen, die für den hausärztlichen Bereich als typisch angesehen werden können.



GOÄ	Leistungsbeschreibung
25	Sichtung und Bewertung von Vorbefunden sowie Einordnung der Vorbefunde in das Krankheitsbild ggf. auch in Abwesenheit des Patienten bei Aufnahme einer hausärztlichen Versorgung, einmal im Krankheitsfall
26	Hausärztliche Betreuung eines Patienten, zweimal im Kalenderjahr berechnungsfähig
29	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 26 bei Patienten mit mehr als einer chronischen Erkrankung
31	Betreuung, Aufklärung und Beratung von Angehörigen im Rahmen der Behandlung von palliativmedizinischen Patienten, bis 10 Minuten
32	... je weitere vollendete 10 Minuten
82	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment, bis zu dreimal innerhalb von drei Monaten berechnungsfähig
83	... je Sitzung bis zu zweimal berechnungsfähig
84	Anamnese und verbale Intervention im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung, je angefangene 10 Minuten
91	... je vollendete 10 Minuten
94	Zuschlag zur Nr. 84 oder 91 für die Behandlung einer akuten psychischen Dekompensation

Das sind die neuen, hausarzttypischen Leistungen in der neuen GOÄ, die voraussichtlich Anfang 2018 in Kraft treten soll. Die Bewertung der einzelnen Leistungen verhandeln derzeit Bundesärztekammer und Privatversicherung (PVS).

Bemessungsgrundlage für geringfügige Wirtschaftsgüter steigt

Wenn man davon ausgehen kann, dass sich in der Praxis angeschaffte Wirtschaftsgüter aufgrund ihres niedrigen Werts schnell abnutzen, können die Kosten direkt im Jahr der Anschaffung als Betriebsausgabe steuerlich geltend gemacht werden. Dazu zählen beispielsweise Kleinmöbel, Datenträger, kleinere Instrumente oder Laborbedarf. Bislang war das aber nur bis zu einem Betrag von 410 Euro netto möglich.

Z Ab dem 1. Januar 2018 wird diese Schwelle nun angehoben. Künftig können Anschaffungen bis zu einem Wert von 800 Euro netto sofort, vollständig und im gleichen Jahr steuerlich angesetzt werden. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die sogenannte Poolregelung. Alle Gegenstände, deren Anschaffungskosten zwischen 150,01 und 1.000 Euro betragen, können nämlich einen Sammelposten bilden. Dieser wird über fünf Jahre mit 20 Prozent jährlich abgeschrieben. Das bedeutet, dass die Anschaffungskosten gleichmäßig über fünf Jahre verteilt als

Betriebsausgaben geltend gemacht werden müssen. Für eine der beiden Varianten kann man sich jährlich neu entscheiden, ein Hin- und Herwechseln zwischen Sofortabschreibung und Sammelposten ist hingegen nicht möglich. Liegt die Nutzungsdauer eines Gegenstandes unter einem Jahr, betrachtet die Finanzverwaltung es als kurzlebiges Wirtschaftsgut. Solche Anschaffungen zählen zwar nicht zu den geringwertigen Wirtschaftsgütern, die Anschaffungskosten dürfen aber auch im gleichen Jahr als Betriebsausgabe vollständig angesetzt werden.