



Auch Fachärzte können ab Juli Hausbesuche delegieren

- Wechsel von Praxis-IT-Systemen wird unkomplizierter
- Neue Internetseite hilft bei der Diagnosekodierung
- Neue Beitragsberechnung in der gesetzlichen Krankenversicherung
- Ambulante Palliativmedizin wird ausgebaut
- ZiPP-Befragung zu Praxiskosten

Auch Fachärzte können ab Juli Hausbesuche delegieren



Der Ausbau der Kooperation mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen hilft bei der Bewältigung der wachsenden Zahl ambulanter Behandlungen.

Hausbesuche von in Facharztpraxen tätigen nichtärztlichen Praxisassistenten sind seit 1. Juli 2017 abrechenbar. Bislang wurden ausschließlich deren Visiten in Alten- und Pflegeheimen vergütet. Einen entsprechenden Beschluss hat der Bewertungsausschuss gefasst.

»Damit besteht eine weitere Möglichkeit für Ärzte, Leistungen an qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten zu delegieren«, hob KBV-Chef Dr. Andreas Gassen hervor. Der Ausbau der Kooperation mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen sei ein wichtiges Anliegen der KBV und ein Weg, um die wachsende Zahl ambulanter Behandlungen auch künftig in hoher Qualität bewältigen zu können. Wichtig sei, dass der Arzt die Behandlung koordiniere, damit keine Schnittstellenprobleme entstünden.

Zwei neue Zuschläge

Zur Abrechnung der Hausbesuche werden in das EBM-Kapitel 38 (Delegierbare Leistungen) zwei neue Gebührenordnungspositionen (GOP) 38202 und 38207 aufgenommen. Sie werden als Zuschläge zu den GOP für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismit-

arbeitern (Wegepauschalen GOP 38100 und 38105) gezahlt – extrabudgetär und damit ohne Mengengrenzung.

Die zwei neuen Zuschläge können nur von (bestimmten) Fachärzten berechnet werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit hatte den Bewertungsausschuss aufgefordert, diese Nachbesserung im Kapitel 38 für die Fachärzte bis zum 1. Juli 2017 umzusetzen.

17,48 Euro für den Hausbesuch

Damit ist der Hausbesuch eines nichtärztlichen Praxisassistenten mit insgesamt 166 Punkten (17,48 Euro) bewertet, der Mitbesuch mit insgesamt 122 Punkten (12,85 Euro). Genauso viel erhalten Fachärzte, wenn ein Assistent Patienten in einem Pflegeheim aufsucht. Eine solche Konsultation ist bereits seit einem Jahr möglich. Auch hier erfolgt die Abrechnung über einen Zuschlag zu den GOP 38100 und 38105 (GOP 38200 und 38205).

Fachärzte benötigen Genehmigung

Fachärzte, die Haus- und Pflegeheimbesuche an einen nichtärztlichen Praxisassistenten delegieren und abrechnen wollen, benötigen eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung. Dabei müssen sie erklären, dass sie einen

Assistenten mit mindestens 20 Wochenstunden beschäftigen und dieser über die geforderte Qualifikation und Erfahrung verfügt. Eine Mindestanzahl von Behandlungsfällen ist keine Voraussetzung.

Fachärzte, die bereits einen Assistenten beschäftigen, müssen keine neue Genehmigung beantragen. Sie können nunmehr auch Hausbesuche delegieren, wenn sie dies für sinnvoll erachten.

Hausärzte profitieren seit 2015

Hausärzte profitieren bereits seit Anfang 2015 von einer Förderung der Delegation ärztlicher Leistungen an qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten und können entsprechende Leistungen des Kapitels 3 abrechnen. Für kleine Hausarztpraxen, die nichtärztliche Praxisassistenten beschäftigen aber die geforderten Mindestfallzahlen im Kapitel 3 nicht erreichen, besteht seit einem Jahr die Möglichkeit, den Zuschlag für Pflegeheimbesuche (GOP 38200 und 38205) abzurechnen. (spa) ■

Quelle: KBV

Nichtärztliche Praxisassistenten in Facharztpraxen: Abrechnung von Pflegeheim- und Hausbesuchen

	Seit 1. Juli 2016: Pflegeheimbesuch		Neu seit 1. Juli 2017: Hausbesuch	
	GOP	Bewertung (Punkte)	GOP	Bewertung (Punkte)
1. Patient	38100	76	38100	76
	38200	90	38202	90
Weiterer Patient	38105	39	38105	39
	38205	83	38207	83

Fachärzte, die keinen genehmigten Praxisassistenten beschäftigen, können auch weiterhin die GOP 38100 / 38105 abrechnen. Sie erhalten allerdings keine Zuschläge.

Wechsel von Praxis-IT-Systemen wird unkomplizierter

Der Wechsel von Praxis-IT-Systemen soll für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten künftig leichter werden. Somit soll sich auch die Anbindung von Zusatzmodulen flexibler gestalten. Dazu hat der Deutsche Bundestag jetzt einen entsprechenden Beschluss gefasst.

Die KBV begrüßt diesen »wichtigen Schritt« des Gesetzgebers. »Wir haben uns immer für eine Interoperabilität zwischen den Praxisverwaltungssystemen eingesetzt«, betonte Dr. Thomas Kriedel, Mitglied des KBV-Vorstands. Durch offene und einheitlich definierte Schnittstellen sei es möglich,

dass Softwareänderungen, die unter anderem durch gesetzliche Änderungen erforderlich sein können, in allen Systemen in gleicher Weise erfolgten, fügte Kriedel hinzu. Dadurch seien die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten nicht einseitig an einen Anbieter gebunden.

Gesetz vor Sommerpause in den Bundesrat

Die nunmehr in dritter Lesung vom Bundestag beschlossene Neufassung des Paragraphen 291 d findet sich im »Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten«. Das Gesetz geht voraussichtlich noch vor der Sommerpause in den Bundesrat.

Die Hersteller werden darin verpflichtet, innerhalb von zwei Jahren »offene und standardi-

sierte« Schnittstellen für die Archivierung von Patientendaten und für den Systemwechsel zu schaffen. Die Frist läuft, sobald eine entsprechende Schnittstelle von der Selbstverwaltung empfohlen wird. Das Bundesgesundheitsministerium behält sich vor, auch andere Schnittstellen per Rechtsverordnung festzulegen. (spa) ■

In der Psychotherapie gelten neue Gebührenordnungspositionen



Das Honorar für Psychotherapeuten steigt. Die bisher gültigen GOP werden zum 1. Juli gestrichen.

Psychotherapeuten müssen ihre Abrechnung ab 1. Juli 2017 auf neue Gebührenordnungspositionen umstellen. Im Zuge der Strukturreform wurde der EBM-Abschnitt 35.2 umgebaut. Betroffen sind die Einzel- und Gruppentherapien sowie Strukturzuschläge.

Ein wesentlicher Grund für die angepasste Struktur ist die Vielzahl an neuen Gebührenordnungspositionen (GOP) vor allem für die Gruppentherapien: Für jede Gruppengröße gibt es ab dem 1. Juli eine eigene GOP. Außerdem wurden die Gruppenleistungen neu bewertet – im Durchschnitt steigt das Honorar um etwa 20 Prozent.

Drei Abschnitte in 35.2

Um trotzdem alle Leistungen übersichtlich und systematisch abbilden zu können, wird der Abschnitt 35.2 im EBM in drei Abschnitte unterteilt: 35.2.1 für Einzeltherapien (GOP 35401 bis 35425), 35.2.2 für Gruppentherapien (GOP 35503 bis 35559) und 35.2.3 für Zuschläge (GOP 35571,

35572, 35573). Infolgedessen erhalten alle Leistungen neue Gebührenordnungspositionen.

Neue GOP auch für Testverfahren

Von der Umstrukturierung betroffen ist auch der Abschnitt 35.3: Die darin enthaltenen psychodiagnostischen Testverfahren bekommen ebenfalls neue GOP. Alle anderen GOP des EBM-Abschnitts 35.1 bleiben unverändert. Dazu zählen auch die probatorische Sitzung (GOP

35150), die Psychotherapeutische Sprechstunde (GOP 35151) und die Psychotherapeutische Akutbehandlung (GOP 35152).

Software-Update einspielen

Die bisher gültigen GOP werden zum 1. Juli gestrichen. Die Abrechnung erfolgt dann nach der neuen Systematik mit den neuen GOP. Die Änderungen werden mit einem Software-Update im Praxisverwaltungssystem umgesetzt.

Übersicht für Psychotherapeuten zum Herunterladen

Die KBV hat für die drei anerkannten Therapieverfahren – analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie – auf jeweils einer Seite die neuen GOP dargestellt. Die PDF-Dokumente können kostenlos heruntergeladen werden. (spa) ■

Quelle: KBV

Neue Internetseite hilft bei der Diagnosekodierung

Ärzte, die Hilfe bei der Diagnosekodierung benötigen, können jetzt ein neues Hilfsmittel des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) nutzen.

Wie das Zi heute mitteilte, ist eine neue Internetseite (<http://www.zi.de/cms/projekte/analysetools/zi-diagnosen-portal/>) freigeschaltet, die Ärzten bei der Kodierung mit der ICD-10-GM eine alltagstaugliche Hilfe an die Hand gibt.

Die Kriterien und Hinweise des Zi wurden in langjähriger

Arbeit und unter Beteiligung von Ärzten der verschiedenen Fachgebiete erarbeitet. Inzwischen wurden rund 90 Prozent aller ICD-10-Kodes bearbeitet. Abgerundet wird das Angebot durch fachliche Erläuterungen zu den jeweiligen Kodierungen, die vom Zi oder dem Deutschen Institut für Medizinische Do-

kumentation und Information (Dimdi) stammen.

»Nach unserer Kenntnis gibt es keine andere Kodierhilfe, die so tiefgehend und detailliert den Kode der ICD-10-GM darstellt und den Benutzer auf Besonderheiten im Einzelfall aufmerksam macht«, betonte heute Zi-Geschäftsführer Dominik Graf von Stillfried.

Die Seite ist werbefrei und lässt sich sowohl am PC als auch

an mobilen Endgeräten, wie Tablets oder Smartphones, leicht bedienen. Die Suche erfolgt über die Eingabe eines Suchbegriffs oder durch Navigation entlang der Struktur der ICD-10-GM. (spa) ■

Quelle: Deutsches Ärzteblatt

Gesetzliche Krankenversicherung: Neue Beitragsberechnung für Selbständige ab 2018

Die Beitragsbemessung für freiwillig versicherte Selbständige in der gesetzlichen Krankenversicherung ändert sich ab 1. Januar 2018. Bisher wurde der letzte Einkommensteuerbescheid für die Berechnung des Beitrags zugrunde gelegt bis ein neuer Bescheid vorlag.

Künftig zahlen Selbständige einen Abschlag, ähnlich einer Steuervorauszahlung. Der tatsächliche Beitrag wird anhand des Einkommensteuerbescheides des jeweiligen Jahres unter Verrechnung der gezahlten Vorauszahlungen abgerechnet.

Neue Regelung verhindert künftig Beitragsoptimierung

Die KV-Beiträge wurden bisher nur für die Zukunft angepasst. Dies eröffnete relativ leicht die Möglichkeit einer »Beitragsoptimierung«. Folgte auf ein Jahr mit niedrigen Gewinnen ein erfolgreiches Jahr, konnte man die Steuererklärung besonders spät abgeben um den niedrigen Beitrag beizubehalten. Umgekehrt konnten hohe Beiträge bei sinkenden Gewinnen mit einer zeitnahen Abgabe der Steuererklärung kurzfristig gesenkt werden. Die Zeitspanne mit besonders niedrigen Beiträgen konnte damit bewusst in die Länge gezogen werden. Diese Art der Beitragsoptimierung fällt durch

die Neuregelung weg.

Beiträge berechnen sich nach den tatsächlichen Einkünften

Die Höhe der Abschläge richtet sich wie bisher aus dem zuletzt eingereichten Einkommensteuerbescheid. Da die Beiträge künftig vorläufig festgesetzt werden, erfolgt die Abrechnung rückwirkend anhand des eingereichten Einkommensteuerbescheides für das jeweilige Kalenderjahr. Künftig sind somit sowohl Nachforderungen als auch Erstattungen möglich. Bisher konnte die Krankenkasse nur bei der verspäteten Einreichung des Steuerbescheides die zu niedrigen Beiträge für die Zeit seit Ausstellung des Bescheides rückwirkend nachfordern. Eine Erstattung zu Ihren Gunsten bei negativer Einkommensentwicklung war jedoch bisher nicht möglich.

Hinweis: Wird der Einkommensteuerbescheid künftig nicht innerhalb von drei Jahren unaufgefordert bei der Krankenkasse eingereicht, wird automatisch der

Höchstbeitrag festgesetzt!

Beitragsbemessung: Mindest- und Höchstekommen bleiben

Die Höhe des beitragspflichtigen Mindest- und Höchstekommens orientiert sich weiterhin an der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung sowie an der Bezugsgröße in der Sozialversicherung. Letztere wird jedes Jahr aus dem Durchschnittsverdienst aller Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung neu berechnet. Außerdem wird weiterhin die gesamte Leistungsfähigkeit berücksichtigt: Bis zum Höchstbetrag müssen also auch Beiträge auf beispielsweise Mieteinnahmen oder Kapitalerträge gezahlt werden.

Die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung stellt aktuell im Jahr 2017 mit 4350 Euro monatlich (Jahreseinkommen/ 12 Monate) auch die maximale Bemessungsgrundlage für den Krankenkassenbeitrag dar, auch wenn die tatsächlichen Einkünfte höher sind.

Geringverdienende Selbständige werden durch die Neuregelung nicht entlastet. Für hauptberuflich Selbständige berechnet sich

das fiktive Mindesteinkommen prozentual aus der Bezugsgröße in der Sozialversicherung, auch wenn das tatsächliche Einkommen geringer ist. Im Jahr 2017 beträgt dieses fiktive Mindesteinkommen 2231,25 Euro monatlich. Entlastung bietet hier nur noch die Härtefallregelung, die auf Antrag und unter besonderen Voraussetzungen eine Beitragseinstufung mit einem monatlichen Mindesteinkommen von derzeit 1487,50 Euro ermöglicht.

Insgesamt eine gerechtere Lösung

Durch den Wegfall der Beitragsoptimierung ist die neue Lösung letztlich gerechter, da sie auf die tatsächlich erzielten Einkünfte des Kalenderjahres abstellt. Durch Nachforderung und Erstattung wird dem Prinzip der Leistungsfähigkeit des Versicherten mehr Beachtung geschenkt. Kritikpunkt bleibt jedoch für hauptberuflich selbständig Tätige das fiktive Mindesteinkommen. (pre) ■

Hochwasser in Niedersachsen: Unterstützung der Geschädigten durch steuerliche Maßnahmen



Durch die massiven Regenfälle Ende Juli 2017 und die damit verbundenen Überschwemmungen (Hochwasser) sind in weiten Teilen Süd-Niedersachsens beträchtliche Schäden entstanden. Die Beseitigung dieser Schäden wird bei vielen Steuerpflichtigen zu erheblichen finanziellen Belastungen führen. Zur Unterstützung der Opfer dieser Katastrophe hat das Niedersächsische Finanzministerium Erleichterungen bekannt gegeben. Sie gelten bis zum 30. November 2017.

Zu den wichtigsten Möglichkeiten für Steuererleichterungen gehören die Anpassung der Vorauszahlungen auf die Einkommen- und Körperschaftsteuer, die Stundung fälliger Steuern des Bundes und des Landes bis zum 30. November

2017 sowie der Verzicht auf Vollstreckungsmaßnahmen und Säumniszuschläge.

Im Rahmen der gesetzlichen Regelungen können Betroffene beispielsweise notwendige Aufwendungen für die Wiederbeschaffung von Hausrat

und Kleidung sowie für die Beseitigung von Schäden an der eigengenutzten Wohnung im eigenen Haus als außergewöhnliche Belastung geltend machen. Arbeitnehmer können die als außergewöhnliche Belastungen abziehbaren Aufwendungen auch schon im Rahmen des Lohnsteuerabzugs als einen vom Arbeitslohn abzuziehenden Freibetrag berücksichtigen lassen.

Für Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetriebe, Vermietung und Verpachtung sowie selbständige

Arbeit verschaffen die Bildung steuerfreier Rücklagen und Abschreibungserleichterungen bei Ersatzbeschaffung unbürokratische Hilfe. Sind unmittelbar durch das Hochwasser Buchführungsunterlagen und sonstige Aufzeichnungen vernichtet worden oder verloren gegangen, sind hieraus steuerlich keine nachteiligen Folgerungen zu ziehen. Auch eine Stundung oder ein Erlass der Grund- oder Gewerbesteuer in möglich.

Darüber hinaus wird bei steuerlichen Nachweispflichten großzügig verfahren. Dies gilt auch für Spendennachweise. So genügt für den Nachweis der Zuwendungen der Barzahlungsbeleg, die Buchungsbestätigung des Kreditinstituts oder der PC-Ausdruck bei Online-Banking.

Betroffenen wird empfohlen, sich wegen möglicher steuerlicher Hilfsmaßnahmen mit ihrem Steuerberater in Verbindung zu setzen. Dieser wird in Anlehnung an das Schreiben des Niedersächsischen Finanzministeriums mit dem Finanzamt oder der Gemeinde abstimmen, welche Maßnahmen im konkreten Einzelfall gelten. (en) ■

Entlassmanagement kommt zum 1. Oktober

Ab dem 1. Oktober können Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements Arzneimittel für den Bedarf von sieben Tagen verordnen. Darauf haben sich der GKV-Spitzenverband, die KBV und die Deutsche Krankenhausgesellschaft verständigt.

Krankenhäuser sind ab Oktober verpflichtet, jedem Patienten ein Entlassmanagement für eine lückenlose Anschlussversorgung anzubieten. Dazu soll das Krankenhaus feststellen, welche ambulanten Leistungen unmittelbar nach der Klinikentlassung erforderlich sind und diese einleiten. Der weiterbehandelnde Facharzt ist darüber rechtzeitig zu informieren. Neu ist ferner, dass Klinikärzte in begrenztem Umfang Verordnungen ausstellen und Arbeitsunfähigkeiten bescheinigen dürfen.

So können sie beispielsweise Arzneimittel in der kleinsten Packungsgröße verschreiben, um die Übergangsphase von der stationären in die ambulante Versorgung zu überbrücken.

Die Verpflichtung zum Entlassmanagement geht auf eine Vorgabe des Gesetzgebers im Versorgungsstärkungsgesetz zurück. Ursprünglich sollte es bereits in 2016 beginnen, Details wurden jedoch erst jetzt festgelegt. (spa) ■

Quelle: KBV

Gewerbesteuergefahr bei Anstellung von Ärzten?



Einkünfte eines niedergelassenen Arztes/einer Ärztin zählen grundsätzlich als Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit zu den »Einkünften aus selbstständiger Arbeit«.

Dies gilt auch, wenn sich der/ die Mediziner(in) der Mithilfe »fachlich vorgebildeter Arbeitskräfte« bedient.

Für einen Arzt ist zu berücksichtigen, dass er eine höchstpersönliche, individuelle Arbeitsleistung am Patienten schuldet und deshalb einen wesentlichen Teil der Dienstleis-

tung selbst übernehmen muss. Dafür reicht es aus, dass er aufgrund seiner Fachkenntnisse durch regelmäßige und eingehende Kontrolle maßgeblich auf die Tätigkeit seines angestellten Fachpersonals Einfluss nimmt.

Um Gewerblichkeit zu vermeiden sollten für die Gestaltung von Arbeitsverhältnissen

mit angestellten Ärzten v.a. folgende Kriterien erfüllt sein:

- Der Praxisinhaber gewinnt eine Vorstellung von den Rahmenbedingungen der Behandlung (beispielsweise durch eine selbst durchgeführte Voruntersuchung).
- Der Praxisinhaber macht dem angestellten Arzt eine Rahmenvorgabe, zum Beispiel die Definition der Behandlungsmethode.
- Der Praxisinhaber behält sich die Selbstbehandlung problematischer Fälle vor.

Wird die Grenze zur Gewerblichkeit überschritten, gilt bei einer Einzelpraxis der Gewinnanteil, der auf den angestellten Arzt entfällt, als gewerblich. Der Anteil des Praxisinhabers kann weiterhin als Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit versteuert werden. Informationen zu weite-

ren Aspekten der Anstellung von Ärzten finden Sie z.B. auf der Homepage der KVMV.

Übt der Arzt seine Tätigkeit zusammen mit Dritten in einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) aus, kann die Grenze zur Gewerblichkeit schnell überschritten werden. Dies ist dann der Fall, wenn ohne leitende und eigenverantwortliche Beteiligung der Mitunternehmer-Gesellschafter Einkünfte aus ärztlichen Leistungen erzielt werden. Bei Gesellschaften ist dann der komplette Gewinn als Einkünfte aus Gewerbebetrieb zu versteuern. Wenden Sie sich bei Planungen zur Anstellung oder Kooperation vorab an Ihren Steuerberater, um sich hinsichtlich der Vermeidung gewerbesteuerlicher Risiken beraten zu lassen. ■

Neue Leistungen im EBM: Ambulante Palliativmedizin wird ausgebaut

Die ambulante Palliativversorgung durch Haus- und Fachärzte wird ausgebaut. Dazu werden zum 1. Oktober mehrere neue Leistungen in den EBM aufgenommen. Darauf haben sich KBV und Krankenkassen am Dienstag im Bewertungsausschuss geeinigt.

Damit können Patienten noch in diesem Jahr im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung behandelt werden. Anfang des Jahres hatten die KBV und der GKV-Spitzenverband eine entsprechende Vereinbarung als Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte geschlossen.

Der Bewertungsausschuss hat nunmehr die Vergütung für die neuen Leistungen festgelegt. Dazu gehören die palliativmedizinische Ersterhebung und die Koordination der medizinischen und pflegerischen Versorgung der schwerstkranken

Patienten. Auch der Zeitaufwand für längere Hausbesuche, Fallkonferenzen sowie die Erreichbarkeit des Arztes in kritischen Phasen werden vergütet. Die Honorierung erfolgt extrabudgetär.

Ärzte benötigen Abrechnungsgenehmigung

Der Beschluss des Bewertungsausschusses sieht acht neue Gebührenordnungspositionen (GOP) vor, die ab Oktober im neuen Abschnitt 37.3 aufgeführt sind. Ärzte benötigen für die Berechnung bestimmter Leistungen, zum Beispiel der Koordinationspauschale, eine

Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Die Anforderungen sind in der Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag geregelt.

Neue GOP für Ersterhebung und Koordination

Zu den neuen Leistungen gehört die palliativmedizinische Ersterhebung, bei der der Arzt anhand eines Assessments den individuellen palliativen Bedarf des Patienten ermittelt, zum Beispiel für eine Schmerztherapie. Die Leistung wird mit 41,28 Euro (GOP 37300: 392 Punkte) vergütet und kann einmal im Krankheitsfall abgerechnet werden.

Für die Koordination der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung

erhalten die teilnehmenden Haus- und Fachärzte einen Zuschlag zur Versichertenbeziehungswise Grundpauschale von 28,96 Euro (GOP 37302: 275 Punkte). Hierbei geht es vor allem um die Zusammenarbeit mit Palliativdiensten, SAPV-Teams und Hospizen.

150 Euro für Rufbereitschaft

Die KBV konnte ferner durchsetzen, dass die Ärzte für die telefonische Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft außerhalb der Sprechstundenzeiten eine einmalige Vergütung von 150 Euro erhalten. »Gerade in den letzten Tagen des Lebens kann es eine kritische Phase geben, wo es wichtig ist, dass der Patient und seine Angehörigen wissen, dass sie

➔ im Notfall auch nachts oder am Wochenende ihren Arzt konsultieren können«, erläuterte der stellvertretende KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Stephan Hofmeister.

Die Zeiten, wann der Arzt erreichbar ist, stimmt er mit den Patienten, den Angehörigen oder den Pflegekräften ab. Die Abrechnung erfolgt über die GOP 37317 (1.425 Punkte). Längere Telefonate mit dem Pflegepersonal, dem ärztlichen Bereitschaftsdienst oder den Angehörigen außerhalb der Sprechstundenzeiten werden ebenfalls vergütet (GOP 37318: 213 Punkte / 22,43 Euro).

Zuschlag zu Hausbesuchen

Erfolgt die palliativmedizinische Betreuung des Patienten zu Hause, im Pflegeheim oder im Hospiz können Ärzte Zuschläge zu den Hausbesuchen von jeweils 13,05 Euro (124 Punkte) berechnen. Die Vergütung (GOP 37305) erfolgt als Zuschlag zum Besuch (GOP 01410)

oder Mitbesuch (GOP 01413) und ist je vollendete 15 Minuten berechnungsfähig.

Der Zuschlag kann bis zu sechsmal am Behandlungstag, also für Besuche von bis zu 1,5 Stunden berechnet werden. Im Falle von dringenden Besuchen (GOP 01411, 01412 und 014110) ist zukünftig der neue Zuschlag (GOP 37306: 124 Punkte/13,05 Euro) je Besuch ansetzbar. Die Zuschläge zu den Besuchen sowie Fallkonferenzen (GOP 37320, 64 Punkte / 6,74 Euro) können alle an der Versorgung von Palliativpatienten beteiligten Ärzte abrechnen. Eine Genehmigung der KV ist dafür nicht erforderlich.

Pauschale für Konsiliarärzte

Ein weiterer Bestandteil des neuen EBM-Abschnitts 37.3 ist eine Pauschale für die konsiliarische Erörterung komplexer Fragestellungen. Konsiliarisch tätige Ärzte mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin können diese GOP abrechnen

(GOP 37314: 106 Punkte / 11,16 Euro), wenn sie von einem palliativmedizinisch betreuenden Haus- oder Facharzt wegen einer speziellen Fragestellung zu Rate gezogen werden, aber nicht den Patienten visitieren.

Extrabudgetäre Vergütung

Die GOP des Abschnitts 37.3 werden extrabudgetär zu festen Preisen vergütet; zunächst für zwei Jahre. Darüber hinaus empfiehlt der Bewertungsausschuss den Vertragspartnern auf Landesebene, ab Oktober auch die palliativmedizinischen Leistungen in den haus- und kinderärztlichen EBM-Kapiteln (Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5) für zwei Jahre extrabudgetär zu honorieren.

Bestehende Regelungen bleiben unberührt

Von der Vereinbarung (Anlage 30 zum BMV-Ä) bleiben bestehende regionale Regelungen zur Palliativversorgung unberührt. Auch die palliativ-

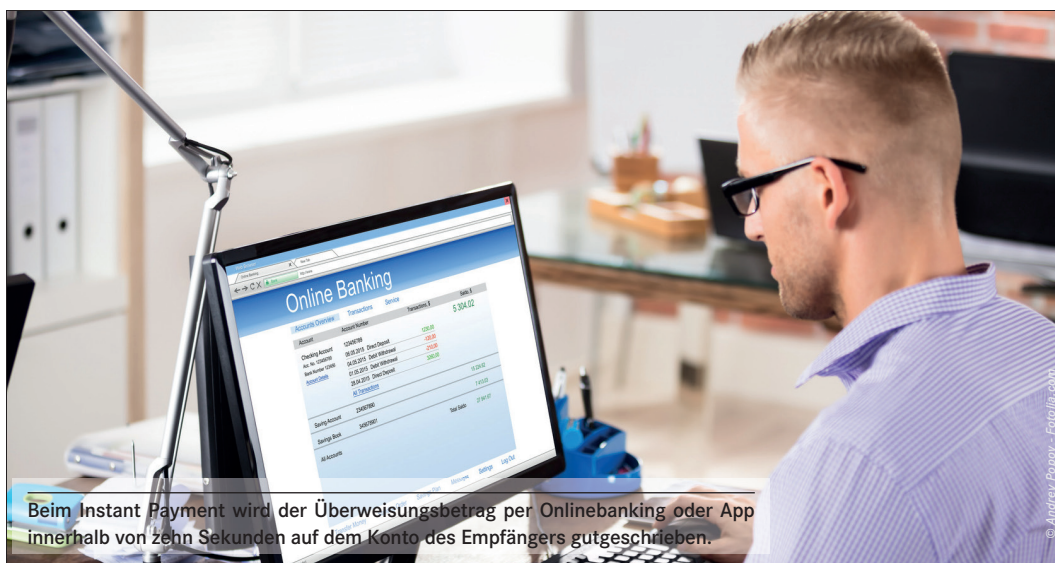
medizinischen Leistungen in den haus- und kinderärztlichen EBM-Kapiteln können weiter abgerechnet werden – allerdings bestehen entsprechende Berechnungsausschlüsse zu den neuen GOP.

Umsetzung des Hospiz- und Palliativgesetzes

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz hatten KBV und Krankenkassen den Auftrag erhalten, im Bundesmantelvertrag die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung festzulegen. Ziel ist es, die Übergänge zwischen kurativer Behandlung und palliativmedizinischer Versorgung sowie SAPV fließend zu gestalten. Zudem soll die Palliativversorgung flächendeckend etabliert werden. (spa) ■

Quelle: KBV

Echtzeitüberweisung startet 2018



Beim Instant Payment wird der Überweisungsbetrag per Onlinebanking oder App innerhalb von zehn Sekunden auf dem Konto des Empfängers gutgeschrieben.

Banküberweisungen dauern heute einen bis mehrere Tage. Ab 2018 können Bankkunden Geldbeträge innerhalb von wenigen Sekunden auf ein anderes Konto überweisen.

Ab November gilt europaweit ein einheitlicher Rechtsrahmen für Echtzeitüberweisungen

(Instant Payments), sagte der Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes deutscher Banken, Michael Kemmer, gegenüber der Deutschen Presse-Agentur. Verpflichtend ist das Verfahren für die Banken allerdings nicht. Dennoch rechnet Kemmer Anfang 2018 mit ersten Anbietern in Deutschland.

Beim Instant Payment soll der Überweisungsbetrag innerhalb von zehn Sekunden auf dem Konto des Empfängers gutgeschrieben sein. Der Auftrag erfolgt per Online-Banking oder mit einer Smartphone-App. »Die Überweisung in Sekunden könnte ein Ersatz für Bargeldzahlungen werden«, sagte Kemmer. Auch im Wettbewerb mit Online-Bezahldiensten wie Paypal erhoffen sich die Banken Vorteile. (mi) ■

Neue ZiPP-Befragung zu Praxiskosten startet

Zur wirtschaftlichen Situation der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten werden jetzt wieder Daten erhoben. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung schreibt dazu in den nächsten Wochen alle Praxen mit der Bitte an, am Praxis-Panel teilzunehmen. Dabei geht es erstmals auch um das Thema ambulantes und belegärztliches Operieren.

Mit dem Zi-Praxis-Panel (ZiPP) untersucht das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) jährlich die Wirtschaftslage und die Versorgungsstrukturen in den Praxen. Die Erhebung erfolgt seit 2010 im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV.

KBV-Chef ruft zur Teilnahme auf

KBV-Chef Dr. Andreas Gassen hat alle Ärzte und Psychotherapeuten zur Teilnahme aufgerufen. »Das Zi-Praxis-Panel ist als Datenbasis für die Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen im Bewertungsausschuss unerlässlich«, betont er. Um eine Entwicklung der Praxiskosten abbilden zu können, sei vor allem eine re-

gelmäßige Teilnahme derselben Praxen über mehrere Jahre hinweg wichtig.

Abgefragt werden Daten zu Aufwendungen und Erlösen der Praxis aus kassen- und privatärztlicher Tätigkeit. Auch Informationen zur Personalausstattung, zur Versorgungsstruktur sowie zur Arbeitszeit der Praxisinhaber und Praxismitarbeiter werden benötigt. Befragungszeitraum sind die Jahre 2013 bis 2016.

Neu: Daten zum ambulanten und belegärztlichen Operieren

Neu ist, dass diesmal zusätzlich Daten zum ambulanten und belegärztlichen Operieren erhoben werden, um eine Datenbasis für die Weiterentwicklung des

EBM zu schaffen. Zugleich werden die ZiPP-Teilnehmer gebeten mitzuteilen, ob sie an einer weiteren Befragung Anfang kommenden Jahres teilnehmen würden. Bei dieser Befragung geht es um die Operations- und Anästhesiezeiten. Auftraggeber sind die KBV und die Berufsverbände der operativ tätigen Fächer.

Teilnahme bis Ende September möglich

Die ZiPP-Unterlagen mit einem mehrseitigen Fragebogen werden ab der nächsten Woche an die Praxen versandt. Die Finanzangaben zur Praxis müssen vom Steuerberater testiert werden. Für den Aufwand bei Arzt und Steuerberater zahlt das Zi eine Aufwandspauschale von 200 Euro für Einzelpraxen und 350 Euro für Gemeinschaftspraxen. Eine Teilnahme ist bis Ende September möglich.

Praxen, die anstelle der papiergebundenen

Erhebungsunterlagen einen Online-Fragebogen ausfüllen, erhalten unmittelbar nach der Dateneingabe einen persönlichen Finanzbericht mit Planungsoption. Diese sogenannte Chefübersicht gibt dem Praxisinhaber einen Überblick zu den Praxisfinanzen und unterstützt ihn bei der Planung des kommenden Jahres.

Individuelle Praxisberichte für die Teilnehmer

Nach Abschluss der Datenauswertung bekommen alle Teilnehmer einen individuellen Praxisbericht mit Vergleichskennzahlen. Anhand der Kennzahlen können sie einschätzen, wo ihre Praxis im Vergleich zu anderen Kollegen der Fachgruppe wirtschaftlich steht. (spa) ■

Quelle: KBV

Umsatzsteuerpflicht von PVS-Gebühren

Die PVS hat ihre Kunden darüber in Kenntnis gesetzt, dass die Gebühren für die Vorfinanzierung der Honorare (derzeit 1,2 Prozent) zukünftig zuzüglich Umsatzsteuer in Rechnung gestellt werden. Hintergrund ist ein aktuelles Urteil des Finanzgerichts München.

Umsatzsteuerfrei wäre diese Art der Kreditgewährung nach Auffassung des Finanzgerichts nur, wenn sie eine selbständige Leistung darstellen würde. Da die Vorfinanzierung jedoch mit der Abrechnung der ärztlichen Leistungen und dem Einzug dieser Forderungen durch die PVS im Zusammenhang steht, liegt eine einheitliche Leistung vor. Da diese einheitliche Leistung durch das Forderungsmanagement geprägt wird und nicht durch die Vorfinanzierung als Kreditgewährung, kommt die Umsatzsteuerfreiheit nicht in Betracht.

Wenn Sie diese Vorfinanzierung der Honorarforderungen durch die PVS in Anspruch nehmen, erhöhen sich die dafür geforderten Gebühren daher um die Umsatzsteuer. Da

die Honorare in der Regel umsatzsteuerfrei sind, können Sie die von der PVS in Rechnung gestellte Umsatzsteuer nicht als Vorsteuer geltend machen. Die Umsatzsteuer kann jedoch als Betriebsausgabe steuerlich geltend gemacht werden.

Umgehen können Sie diese zusätzlichen Kosten nur mit einer Kündigung der Vorfinanzierung. Damit erfolgt die Auszahlung der Honorare aber auch erst, nachdem sie bei der PVS eingegangen sind. Inwieweit dies sinnvoll ist (insbesondere, weil nur die Vorfinanzierungsgebühr von 1,2 Prozent betroffen ist), sollten Sie individuell mit Ihrem persönlichen Berater besprechen. (en) ■

TREUHAND INFOBOX

Unsere Niederlassungen:

Berlin* · Bernau* · Bremen* · Chemnitz* · Cottbus* · Darmstadt* · Dresden* · Düsseldorf* · Erfurt* · Görlitz* · Göttingen* · Greifswald* · Halle* · Hamburg* · Hannover* · Kiel* · Köln · Leipzig* · Magdeburg* · Meiningen* · München* · Münster* · Neuruppin* · Nidda · Potsdam* · Quedlinburg* · Rostock* · Schwerin* · Stendal* · Stuttgart* · Ulm* · Zwickau*

(*Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2008 durch DQS GmbH)

Impressum:

Treuhand EXKLUSIV ist das kostenlose Informationsmedium exklusiv für Mandanten der Treuhand Hannover GmbH Steuerberatungsgesellschaft, Hildesheimer Straße 271, 30519 Hannover, Tel. 0511 83390 - 0, Fax -340, marketing@treuhand-hannover.de, www.treuhand-hannover.de; Erscheinungsweise: vierteljährlich; Auflage: 2000 Stück. Die in dieser Mandanteninformation enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, insbesondere der Vervielfältigung jeder Art, auch auszugsweise, bleiben der Treuhand Hannover GmbH Steuerberatungsgesellschaft vorbehalten. Verantwortlich für den Inhalt: Dr. Frank Diener.



treuhand
erfolgreich steuern