

- Abrechnung
- Steuern
- Recht
- Betriebswirtschaft

Abrechnung

Osteodensitometrie – wann Kassenleistung und wann IGeL?

Nur bei bestimmten Indikationen können Knochendichtemessungen zu Lasten der GKV über die Krankenversichertenkarte abgerechnet werden. In der Praxis ergeben sich allerdings immer wieder Abgrenzungsprobleme, wann die Osteodensitometrie als Kassenleistung nach dem EBM und wann sie als IGeL nach der GOÄ berechnungsfähig ist.

Indikationen für die Osteodensitometrie als Kassen- und als Privatleistung

Im Dezember 1999 hat der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgelegt, dass „die Anwendung der Osteodensitometrie als GKV-Leistung auf solche Patienten begrenzt ist, die einen Knochenbruch ohne entsprechendes Trauma (wie zum Beispiel durch einen Unfall oder durch einen Sturz) erlitten haben und bei denen gleichzeitig aufgrund der persönlichen Krankengeschichte und der Untersuchungsbefunde ein begründeter Verdacht auf Osteoporose besteht“.

Nach Auffassung des Bundesausschusses ist nur in diesen Fällen der medizinische Nutzen der Osteodensitometrie nach dem derzeitigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse nachgewiesen. Die Formulierung des Bundesausschusses findet sich auch in der Leistungslegende zur Nr. 34600 EBM (Osteodensitometrische Untersuchung) wieder.

Somit ist die Osteodensitometrie ohne Vorliegen einer osteoporosebedingten Fraktur keine Kassenleistung, weder als Erstuntersuchung noch als Kontrolluntersuchung. Selbst dann, wenn eine Osteoporose sicher diagnostiziert ist, ist die Nr. 34600 – zum Beispiel zur Kontrolle – ohne osteoporotisch bedingte Fraktur nicht berechnungsfähig.

Dasselbe gilt für Osteodensitometrien, die zur allgemeinen Vorbeugung osteoporosebedingter Knochenbrüche erbracht werden.

Inhalt

Kassenabrechnung

MRT-Angios bleiben zunächst unverändert EBM-Leistungen

Steueränderung 2006

Sonderausgabenabzug für private Steuerberaterkosten abgeschafft

BSG-Urteil

Ermächtigungen von Krankenhausärzten sind anfechtbar

Abrechnung von Kontrolluntersuchungen

Liegen die Voraussetzungen zur Berechnung der Nr. 34600 vor und werden dann in gewissen Zeitabständen – zum Beispiel nach einer Behandlung – Kontrolluntersuchungen durchgeführt, sind diese ebenfalls nach Nr. 34600 abzurechnen. Einige KVen vertreten allerdings die Auffassung, solche Kontrolluntersuchungen seien nicht nach Nr. 34600 berechnungsfähig. Als Begründung geben diese KVen an, diese Position könne laut Leistungslegende nur „bei begründetem Verdacht auf Osteoporose“ berechnet werden. Nach Bestätigung der Verdachtsdiagnose sei daher eine weitere Abrechnung von Kontrolluntersuchungen nach Nr. 34600 nicht zulässig.

Das ist so nicht zutreffend: Die KBV hat mit Rundschreiben vom 10. Juli 2002 klargestellt, dass Kontrolluntersuchungen auch dann als vertragsärztliche Leistungen abzurechnen sind, wenn für die Erstuntersuchung die in der Leistungslegende zu Nr. 34600 genannten Voraussetzungen vorgelegen haben.

Probleme bei Überweisungen

Grundsätzlich werden Knochendichtemessungen auf Überweisungen anderer Ärzte von Radiologen durchgeführt. Damit ergibt sich

die Frage, wer für die indikationsgerechte Durchführung der Osteodensitometrie verantwortlich ist. Gemäß § 24 Abs. 7 Bundesmantelvertrag ist bei Auftragsleistungen der den Auftrag erteilende Arzt für die Notwendigkeit der Auftragsleistung verantwortlich, der auftragsausführende Arzt hat nur die Wirtschaftlichkeit der Ausführung zu beachten.

Wer aber ist verantwortlich, wenn ein Patient zur Knochendichtemessung überwiesen wird, bei dem aber die laut Leistungslegende zur Nr. 34600 geforderten Indikationen nicht vorliegen? Der ausführende Radiologe wird nicht in jedem Falle überprüfen können, ob tatsächlich eine osteoporotisch bedingte Fraktur vorliegt und ob außerdem anamnestische und klinische Befunde den Verdacht auf das Vorliegen einer Osteoporose belegen. Andererseits ist die Überprüfung der Indikation zur Durchführung radiologischer Untersuchungen Sache des Röntgenarztes. Dieser verzwickte Sachverhalt ist nicht eindeutig geklärt, Empfehlungen der Selbstverwaltung (KBV) hierzu sind nicht bekannt.

Apparative Voraussetzungen zur Berechnung der Nr. 34600 EBM

Bestimmungen des Knochenmineralgehaltes sind über die GKV nur als Knochendichtemessung mittels Computertomographie (QCT) oder mittels spezieller Computertomographie am peripheren Skelett (Röntgen-pQCT) berechnungsfähig. In die Leistungslegende zu Nr. 34600 EBM ist zur Definition der Methodik osteodensitometrischer Untersuchungen der Klammersatz „Photonenabsorptions-Technik“ eingefügt. Dadurch wird klargestellt, dass nur Untersuchungstechniken mit ionisierenden Strahlen (Photonen-Emission) zur Abrechnung

der Nr. 34600 berechtigen. Andere Verfahren werden damit von der Berechnungsfähigkeit nach Nr. 34600 ausgeschlossen, so insbesondere die in jüngster Zeit zunehmend propagierten Knochendichtemessungen mittels Ultraschall.

Osteodensitometrie als IGeL

Aufgrund der stringenten Vorgaben des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sind Bestimmungen des Knochenmineralgehaltes nur in relativ seltenen Fällen GKV-Leistungen. Da insbesondere Patientinnen in der Menopause auch ohne Vorliegen der GKV-Indikationen häufig Bestimmungen des Knochenmineralgehaltes wünschen, kommt nur eine Abrechnung nach der GOÄ als IGeL in Frage. Die Bestimmung des Knochenmineralgehaltes durch quantitative Computertomographie oder quantitative digitale Röntgentechnik ist nach Nr. 5380 GOÄ abzurechnen (300 Punkte, 1,8fach = 31,48 Euro).

Kassenabrechnung

MRT-Angios bleiben zunächst unverändert EBM-Leistungen

Seit dem 1. Juli 2005 sind MRT-Angiographien als Kassenleistung berechnungsfähig. Die entsprechenden Leistungen wurden in einem eigenen Abschnitt 34.4.7 neu in den EBM aufgenommen – allerdings mit dem Vorbehalt, dass nach Zustandekommen einer Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V die Abrechnung von MRT-Angios gegebenenfalls angepasst wird. Deswegen war die Abrechnung von MRT-Angios in der derzeitigen EBM-Fassung zunächst bis zum 31. Dezember 2005 begrenzt.

Nachdem eine entsprechende Qualitätssicherungsvereinbarung noch nicht zu Stande gekommen ist, hat der Bewertungsausschuss die Frist zur Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung der Leistungslegenden zur Abrechnung von MRT-Angios bis zum 30. Juni 2006 verlängert. Ob sich die Abrechnungsvoraussetzungen nach Zustandekommen einer Qualitätssicherungsvereinbarung ändern werden, ist derzeit nicht absehbar. Sicher ist allerdings, dass MRT-Angios auch nach dem 30. Juni 2006 GKV-Leistungen bleiben werden.

Steueränderung 2006

Sonderausgabenabzug für private Steuerberaterkosten abgeschafft

Der Bundesrat hat im Dezember 2005 unter anderem den Sonderausgabenabzug für privat veranlassete Steuerberaterleistungen, die im Jahr 2006 und später bezahlt werden, gestrichen. Das Honorar zum Beispiel für die Bearbeitung des Mantelbogens sowie der „Anlage Kinder“ soll somit nicht mehr als Sonderausgabe geltend gemacht werden können.

Nicht davon betroffen ist aber der Teil der Steuerberatungskosten, der Betriebsausgaben oder Werbungskosten darstellt. Damit sind unter anderem die Steuerberaterkosten für Lohn-, Anlagen- und Finanzbuchhaltung des Arztes sowie die Jahresabschlussstellung weiterhin als Betriebsausgaben abziehbar. Abzugsfähig als Werbungskosten bleiben auch die Kosten für die Anlagen V (Vermietung und Verpachtung), KAP (Kapitaleinkünfte) und SO (Sonstige Einkünfte).

BSG-Urteil**Ermächtigungen von Krankenhausärzten sind anfechtbar**

von Rechtsanwalt Michael Frehse, Kanzlei Wigge Kleinke Frehse, Münster

Ein Vertragsarzt ist grundsätzlich befugt, die Erteilung von Ermächtigungen von Krankenhausärzten, die im selben räumlichen Bereich die gleichen Leistungen anbieten und damit seine Erwerbsmöglichkeiten einschränken, durch Widerspruch und Klage anzufechten. Nur wenn die Ermächtigungen aufgrund einer in dem entsprechenden Bereich bestehenden Versorgungslücke ausgesprochen werden, wird der Vertragsarzt nicht unzulässig in seinem Grundrecht auf Berufsausübungsfreiheit nach Artikel 12 Grundgesetz beschränkt. So lautet die Essenz aus einer Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 28. September 2005 (Az: B 6 KA 70/04 R).

Verfassungsbeschwerde eines Radiologen führte zu neuer BSG-Rechtsprechung

In einer früheren Entscheidung (Az: B 6 KA 30/98 R) war das BSG in demselben Fall noch zu dem Ergebnis gekommen, dass ein Vertragsarzt keine Klagebefugnis hat – es sei denn, es liegt eine willkürliche Ermächtigung vor. Die Vorschriften über die Ermächtigungserteilung nach § 116 SGB V und § 31a Ärzte-ZV dienen allein dem Interesse der Versicherten an einer möglichst leistungsfähigen und lückenlosen ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Ihnen sei keine Schutzwirkung zu Gunsten des einzelnen niedergelassenen Arztes zu entnehmen.

Mit diesem Urteil aber fand sich der klagende Radiologe nicht ab und legte Verfassungsbeschwerde ein. Mit Erfolg, denn die Verfassungsrichter sahen in der verwehrt Klagebefugnis einen Verstoß gegen die Berufsausübungsfreiheit und wiesen das Verfahren per Beschluss vom 24. August 2004 (Az: 1 BvR 378/00) an das Bundessozialgericht zur erneuten Verhandlung zurück. Dieses reichte nunmehr nach erneuter Entscheidung das Verfahren erwartungsgemäß an

das Sozialgericht weiter, das nun gemäß den Vorgaben des Verfassungsgerichts zu klären hat, ob im konkreten Fall bei Erteilung der Ermächtigungen eine Versorgungslücke gegeben war und in welchem Umfang diese den beklagten Zulassungsausschuss zur Erteilung von Ermächtigungen berechnete. Diese Entscheidung ist mit Interesse abzuwarten, da sich das BSG nicht zu den Erfolgsaussichten der Klage geäußert hat.

Fazit: Im Einzelfall kommt es auf das Bestehen einer Versorgungslücke an

Das BSG-Urteil setzt die neue Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts um und stärkt damit die Position von niedergelassenen Radiologen, denen die Ermächtigung von Krankenhausärzten oder Krankenhäusern mit Fachgebietsidentität und in räumlicher Nähe ein Dorn im Auge ist. Diese können die erteilte Ermächtigung nunmehr grundsätzlich im Wege des Widerspruchs und der Klage vor dem Sozialgericht anfechten.

Der Erfolg des Widerspruchs oder der Klage wird davon abhängen, ob der Berufungsausschuss oder das Sozialgericht eine Versorgungs-

lücke für die von der Ermächtigung umfassten Leistungen festgestellt oder nicht.

Allerdings ist zu beachten, dass sich der Vertragsarzt, der sich willkürlich oder aus unsachlichen Gründen gegen eine erteilte Ermächtigung zur Wehr setzt, Schadenersatzansprüchen aussetzen kann. Die Erfolgsaussichten eines Widerspruchs oder einer Klage sollten daher im Vorfeld sorgfältig abgewogen werden.

Übertragbarkeit des BSG-Urteil auf Sonderbedarfszulassung ungeklärt

Rechtlich noch nicht geklärt ist die Frage, ob sich die Anfechtungsbefugnis der niedergelassenen Ärzte auch auf andere statusrelevante Entscheidungen der Zulassungsausschüsse – wie zum Beispiel die Erteilung einer Sonderbedarfszulassung oder die Öffnung der Krankenhäuser für den ambulanten Bereich – bezieht (vergleiche §§ 116a ff. SGB V). Hier darf man gespannt sein, wie die Zulassungsgremien auf entsprechende Widersprüche von niedergelassenen Ärzten reagieren werden.

Impressum

Herausgeber: Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11, 65843 Sulzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0, <http://www.guerbet.de>, E-Mail: info@guerbet.de

Verlag: IWW Institut für Wirtschaftspublizistik Verlag Steuern Recht Wirtschaft GmbH & Co. KG, Bergstraße 18, 59394 Nordkirchen, Telefon 02596 922-0, Telefax 02596 922-99

Redaktion: Diplom-Kaufmann Joachim Keil (verantwortlicher Redakteur), Jörg Thole

Lieferung: Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der

Guerbet GmbH

Hinweis: Der Inhalt ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der in ihm behandelten Rechtsmaterie machen es jedoch notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Das Radiologen WirtschaftsForum gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.