



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.

Substitutionstherapie geändert

Nach der Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) Mitte dieses Jahres ist die überarbeitete Richtlinie der Bundesärztekammer (BÄK) zur substitionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger in Kraft getreten (s. *Der Hausarzt 17*). Wesentliche ärztlich-therapeutische Belange fallen jetzt in die Richtlinienkompetenz der BÄK. Die Reform soll mehr Ärzte für die Substitutionsbehandlung gewinnen. Dazu wurden die Regeln stärker an die Versorgungsrealität angepasst. Der Bewertungsausschuss hat bereits den EBM geändert und eine bessere Vergütung ab 1. Oktober beschlossen.



Aufgrund eines größeren Anteils langjährig substituiert älterer Patienten kann das Substitutionsmittel nun auch in stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, in Gesundheitsämtern, in Alten- und Pflegeheimen sowie Hospizen gelagert und durch Ärzte, medizinisches Personal oder ambulante Pflegedienste zum unmittelbaren Verbrauch ausgegeben werden.

Der substituierende Arzt muss dazu mit den entsprechenden Einrichtungen schriftliche Vereinbarungen zur fachlichen Einweisung des Personals, Benennung einer verantwortlichen Person sowie Regelungen zu Kontrollmöglichkeiten treffen. Die Einrichtungen muss er nicht mehr regelmäßig persönlich aufsuchen. Stattdessen muss er sicherstellen, dass über die erfolgte Prüfung und die Nachweisführung des Verbleibs und Bestands von Betäubungsmitteln in den Einrichtungen unterrichtet wird. Dabei kann die Unterrichtung schriftlich oder elektronisch (zum Beispiel Fax oder E-Mail) erfolgen. Die bisherige Substituti-

onsbescheinigung entfällt vollständig. Neu ist ferner, dass eine Substitutionsbehandlung auch bei Hausbesuchen erfolgen kann, wenn der Patient wegen einer chronischen Pflegebedürftigkeit oder einer nicht im Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung stehenden Erkrankung nicht in die Praxis kommen kann. Eine Substitutionsbehandlung als alleiniger Grund für einen Hausbesuch ist nicht berechnungsfähig! Grundsätzlich muss der Arzt dem Patienten das verschriebene Substitutionsmittel zum unmittelbaren Verbrauch überlassen. Eine Mitgabe von Substitutionsmedikamenten aus dem Praxisbestand ist strafbar. Unter bestimmten Bedingungen kann der substituierende Arzt aber auch weiterhin das Substitutionsmittel zur eigenverantwortlichen Einnahme verschreiben. Diese „Take-home-Verschreibung“ wurde nun ausgeweitet und ist in begründeten Einzelfällen bis zu 30 Tage möglich. Bislang war ein solch langer Zeitraum nur für Aufenthalte im Ausland möglich. Ferner gilt, dass der substituierende Arzt das Substitutionsmittel weiterhin unter bestimmten Bedingungen zur eigenverantwortlichen Einnahme verschreiben kann (Paragraf 5 Abs. 8 und 9 BtMVV). Diese Take-home-Verschreibung ist mit der Ausgabe des Rezeptes an den Patienten bei einer persönlichen Konsultation verbunden. Eine weitere Neuerung betrifft Ärzte, die nicht die Mindestanforderungen an eine suchtmittelmedizinische Qualifikation erfüllen. Sie dürfen nun statt drei bis zu zehn Patienten mit Substitutionsmitteln behandeln.

anrechnung

Zeitbezogene Plausiprüfung: Nicht alle EBM-Leistungen betroffen



Paragraf 106a SGB V verpflichtet Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen (KV), die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung zu prüfen. Primäres Aufgreifkriterium für die arztbezogenen Plausibilitätsprüfungen ist der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand. Hierzu werden den einzelnen Gebührenordnungspositionen (GOP) im EBM im Anhang 3 zunächst Zeiten als untere Schwellenwerte zugeordnet, bei deren Unterschreitung die ordnungsgemäße Erbringung nicht mehr plausibel erscheint.

Auf dieser Grundlage können aus der vom Vertragsarzt eingereichten Abrechnung Rückschlüsse auf die für die Behandlungen aufgewendete Zeit gezogen werden. Das konkrete Verfahren zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen haben die KVen und Krankenkassen auf Bundesebene in Richtlinien festgelegt. Danach wird auf der Basis der abgerechneten GOP in Verbindung mit den zugehörigen Prüfzeiten ge-

mäß Anhang 3 für jeden Tag der ärztlichen Tätigkeit ein Tagesprofil erstellt und darüber hinaus zusätzlich die Quartalsarbeitszeit ermittelt. Auch GOP, die innerhalb eines definierten Zeitintervalls einer Abrechnungsbeschränkung unterliegen, zum Beispiel die quartalsbezogenen Komplexe und Pauschalen, werden in die Prüfung einbezogen. Beträgt die auf der Grundlage der Prüfzeiten ermittelte Arbeitszeit an mindestens drei Tagen des Quartals mehr als zwölf Stunden oder im Quartalsprofil mehr als 780 Stunden, werden ergänzende Abrechnungsprüfungen eingeleitet. Soweit es erforderlich ist, sind die Abrechnungen vorangegangener Quartale in die Prüfungen einzubeziehen.



Nicht alle EBM-Leistungen werden bei der Erstellung der Zeitprofile berücksichtigt: Ausgeschlossen sind Leistungen,

- die im organisierten Notfalldienst erbracht und auf dem Vordruck-Muster 19 abgerechnet wurden,
- die im Zusammenhang mit einer unvorhergesehenen Inanspruchnahme des Vertragsarztes außerhalb

Die folgenden Leistungen werden bei der Plausibilitätsprüfung nach Zeitvorgaben nicht berücksichtigt (Auswahl):

EBM	Legende	Euro
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten zwischen 19 und 22 Uhr, an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 7 und 19 Uhr	20,64
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten zwischen 22 und 7 Uhr, an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19 und 7 Uhr	32,96
01102	Inanspruchnahme des Vertragsarztes an Samstagen zwischen 7 und 14 Uhr	10,64
01411	Dringender Besuch wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt zwischen 19 und 22 Uhr oder an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 7 und 19 Uhr	49,39
01412	Dringender Besuch, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt oder zwischen 22 und 7 Uhr, an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19 und 7 Uhr oder bei Unterbrechen der Sprechstunden-tätigkeit mit Verlassen der Praxisräume	65,92
01415	Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal wegen der Erkrankung, noch am Tag der Bestellung ausgeführt	57,49
03030	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme zwischen 19 und 7 Uhr, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt	8,11

der Sprechstundenzeiten erforderlich wurden,


- die eine Unterbrechung der Sprechstunde und Verlassen der Praxis erforderlich machten und
- unverzüglich nach Bestellung durchzuführende dringende Besuche.

Die Tabelle fasst die im hausärztlichen Bereich häufig zu erwartenden GOP, die dieser Ausnahmeregelung unterliegen, zusammen.

Haben Sie Fragen zur Abrechnung oder Praxisführung?
 Mailen Sie der Redaktion: info@medizinundmedien.eu.
 Sie erhalten zeitnah eine persönliche Antwort. Allgemein relevante Themen werden anonymisiert veröffentlicht.

Wie Sie Ihren **Praxiswert** korrekt ermitteln

Leider gibt es keine rechtlich verbindliche Methode, um den Wert einer Praxis zu ermitteln, wenn man diese verkaufen will. Bundesgerichtshof (BGH) und Bundessozialgericht (BSG) haben aber – obgleich hier streng genommen nicht zuständig – für Klarheit gesorgt.

 Der BGH hat in einer Entscheidung vom 9.2.2011 (Az.: XII ZR 40/09) das reine Ertragswertverfahren für die Bewertung einer Arztpraxis als unzulänglich erklärt und auf die individuelle Berechnung des Unternehmerlohns verwiesen. Das BSG hat darauf aufbauend in einem Urteil vom 14.12.2011 (Az.: B 6 KA 39/10) die modifizierte Ertragswertmethode für die Ermittlung von Praxiswerten als geeignet anerkannt. Dieses Verfahren orientiert sich an dem Standard des Instituts der Deutschen Wirtschaftsprüfer (IDWS 1). Dabei wird die Arztpraxis unter zwei Aspekten beleuchtet. Der eine Aspekt ist die Frage, wie lange es dauern würde, die bewertete Praxis in al-

len Einzelteilen zu reproduzieren (Praxis-Rekonstruktion). Eine übliche Aufbau-phase erstreckt sich bei Hausarztpraxen über zwei bis vier Jahre. Dieser Aufwand lässt sich materiell bemessen. Der zweite Aspekt ist der Zeitraum, innerhalb dessen ein Übernehmer die Beziehungen zu den Patienten der Praxis auf sich selbst überträgt und einen eigenen „Goodwill“ (Anm. d. Red.: Geschäftswert) aufbaut. Das modifizierte Ertragswertverfahren zielt darauf ab, die für einen (theoretischen, durchschnittlichen) Erwerber einer Praxis die damit zu erzielenden Mehrerträge in der Zukunft zu ermitteln und auf die Gegenwart abzuzinsen, also zu diskontieren. Hierfür werden


- die in der Vergangenheit generierten Erfolge und Gewinne der Praxis kritisch beleuchtet,
- um individuelle, nicht auf einen Nachfolger übertragbare Erlöse und Kosten bereinigt,
- in eine plausible Prognoserechnung überführt,

- korrigiert um Zinsen, Fahrzeugkosten, kalkulatorische Abschreibungen und einen angemessenen Unternehmerlohn,
 - anschließend wird die Goodwill-Reichweite (der Kapitalisierungszeitraum) eingegrenzt,
 - der Kalkulationszins für die Diskontierung bestimmt,
 - mit diesen Variablen der ideelle Wert ermittelt,
 - der Substanzwert des Inventars berechnet und
 - mit dem ideellen Wert zum Gesamtwert der Arztpraxis zusammengeführt sowie ggf. um Forderungen und Verbindlichkeiten des Unternehmens ergänzt.
- Um den ermittelten materiellen Wert, der mit dem Verkehrswert bei der Praxisabgabe gleichzusetzen ist, wird dieser abschließend durch Heranziehung von Markt- und Erfahrungswerten auf Plausibilität überprüft. Der Nachteil der Methode ist, dass man sie nicht ohne professionelle Hilfe umsetzen kann. Das führt zu Kosten, die man bei erfolgreichem Abschluss aber durchaus refinanziert bekommt.

Zweitmeinung: Ärzte brauchen KV-Genehmigung

Vor bestimmten geplanten Eingriffen haben gesetzlich Versicherte Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung. Zunächst gilt das vor Tonsillektomien, Tonsillotomien sowie Hysterektomien. Für die Verfahrensregeln hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Zweitmeinungsrichtlinie beschlossen (s. *Der Hausarzt 17*). Dieser Anspruch wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz zum 23. Juli 2015 als neue vertragsärztliche Leistung in das SGB V aufgenommen. Der entsprechende Paragraph 27b SGB V gilt für vom G-BA zu benennende planbare Eingriffe.

Ziel ist es, das Risiko einer zu weiten Indikationsstellung bei bestimmten „mengenanfälligen“ Eingriffen, die nicht durchgängig medizinisch geboten sind, zu verringern. Dabei soll sich der Versicherte über die Notwendigkeit des Eingriffes und mögliche Behandlungsalternativen unabhängig beraten lassen können. Die Zweitmeinungsrichtlinie bezieht sich nur auf die in ihr benannten, planbaren Eingriffe.

 Alle Ärzte und Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, können eine Zweitmeinung leisten. Zudem werden im Gesetz auch zugelassene Krankenhäuser sowie zum Beispiel privatärztlich tätige Ärzte genannt, die nur zum Zweck der Zweitmeinung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Paragraph 27b SGB V).

Da Paragraph 27b SGB V jedoch eine arztbezogene besondere Expertise fordert und die Zweitmeinung als vertragsärztliche Leistung bestimmt, ergibt sich die Notwendigkeit eines Genehmigungsverfahrens durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung (KV).