

Wirtschaftsbrief Dermatologie

13. Jahrgang
Mai 2017

Nr. 3

Aktuell das Wichtigste zu Abrechnung, Steuern, Recht und Betriebswirtschaft
von **Almirall Hermal**



Kooperationen

„Reichtum im Alter“ – das MVZ als Altersversorgung

von Rechtsanwalt Dr. Thomas Willaschek, Fachanwalt für Medizinrecht,
Partner der DIERKS + BOHLE Rechtsanwälte Partnerschaft mbB, Berlin

Mit Mitte 50 beginnen die meisten Praxisinhaber, sich Gedanken über die weitere Lebensplanung zu machen. Ein wesentlicher Aspekt ist dabei das Wann und Wie der Praxisabgabe. Viele Ärzte trennen sich zögerlich vom Lebenswerk, außerdem kann der Übergang in die Rente zu einer deutlichen Absenkung des Lebensstandards führen. Der für die Praxis erzielbare Verkaufspreis kompensiert diese Nachteile nicht immer. Hinzu kommt, dass es derzeit schwerfällt, am Kapitalmarkt eine interessante Rendite zu erwirtschaften. Wer sich vor diesem Hintergrund wünscht, weiterhin – und bis ins hohe Alter – „Praxisinhaber“ bleiben zu können, für den kann ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) eine Option sein.

Warum MVZ? Warum als GmbH?

Nur das MVZ in Form einer GmbH bietet die Möglichkeit, gleichzeitig Inhaber und Angestellter zu sein. Für Einzelpraxisinhaber mit angestellten Ärzten ist es die einzige Option, weiter allein Gesellschafter zu sein und keine Partner aufnehmen zu müssen. Außerdem ist es für diese – wie auch für starke Seniorpartner von Berufsausübungsgemeinschaften – die einzige legale Gestaltung, um die eigene ärztliche Tätigkeit weitestgehend zu reduzieren, trotzdem „Chef im eigenen Haus“ zu bleiben und die Gewinne des MVZ zu entnehmen.

Gründer und Betreiber eines solchen MVZ kann jeder Vertragsarzt sein. Das gilt auch für den, der auf seine Zulassung verzichtet hat, um in seinem eigenen MVZ selbst als Angestellter weiter vertragsärztlich tätig zu sein. Solange die vertragsärztliche Tätigkeit fortgeführt wird, bleibt ein Arzt also zulässiger MVZ-Inhaber.

Er kann dann Mitgesellschafter oder Alleingesellschafter der MVZ-Gesellschaft sein, in der er gleichzeitig Angestellter ist. Dieser scheinbar schwierige Spagat ist rechtlich gut umsetzbar.

Wie stark muss sich der MVZ-Inhaber sich einbringen?

Ein Vertragsarzt muss mindestens einen hälftigen Versorgungsauftrag ausfüllen und damit mehr als zehn Stunden in der Woche für die Patientenversorgung zur Verfügung stehen – die KVen überprüfen das anhand der über die lebenslange Arztnummer abgerechneten Leistungen. Zehn Stunden sind recht viel, wenn man eigentlich im Ruhestand sein möchte. Dazu kommt, dass ein halbes Budget (RLV o. Ä.) in Anspruch genommen wird, auf dem zumindest doppelt so viel gearbeitet werden könnte. Deshalb erscheint ein Festhalten an der eigenen Zulassung nicht als geeignete Lösung.

Im Gegensatz dazu kann ein Versorgungsauftrag für Angestellte geviertelt werden. So reicht auch eine Tätigkeit von deutlich unter zehn Wochenstunden für den Inhaber bzw. Gesellschafter einer MVZ-Gesellschaft, der nicht Vertragsarzt ist, aus. Drei Stunden pro Woche zu arbeiten, ist für viele Ärzte evtl. schon eher denkbar. Daneben besteht die Möglichkeit, sich bei Urlaub und Krankheit vertreten zu lassen, sodass in der Praxis weiter gearbeitet wird.

Für Dermatologen kann es – wenn auch das letzte Viertel des eigenen RLV nicht beeinträchtigt werden soll – sinnvoll sein, rechtzeitig einen (halben) hausärztlichen Sitz ins MVZ zu integrieren und schließlich ein Viertel dieses Sitzes zu besetzen. Das wirtschaftliche Potenzial müsste im Einzelfall analysiert werden.

Vertragsarztrechtlich darstellbar ist auch, ein sog. Jobsharing in das MVZ zu transferieren bzw. als Angestellter im eigenen MVZ zu beginnen. Ein solches bewirkt, dass sich der MVZ-Inhaber und ein jüngerer Arzt selbst den geviertelten Versorgungsauftrag noch teilen – und zwar

Inhalt

Kassenabrechnung

- Auftragsleistungen: Ignorieren und Originalbehandlungsschein abrechnen?
- Darmkrebscreening – Neue EBM-Nrn. für iFOBt seit 1. April
- Infobriefe der KV nicht nachlässig behandeln!

nicht hälftig, sondern flexibel. Genehmigt der Zulassungsausschuss das Jobsharing, reicht daher minimales persönliches Engagement in der Patientenbetreuung: nach liberaler Auffassung bereits ein einziger Behandlungsfall im Quartal.

Ob sich der MVZ-Inhaber darüber hinaus einbringen möchte, bleibt ihm überlassen. Gestaltungsspielraum bieten insbesondere

- die Geschäftsführung der MVZ-Gesellschaft und
- die ärztliche Leitung des MVZ.

Der **Geschäftsführer** handelt zivilrechtlich für die Gesellschaft, d.h. er vertritt sie bei Vertragsabschlüssen, Kündigungen etc. Der **ärztliche Leiter** hat die vertragsarztrechtliche Verantwortung für die ärztliche Steuerung der Betriebsabläufe und eine Gesamtverantwortung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung – insbesondere für die Einholung von Genehmigungen, das Anzeigen von Vertretungen und die Unterzeichnung der Abrechnung. Um ärztlicher Leiter zu sein, dürfte es ausreichen, zehn Stunden/Woche im MVZ (0,25 Versorgungsauftrag) angestellt zu sein.

Aber: Der „Teilzeit-Ruheständler“ muss weder die Geschäftsführung noch die ärztliche Leitung übernehmen. Beide Positionen können genauso gut Angestellte oder auch Mitgesellschafter ausfüllen.

Die letzten werden nicht die ersten sein – der eigene „Fünfjahresplan“

Es ist, wie gezeigt, einiges möglich, wenn man bereit ist, statt in den Ruhestand zu gehen, Unternehmer zu werden. Elementar ist eine frühzeitige Planung der einzelnen Schritte, vor allem der Umwandlung einer Praxis in ein MVZ und der eigenen Arbeitszeitreduzierung bis nahe Null,

aber auch der weiteren im Beitrag genannten Aspekte. Ein Planungshorizont von fünf Jahren erscheint optimal. Weil das Projekt langfristig sinnvoll aufgestellt sein muss, ist „Maßarbeit“ gefragt, Blaupausen

verboten sich. Insbesondere die Standardkonzepte einiger Berater tragen nicht jede Konstellation. Zu guter Letzt sollte von Anfang an ein MVZ-erfahrener Steuerberater in die Überlegungen einbezogen werden.

Kassenabrechnung

Darmkrebscreening – Neue EBM-Nrn. für iFOBT seit 1. April 2017

Im Rahmen der Darmkrebsfrüherkennung dürfen seit dem 01.04.2017 nur noch quantitative immunologische Tests zum Nachweis von nicht sichtbarem Blut im Stuhl (iFOBT) eingesetzt werden. Der Bewertungsausschuss hat für die Ausgabe des iFOBT und die nachfolgende Untersuchung neue Abrechnungspositionen in den EBM aufgenommen und damit einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom April 2016 umgesetzt.

Die neue Nr. 01737

Mit der neuen Nr. 01737 wird die Ausgabe, Rücknahme und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems an ein entsprechend qualifiziertes Labor sowie die damit zusammenhängende Beratung (auch nach positivem iFOBT) vergütet. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär mit dem Orientierungswert von aktuell 10,53 Cent.

Die speziellen Stuhlröhrchen werden den ausgebenden Praxen von ihrem Labor mit einer Anleitung zur Verfügung gestellt. Die Weiterleitung der Stuhlprobe an das Labor zur Untersuchung muss spätestens am auf die Rückgabe folgenden Werktag erfolgen. Das Labor ist verpflichtet, die Untersuchung unmittelbar nach Eingang durchzuführen (abzurechnen mit der neuen Nr. 01738) und der einsendenden Praxis nach Auswertung umgehend das Ergebnis mitzuteilen.

nen mit der neuen Nr. 01738) und der einsendenden Praxis nach Auswertung umgehend das Ergebnis mitzuteilen.

Weitere Änderungen

In Auswirkung der Einführung der neuen Nr. 01737 wurde die bisherige Nr. 01734 zum 01.04.2017 im EBM gestrichen. Der bisherige Guajakbasierte Test auf okkultes Blut im Stuhl (gFOBT) darf für eine Übergangszeit bis zum 30.09.2017 nur noch bei einer kurativen Untersuchungsindikation – abzurechnen mit der Nr. 32040 (1,45 Euro) – eingesetzt werden. Für den Fall, dass die ausgegebenen gFOBT-Testbriefe nicht wieder eingereicht oder nicht auswertbar sind, kann ebenfalls bis 30.09.2017 die Kostenpauschale nach EBM-Nr. 40150 (1,30 Euro) berechnet werden.

EBM-Nr.	Legende	Punkte
01737	<p>Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems gemäß Abschnitt D. III der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie, inkl. Beratung</p> <p>Obligater Leistungsinhalt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausgabe und Rücknahme des Stuhlprobenentnahmesystems, • Veranlassung der Untersuchung der Stuhlprobe auf occultes Blut im Stuhl 	57 (6,00 Euro)

Ferner wurde in der EBM-Nr. 01740 (Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms) der obligate Leistungsinhalt „Ausgabe des Merkblattes nach Anlage III der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“ gestrichen. Das Merkblatt ist nämlich in der angepassten Krebsfrüherkennungs-Richtlinie entfallen, da darin die Durchführung eines Stuhltests mittels gFOBT beschrieben wird. Ein neues Merkblatt zur Darmkrebsfrüherkennung ist in Vorbereitung.

Parallel zur Nr. 01737 wurde für die quantitative immunologische Bestimmung von occultem Blut im Stuhl aus kurativem Anlass die Nr. 32487 neu in den EBM aufgenommen. Ausgabe, Rücknahme und Weiterleitung in das Labor können nicht gesondert berechnet werden, sondern sind mit der Grundpauschale abgegolten. Wie die präventive Bestimmung nach Nr. 01738 kann die Nr. 32487 nur von Praxen mit einer speziellen (Labor-) Abrechnungsgenehmigung angesetzt werden.

Impressum



Herausgeber und Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH,
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-99
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg
E-Mail: derma@iww.de

Redaktion

RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin);
Dr. Stephan Voß (Stv. Chefredakteur, verantwortlich)

Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose
Serviceleistung von Almirall Hermal

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Almirall Hermal GmbH wieder.

Kassenabrechnung

Auftragsleistungen: Ignorieren und Originalbehandlungsschein abrechnen?

Einige Ärzte erlebten bei einer Prüfung der Behandlungsunterlagen eine unangenehme Überraschung: Die Prüfungskommission konnte belegen, dass bei Patienten, die mit Überweisungen zur Durchführung von Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag) in die Praxis kamen, die Überweisung ignoriert und mit dem Einlesen der eGK eine Versicherten-/Grundpauschale zusätzlich zu den beauftragten Leistungen abgerechnet wurde. Da dadurch die Abrechnung der betroffenen Ärzte erheblich „optimiert“ wurde, wurde eine betrügerische Absicht unterstellt.

Auftragsleistungen

Definition von Auftragsleistungen gemäß Bundesmantelvertrag:

- Ein **Definitionsauftrag** (Zielauftrag) ist definiert als Überweisung zur Durchführung einer bestimmten Leistung,
- ein **Indikationsauftrag** als Überweisung zur Abklärung eines Untersuchungsziels.

Der Haken: Bei Überweisungen zur Durchführung von Auftragsleistungen – das betrifft sowohl Definitions- als auch Indikationsaufträge – kann der den Auftrag ausführende Arzt zusätzlich zu den Auftragsleistungen nur die Konsultationspauschale 01436 (18 Punkte/1,90 Euro) abrechnen (ausgenommen Ärzte, die nur auf Überweisung tätig werden dürfen wie Laborärzte, Pathologen, Radiologen). Eine Versicherten- oder Grundpauschale ist – anders als bei Überweisungen zur Durchführung von Konsiliaruntersuchungen oder zur Mit-/Weiterbehandlung – nicht berechnungsfähig.

Da bei einem Patienten bei alleinigen Auftragsleistungen im Quartal keine Versicherten-/Grundpauschale abgerechnet werden kann, entfällt der neben diesen bestehende Ausschluss der Berechnung von

Arztbriefen nach 01600 (39 Punkte/4,11 Euro) und 01601 (74 Punkte/7,79 Euro).

01600 und 01601 abrechenbar

Wird somit für den Überweiser ein Bericht (01600) oder ein Arztbrief (01601) verfasst und verschickt, sind diese Positionen berechnungsfähig – zusätzlich zur Versandpauschale. Geht der Bericht/Arztbrief an einen Arzt des fachärztlichen Versorgungsbereichs und erhält der Hausarzt eine Kopie, ist dafür die 01602 (12 Punkte/1,26 Euro) zu berechnen, zzgl. Portokosten (in der Regel Nr. 01420), Nr. 40120 auch bei Versand per Fax oder Mail. Denkbar wäre sogar, dass ein Arzt einen Bericht (01600) über die Untersuchungsergebnisse erhält, ein anderer Arzt aber einen Arztbrief (01601), dann könnten diese Ziffern nebeneinander berechnet werden.

Aber: Je Patient und Quartal werden die Positionen 01600 und 01601 zusammen nur bis zu einem Höchstwert von 180 Punkten vergütet, das entspricht zwei Arztbriefen nach 01601 und zusätzlich einem Bericht nach 01600. In der Regel dürfte das ausreichen, um die Überweiser genügend über die Ergebnisse der durchgeführten Auftragsleistungen und die ggf. daraus resultierenden Behandlungsmaßnahmen zu informieren.

Honorarrecht

Infobriefe der KV nicht nachlässig behandeln!

von RA, FAMEDR Philip Christmann, Berlin/Heidelberg, christmann-law.de

Erhält ein Arzt von seiner KV einen Arztinfobrief, in dem er über die fehlende Abrechenbarkeit bestimmter Ziffern informiert wird, so hat er umgehend zu reagieren und eine ggf. fehlerhafte Abrechnung zu korrigieren. Tut er dies erst ca. vier Wochen nach Erhalt des Infobriefs, so gilt dies als verspätet und der Arzt muss einen (auch hohen) Honorarverlust in Kauf nehmen (Sozialgericht [SG] Marburg, Urteil vom 27.4.2016, Az. S 16 KA 119/14).

Streitig war die nachträgliche Vergütung von 16 Leistungen, für die der Kläger fristgerecht – wenngleich fehlerhaft – seine Honorarabrechnung eingereicht hatte. Über die fehlende Abrechenbarkeit der Leistungen hatte die KV den Arzt in einem Arztinfobrief hingewiesen. Die Berichtigungen – einen Monat später – ließ die KV nicht mehr gelten. Zu Recht, wie das SG entschied: Maßgeblich seien die Fristen in § 3 Nr. 1 der Abrechnungsrichtlinien. Das Gericht hielt dem Arzt zwar zugute, dass es sich um einen erheblichen Honorarverlust (rund 29 %) handele und die Praxis in der EBM-Abrechnung noch unerfahren sei. Einen Bonus für Jungpraxen verneinte es aber. Die Abrechnungsregeln seien zwingend – es liege in der Risikosphäre jedes Vertragsarztes, sich die Kenntnisse für das Erstellen einer korrekten Abrechnung anzueignen oder sich der Expertise Dritter zu bedienen. Ganz maßgeblich zulasten des Arztes war aber zu berücksichtigen, dass er auf den Infobrief nicht sogleich reagierte. Stattdessen wartete er noch rund einen Monat, bevor er den Antrag auf Berichtigung versandte.