

- Abrechnung
- Steuern
- Recht
- Betriebswirtschaft

EBM 2000plus

Probleme bei der Abrechnung von MRT-Leistungen mit und ohne Kontrastmittel

Auch ein Jahr nach Einführung des neuen EBM mit Neugestaltung der Abrechnungsmodalitäten für MRT-Leistungen sind offensichtlich vielfach die Einzelheiten für die Abrechnung von MRT-Leistungen nicht ausreichend bekannt. Das ist aus den zahlreichen Fragen zu schließen, die insbesondere zur Abrechnung von MRT-Leistungen mit und ohne Kontrastmitteleinbringungen gestellt werden. Das Radiologen-Wirtschaftsforum erläutert deswegen in diesem Beitrag die Abrechnungskonstellationen bei MRT-Untersuchungen.

Probleme mit der Anzahl der Sequenzen

Die Berechnung von MRT-Positionen (ausgenommen MRT-Angios) setzt die Durchführung von mindestens 4 Sequenzen voraus. Für Verunsicherungen sorgt bei den Leistungslegenden zur Berechnung von MRT-Untersuchungen (Nrn. 34410 bis 34451), dass bei diesen Positionen als fakultativer Leistungsinhalt jeweils „Kontrastmitteleinbringung(en)“ angegeben sind. „Fakultativ“ bedeutet aber, dass es unerheblich ist, ob die Berechnung der MRT-Positionen mit den Nrn. 34410 bis 34451 für Untersuchungen mit oder ohne Kontrastmitteleinbringung erfolgt.

Für Verunsicherung sorgt auch der Zuschlag Nr. 34452, der für mindestens 2 weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung(en) berechnungsfähig ist. Dieser Zuschlag Nr. 34452 kann berechnet werden, wenn 2 weitere Sequenzen nach

Kontrastmitteleinbringung erfolgen, insgesamt somit mindestens 6 Sequenzen.

Besonderheiten der Zuschlagsposition Nr. 34452

Die Zuschlagsposition Nr. 34452 ist zusätzlich zu folgenden Leistungen berechnungsfähig:

- 34410 (Neurokranium),
- 34411 (Wirbelsäule),
- 34420 (Gesichtsschädel),
- 34421 (Schädelbasis),

Inhalt

EBM-Änderung zum 1. April

Klarstellung zur Osteodensitometrie

Leserforum

Ganzkörper-MRT nach EBM abrechnungsfähig?

Recht

- Interventionell-radiologische Verfahren für Angiologen fachfremd
- Beiträge zum Versorgungswerk ab 2005 nur beschränkt abzugsfähig

- 34422 (Halsweichteile),
- 34430 (Thorax),
- 34440 (Oberbauch),
- 34441 (Abdomen),
- 34442 (Becken),
- 34450 (Extremitäten)
- und 34451 (Hand/Fuß)

Werden mehrere dieser Grundpositionen im Rahmen einer Konsultation erbracht, ist die Nr. 34452 entsprechend der Anzahl der Grundpositionen berechnungsfähig.

Beispiel: Neben einer MRT-Untersuchung des Oberbauches (Nr. 34440) wird auch der Thorax (Nr. 34430) untersucht. Es werden jeweils 4 Sequenzen erbracht. Zusätzlich erfolgen jeweils 2 weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung. Dann ist der Zuschlag Nr. 34452 zusätzlich zu beiden Positionen – insgesamt also zweimal – berechnungsfähig.

Wichtig: In der Leistungslegende zu Nr. 34452 ist der Leistungsinhalt als „...für mindestens zwei weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung(en)“ definiert. Bei „Kontrastmitteleinbringung“ fehlt der Zusatz „erneut“. Daraus kann nur geschlossen werden, dass die Zuschlagsposition Nr. 34452 auch dann berechnungsfähig ist, wenn bereits die Grundleistung nach Kontrastmittelgabe durchgeführt wurde – und dann zwei weitere Sequenzen erfolgen.

Beispiel: Eine MRT-Untersuchung des Neurocraniums wird mit 4 Sequenzen und Kontrastmittel-Gabe durchgeführt. Zu weiteren Abklärung erfolgen zwei weitere Sequenzen ohne erneute KM-Gabe. Abgerechnet wird diese Untersuchung mit dem Ansatz der Nrn. 34410 und 34452. Die Untersuchung ist ebenso abzurechnen, wenn zunächst zwei Sequenzen nativ, dann zwei weitere Sequenzen mit Kontrastmittel und anschließend noch zwei weitere Sequenzen gefahren werden.

Fazit: Für die Berechnung der MRT-Positionen sind 4 Sequenzen Voraussetzung – unabhängig davon,

ob diese ganz oder teilweise mit oder ohne Kontrastmittel erbracht werden. Die Zuschlagsposition Nr. 34452 setzt allerdings voraus, dass Kontrastmittel gegeben wird, wobei eine erneute Kontrastmittelgabe nicht erforderlich ist, wenn bereits die Grundposition mit Kontrastmittel erbracht wurde.

Die Zuschlagsposition Nr. 34452 kann bei mehreren Grundleistungen jeweils einmal zusätzlich berechnet werden. Je Grundposition zusammen mit der Zuschlagsposition Nr. 34452 sind dann allerdings mindestens 6 Sequenzen Abrechnungsvoraussetzung.

Leserforum

Ganzkörper-MRT nach EBM abrechnungsfähig?

Frage: „Seit einiger Zeit erhalten wir zunehmend Überweisungen von anderen Ärzten zur Durchführung von Ganzkörper-MRT-Untersuchungen, so zum Beispiel zur Abklärung bei Patienten mit Plasmocytom. Können wir diese MRT-Untersuchungen bei Kassenpatienten mit den einzelnen Positionen für die verschiedenen anatomischen Regionen abrechnen oder gibt es einen anderen Abrechnungsmodus?“

Antwort: Bei der Auftragsleistung „MRT-Ganzkörperuntersuchung“ ist es nicht statthaft, die auf die einzelnen anatomischen Regionen bezogenen Leistungspositionen mit den Nrn. 34410 bis 34451 nebeneinander zu berechnen. Bei der Untersuchung „MRT-Ganzkörper“ handelt es sich nicht um eine Leistung, die nach Positionen des EBM als vertragsärztliche Leistung berechnet werden kann.

Eine Möglichkeit wäre es, für die Patienten einen Kostenerstattungsantrag mit Abrechnung nach der GOÄ zu erstellen, mit dem sich der Patient an seine Gesetzliche Krankenkasse wenden kann, die dann unter Umständen die Kosten erstattet. Die Abrechnung von MRT-Ganzkörperuntersuchungen ist nach der GOÄ zu vorzunehmen. Die zutreffenden Nrn. der GOÄ (5700 bis 5730) können mit Begründung nebeneinander berechnet werden, wobei die „Ganzkörperuntersuchung“ eine Begründung darstellt. Allerdings ist bei Nebeneinanderberechnung von GOÄ-Positionen nach den Nrn. 5700 bis 5730 der Höchstwert nach Nr. 5735 (6000 Punkte / 1,8fach = 629,25 Euro) zu beachten.

EBM-Änderung zum 1. April

Klarstellung zur Osteodensitometrie durch neue Anmerkung zu Nr. 34600

Osteodensitometrische Untersuchungen nach Nr. 34600 des EBM können laut Leistungslegende nur mit Geräten erbracht und abgerechnet werden, die auf der Photonenabsorptions-Technik basieren. Mit diesem Fachbegriff soll klargestellt werden, dass nur Geräte, welche Knochenmineralgehaltbestimmungen mittels ionisierender Strahlen durchführen, Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind. Insbesondere sollte keine Möglichkeit bestehen, die Nr. 34600 für Ultraschallmethoden zur Bestimmung des Knochenmineralgehaltes abzurechnen.

Auslegungsprobleme ließen Bewertungsausschuss aktiv werden

Der Begriff „Photonenabsorptions-Technik“ hat offensichtlich auch in einigen KVen für Unklarheiten gesorgt. Deshalb hat jetzt der Bewertungsausschuss mit Wirkung ab 1. April 2006 eine weitere Anmerkung zu Nr. 34600 aufgenommen:

„Die CT-gestützte Osteodensitometrie ist als Photonenabsorptions-Technik entsprechend des ersten Spiegelstrichs des obligaten Leistungsinhaltes dieser Leistung

zu verstehen und ist demnach nach der Leistung nach Nr. 34600 zu berechnen.“

KV-Genehmigung für Nutzung des Gerätes erforderlich

Der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass die eingesetzten Geräte den Anforderungen an die apparative Mindestausstattung der Röntgen-Richtlinien entsprechen müssen. Erst nach Erteilung einer Genehmigung durch die zuständige KV dürfen sie in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzt werden.

LSG Nordrhein-Westfalen**Interventionell-radiologische Verfahren sind für Angiologen fachfremd**

von Rechtsanwältin Dr. Peter Wigge und Sebastian Sczuka, Rechtsanwältin Wigge Kleinke Frehse, Münster, www.ra-wigge.de

Interventionell-radiologische Verfahren sind grundsätzlich nicht dem Fachgebiet der Angiologie, sondern ausschließlich dem Gebiet der Radiologie zuzuordnen. Anträge von Internisten mit dem Schwerpunkt Angiologie auf Durchführung dieser Leistungen sind nicht genehmigungsfähig. Auch besteht für Angiologen kein Vergütungsanspruch gegenüber der KV für die Erbringung dieser Leistungen. So hat das Landessozialgericht (LSG) NRW in einem Urteil vom 11. Mai 2005 (Az: L 11 KA 130/03) entschieden. Ob im Einzelfall besondere Fähigkeiten des Angiologen für die Erbringung von interventionellen radiologischen Verfahren vorhanden sind, darauf kommt es nach Auffassung des LSG nicht an.

Berufsrecht für die Beurteilung der „Fachfremdheit“ maßgeblich

Sein Urteil stützt das LSG auf das Merkmal der Fachfremdheit. Demnach richtet sich die Frage, wann eine Leistung fachfremd ist, nach dem ärztlichen Berufsrecht sowie den in der einschlägigen Weiterbildungsordnung (WBO) definierten Inhalten der Fachgebietsbezeichnungen. Danach sollen alle Leistungen, die nach der WBO nicht zur Fachgebietsbezeichnung „Innere Medizin“ gehören, für diese Arztgruppe fachfremd sein. Das ist bei interventionellen-radiologischen Verfahren der Fall.

In dieser Einschränkung der Facharztstätigkeit sieht das LSG eine zulässige Begrenzung der grundgesetzlich geschützten Berufsausübungsfreiheit nach Artikel 12 Abs. 1 Grundgesetz. Diese Begrenzung beruhe auf vernünftigen Gründen des Allgemeinwohls (Qualitätssicherung der vertragsärztlichen Versorgung).

Eine abweichende Beurteilung ergibt sich nach Ansicht des Gerichts auch nicht aus der Musterweiterbildungsordnung (MWO-Ä). Zwar ist dort für die Fachärzte der

Innere Medizin und den Schwerpunkt Angiologie als Weiterbildungsinhalt der Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fähigkeiten in der Mitwirkung bei interventionellen Eingriffen sowie Mitwirkung und Beurteilung therapeutischer Katheterinterventionen zum Beispiel der PTA festgeschrieben. Doch diese Vorschrift greife im vorliegenden Fall nicht ein: Die MWO-Ä sehe lediglich „die Mitwirkung“ des Facharztes für Innere Medizin an der Erbringung von therapeutischen Katheterinterventionen vor. Hieraus ergebe sich jedoch bereits rein sprachlich kein Anspruch auf alleinige Leistungserbringung.

Fazit: Die Entscheidung des LSG NRW steht im Einklang mit der Rechtsprechung von Bundessozialgericht und Bundesverfassungsgericht. Letzteres hatte im Jahre 2004 (Az: BvR 1127/01) entschieden, dass Orthopäden im Bereich der GKV keine MRT-Leistungen abrechnen dürfen. Erfreulich für Radiologen, dass die Sozialgerichte durch die höchstrichterliche Rechtsprechung offenbar sensibilisiert sind und die Kriterien, wann andere Fachgruppen im GKV-Bereich auf radiologische Kernleistungen zugreifen können, hoch ansetzt.

Alterseinkünftegesetz**Beiträge zum Versorgungswerk ab 2005 nur beschränkt abzugsfähig**

Mit dem Alterseinkünftegesetz wurden Altersvorsorgeaufwendungen der so genannten Basisversorgung – wie die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder zum berufsständischen Versorgungswerk – von der Besteuerung freigestellt. Allerdings sind die Beitragszahlungen im Jahr 2005 zunächst nur mit einem Anteil von 60 Prozent als Sonderausgaben abziehbar. Dieser Anteil erhöht sich in den Folgejahren schrittweise um zwei Prozent bis zum Jahr 2025, in dem dann (bis zu bestimmten Höchstbeträgen) 100 Prozent der Beiträge abzugsfähig sind.

Der Bundesfinanzhof hat diesen beschränkten Sonderausgabenabzug nun in einem Eilverfahren vorläufig für rechtmäßig erklärt (Beschluss vom 1.2.2006, Az: X B 166/05). Die Regelung sei verfassungsrechtlich unbedenklich. Im Hinblick auf die Besteuerung der späteren Rentenzufüsse ist jedoch noch zu entscheiden, ob das Verbot einer Doppelbesteuerung beachtet worden ist.

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.