

- Abrechnung
- Steuern
- Recht
- Betriebswirtschaft

Neue BÄK-Empfehlung

Die Abrechnung der Nrn. 1, 5 und 75 in Verbindung mit kernspintomographischen Leistungen

Der Gebührenordnungsausschuss der Bundesärztekammer (BÄK) hat am 9. Januar 2006 im Deutschen Ärzteblatt Beschlüsse zur Abrechnung kernspintomographischer Leistungen veröffentlicht, die die Hoffnung wecken, dass die Beanstandungen von Kostenträgern bei der Abrechnung dieser Leistungen in Zukunft drastisch zurückgehen. Darüber hinaus besteht nun Aussicht, dass bestehende Beanstandungsfälle auf Basis dieser Beschlüsse geklärt werden können.

Die wichtigsten Inhalte der BÄK-Beschlüsse

Von besonderem Interesse sind die Hinweise zu der Frage, ob Beratungs- und Untersuchungsleistungen nach Nrn. 1 und 5 GOÄ sowie ein ausführlicher Krankheits- und Befundbericht nach Nr. 75 GOÄ neben kernspintomographischen Leistungen abrechnungsfähig sind. Folgende Feststellungen der BÄK sind für die Argumentation gegenüber Kostenträgern besonders zu beachten:

1. Allgemeine Bestimmungen zu Abschnitt OI GOÄ gelten für den gesamten Abschnitt O

Die allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt OI GOÄ (Strahlendiagnostik) sind nach Auffassung des Gebührenordnungsausschusses der BÄK grundsätzlich für den gesamten Abschnitt O (Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie)

gültig. Dies ergibt sich zum einen aus dem Sinn der Bestimmungen, zum anderen daraus, dass in Rdnr. 6 ausdrücklich eine Leistung des Abschnitts O III einbezogen ist.

2. Kein Ausschluss der Nrn. 1 und 5 GOÄ neben Leistungen nach Abschnitt O!

Nach dem Wortlaut von Abs. 5 der allgemeinen Bestimmungen OI sind Beratungen und Untersuchungen, die nach der Strahlenschutz- bzw. Röntgenverordnung zur Überprüfung der Indikation und des Untersuchungsumfanges erforder-

lich sind, Bestandteil der Leistungen des Abschnitts O und mit den Gebühren abgegolten. Allerdings ist zu beachten, dass MRT-Untersuchungen nicht der Röntgen- oder Strahlenschutzverordnung unterliegen, da keine Röntgenstrahlung im Sinne dieser Verordnungen angewendet wird. Dieser Umstand wird bei den Beanstandungen durch Kostenträger jedoch häufig nicht beachtet.

Ein Ausschluss der Nrn. 1 und/oder 5 GOÄ neben den Leistungen nach Abschnitt O der GOÄ ergibt sich auch nicht aus den allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt B GOÄ. Hier ist ausdrücklich nur geregelt, dass die Ziffern 1 und/oder 5 im Behandlungsfall nur einmal neben Leistungen der Abschnitte C bis O abrechnungsfähig sind. Damit ist klargestellt, dass die Abrechnung möglich ist, sofern sie nicht ausschließlich im Zusammenhang mit der Überprüfung der Indikation und des Untersuchungsumfanges erforderlich sind.

Aus diesen Abrechnungsbestimmungen, die auch von den Kostenträgern nicht anders auslegbar sind, ist zu schließen, dass das Vorliegen einer eigenen medizinischen Indikation zur Abrechnung der Beratung und Untersuchung nach den Nrn. 1 bzw. 5 berechtigt. Als Beispiele werden folgende **Indikationen** angeführt:

Inhalt

EBM 2000plus

In diesen Fällen ist die alleinige Berechnung von Zuschlagspositionen möglich

Leserforum EBM 2000plus

Konsiliarkomplex bei sonographischen Zielaufträgen?

- die über die Befundmitteilung hinausgehende Erörterung des erhobenen MRT-Befundes mit dem Patienten, einschließlich einer ersten Wertung der möglichen Therapieoptionen sowie des weiteren Verhaltens des Patienten;
- die genaue Abklärung eines Sturzmechanismus durch den Radiologen zur Erkennung möglicher Verletzungsmuster im MRT als Indikation im Ausnahmefall;
- der (eher seltene) Eintritt von kontrastmittelbedingten Komplikationen.

3. Nr. 75 GOÄ ist in Einzelfällen neben Kernspin berechenbar

Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht sind als Bestandteil der zugrunde liegenden Leistung nicht gesondert berechnungsfähig. Dies geht aus der Anmerkung zur Nr. 75 GOÄ sowie aus den allgemeinen Bestimmungen des Abs. 3 zu Abschnitt OI GOÄ hervor. Dabei präzisieren die Bestimmungen in Abs. 3 Abschnitt OI GOÄ dies inhaltlich noch dahingehend, dass damit die Angaben zu Befunden und zur Diagnose gemeint sind. Darüber hinausgehende Inhalte eines Befundberichtes berechtigen somit zu dessen gesonderter Berechnung.

Doch was sind solche darüber hinausgehenden Inhalte eines Befundberichtes? Nach Auffassung des Gebührenordnungsausschusses der BÄK ist dies bei folgenden zusätzlichen Inhalten der Fall:

- wenn über den einfachen Befundbericht hinaus – unter Berücksichtigung der aktuellen anamnestischen Daten – eine epikritische Bewertung des Befundes erfolgt und/oder ein epikritischer Vergleich mit Vorbefunden und sonstigen Informationen gezogen wird;

- wenn Therapieempfehlungen erfolgen, wobei diese Therapieempfehlungen nur als fakultativ und nicht zwingend notwendig angesehen werden.

Als Beispiel in dem BÄK-Beschluss wird die differenzialdiagnostische epikritische Beurteilung angeführt, ob es sich bei einem pathologischen Befund um ein frisches oder altes Trauma handelt, einschließlich gegebenenfalls erfolgreicher Hinweise

für die therapeutische Konsequenz. Damit ist zwar eine regelmäßige Abrechnung der Nr. 75 ausgeschlossen, jedoch im Einzelfall durchaus zulässig. Es empfiehlt sich deshalb dringend, vor der Abrechnung der Nr. 75 zu prüfen, ob die vorgenannten inhaltlichen Anforderungen der Leistungslegende tatsächlich erfüllt sind. Wenn es dann zu Beanstandungen von Kostenträgern kommt, kann entsprechend argumentiert werden.

EBM 2000plus

In diesen Fällen ist eine alleinige Berechnung von Zuschlagspositionen möglich

Im neuen EBM sind – wie im alten EBM auch – eine ganze Reihe von Leistungspositionen als Zuschlagspositionen definiert, die zusätzlich zu bestimmten anderen Leistungen berechnungsfähig sind. Bei den Zuschlagspositionen ist allerdings zu unterscheiden zwischen Zuschlagspositionen, die nur direkt im Zusammenhang mit der zuschlagsberechtigten Leistung (Grundleistung) berechnet werden können, und solchen, die auch unabhängig von der Grundleistung erbracht und abgerechnet werden können.

Beispiele

Der Zuschlag Nr. 34295 für die computergestützte Analyse kann bei der Phlebographie nach Nr. 34294 nur direkt im Zusammenhang mit der Phlebographie erbracht und abgerechnet werden. Beim Zuschlag Nr. 34284 für die selektive angiographische Darstellung hirnversorgender Gefäße hingegen verhält es sich anders: Dieser kann auch unabhängig von der Grundleistung Nr. 34283 (Serienangiographie) durchgeführt und abgerechnet werden.

Ungerechtfertigte Streichungen durch Regelwerke der KVen

In die Regelwerke der meisten KVen sind die Zuschlagspositionen in der Form eingegeben, dass diese nur direkt im Zusammenhang mit

der jeweiligen Grundleistung abgerechnet werden können. Erscheint somit in der Abrechnung eine Zuschlagsposition ohne die zutreffende Grundleistung, kann es sein, dass die Zuschlagsposition auf dem Wege der sachlich-rechnerischen Berichtigung gestrichen wird, weil die Grundposition nicht abgerechnet wurde.

Einige KVen haben inzwischen eingeräumt, dass es sich hier um eine nicht korrekte Anwendung des Regelwerkes handelt und gestatten deswegen die alleinige Berechnung von denjenigen Zuschlagspositionen, bei denen der Leistungsinhalt eigenständig erbracht werden kann. Für solche als Einzelleistungen berechnungsfähigen Zuschlagspositionen wurde der Begriff „Unzuschläge“ kreiert.

Allein berechnungsfähige Zuschlagspositionen für Radiologen („Unzuschläge“)

Auch in Kapitel 34 des neuen EBM (radiologische Leistungen) finden sich mehrere Positionen, die zwar als Zuschlagspositionen definiert sind, die aber als „Unzuschläge“ gegebenenfalls auch eigenständig abgerechnet werden können. Die für Radiologen wichtigen Unzuschläge aus Kapitel 34 werden nachfolgend erläutert.

• Nr. 34271

Die Leistung beinhaltet die präoperative Markierung suspekter Mammabefunde unter radiologischer Kontrolle. Diese Zuschlagsposition kann auch unabhängig von der Grundleistung (Mammographie nach Nr. 34270) abgerechnet werden.

• Nrn. 34284, 34285 und 34286

Diese Zuschlagspositionen beinhalten selektive Darstellungen bestimmter Gefäßbereiche bei Angiographien bzw. interventionellen Maßnahmen (Nr. 34286). Laut Leistungslegende sind diese Zuschläge zusätzlich zur Serienangiographie nach Nr. 34283 berechnungsfähig. Es kann aber vorkommen, dass ein Arzt die Serienangiographie durchführt und ein anderer die selektive Darstellung weiterer Gefäße (Nrn. 34284 und 34285) oder eine interventionelle Maßnahme (Nr. 34286) vornimmt. Die genannten Zuschlagspositionen können dann auch als Einzelleistungen ohne die Grundposition abgerechnet werden.

• Nr. 34292

Dieser Zuschlag ist für interventionelle Maßnahmen an den Koronararterien zusätzlich zur Herzkatheteruntersuchung nach

Nr. 34291 berechnungsfähig. Wird die interventionelle Maßnahme von einem anderen Arzt oder von demselben Arzt zu einem anderen Termin durchgeführt, kann die Nr. 34292 auch eigenständig ohne die Grundposition abgerechnet werden.

Tip: Streichungen der KVen nicht einfach hinnehmen

Falls Sie in bestimmten Konstellationen bei einem Patienten lediglich die Zuschlagspositionen abrechnen, etwa weil ein anderer Arzt die Grundleistung erbracht hat, weisen Sie bei Beanstandungen Ihrer KV darauf hin, dass es sich um eigenständige Leistungsinhalte handelt, die auch unabhängig von der Grundleistung erbracht werden können. Widersprechen Sie mit dieser Argumentation gegebenenfalls vorgenommenen Streichungen.

Leserforum EBM 2000plus

Konsiliarkomplex bei sonographischen Zielaufträgen?

Frage: „Da wir eine Genehmigung zur Abrechnung sonographischer Untersuchungen der Schilddrüse, des Abdomens und der Nieren haben, erhalten wir auch Überweisungen zur Durchführung von Sonographien. Unsere KV hat uns die Abrechnung des Konsiliarkomplexes (Nrn. 24210 bis 24212) bei derartigen Zielaufträgen verwehrt. Als Begründung dafür gibt sie an, der fakultative Leistungsinhalt ‚Veranlassung und Durchführung der radiologischen Untersuchungen‘ könne bei Überweisungen zur Durchführung sonographischer Untersuchungen nicht erbracht werden. Ist die Auffassung der KV zutreffend?“

Dazu unsere Antwort:

Nach unserer Auffassung nicht. Zutreffend ist, dass der Konsiliarkomplex für Radiologen neben dem obligaten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (der bei sonographischen Untersuchungen gegeben ist) fakultativ unter anderem die Veranlassung und Durchführung der radiologischen Untersuchungen enthält. Die KV kann aber diesen fakultativen Leistungsinhalt des Konsiliarkomplexes nicht in der beschriebenen Weise auslegen, weil dann der Konsiliarkomplex auch bei MRT-Untersuchungen streng genommen nicht berechnet werden könnte. Schließlich handelt es sich hierbei ebenfalls nicht um „radiologische“ Untersuchungen.

Nach unserem Kenntnisstand haben die meisten KVen inzwischen eingelenkt und gewähren den Konsiliarkomplex auch bei Überweisungen zur Durchführung sonographischer Untersuchungen. Sollte bei Ihnen der Konsiliarkomplex gestrichen worden sein, legen Sie Widerspruch ein und verweisen Sie auf die Abrechnungsmodalitäten in anderen KVen.

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.