

- Abrechnung
- Steuern
- Recht
- Betriebswirtschaft

EBM 2000plus

Probleme mit dem Verwaltungskomplex Nr. 01430

Gemäß der Präambel zu Kapitel 24 des neuen EBM (Radiologische Leistungen) ist der Verwaltungskomplex Nr. 01430 (30 Punkte) für Radiologen berechnungsfähig. Allerdings kommt es bei der Abrechnung des Verwaltungskomplexes offenbar zu Fehlern. Damit stellt sich die Frage, wofür Radiologen diesen Komplex abrechnen können und wofür nicht.

Berechnung des Verwaltungskomplexes durch Radiologen

Der Verwaltungskomplex ist unter anderem für das Ausstellen von Rezepten ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig. Diese Konstellation tritt bei Radiologen ein, wenn zum Beispiel im Vorfeld einer Untersuchung ein Abführmittel verordnet werden muss und der Patient sich das Rezept vor der Röntgenuntersuchung bei den Praxismitarbeitern abholt.

Außerdem ist der Verwaltungskomplex für das Ausstellen von Überweisungsscheinen ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig. Dies dürfte bei Radiologen allenfalls dann vorkommen, wenn aufgrund eines erhobenen radiologischen Befundes im Nachhinein eine Überweisung zur Weiter- bzw. Mitbehandlung durch einen anderen Arzt abgeholt wird.

Häufiger wird es allerdings vorkommen, dass Anordnungen an Patienten im Auftrag des Arztes durch das Praxispersonal weitergegeben

werden. Um den Verwaltungskomplex berechnen zu können, muss es sich dabei um „individuelle“ Anordnungen handeln, nicht um allgemeine Informationen. So ist der Verwaltungskomplex zum Beispiel nicht berechnungsfähig, wenn Mitarbeiterinnen routinemäßig bei der Terminvereinbarung den Patienten bestimmte Verhaltensregeln telefonisch durchgeben, so zum Beispiel, dass sie zur Röntgenuntersuchung nüchtern erscheinen müssen. Für eine alleinige Terminvergabe ist der Verwaltungskomplex ebenfalls nicht berechnungsfähig.

Inhalt

Privathonorare

Gebührenabschlag Ost soll ab 2007 entfallen

EBM 2000plus

- Abrechnung von MRT-Angiographien bleibt zunächst unverändert
- Dokumentation des Konsiliar-komplexes

Nachbesetzung

Neues Auswahlverfahren nach Aufhebung von Zulassungssperren

Werden individuelle Anordnungen auf Anweisung des Arztes weitergegeben, kann der Verwaltungskomplex auch vor der eigentlichen Röntgenuntersuchung und der Abrechnung von Röntgenleistungen zur Abrechnung gelangen.

Beispiele: Bei der Terminanmeldung gibt der Patient an, „Blutverdünnungsmittel“ einzunehmen, zum Beispiel ASS. Die mit der Terminvergabe beauftragte Helferin fragt beim Arzt nach, der wiederum die Helferin anweist, an den Patienten die Anordnung weiterzugeben, mindestens eine Woche vor der Untersuchung die Einnahme von ASS abzusetzen. Hier wäre der Verwaltungskomplex Nr. 01430 berechnungsfähig.

Ebenfalls berechnungsfähig wäre der Verwaltungskomplex, wenn Patienten nach einer Röntgenuntersuchung – etwa bei Komplikationen – in der Praxis des Radiologen anrufen und der Radiologe dann Mitarbeiter anweist, seine Hinweise an den Patienten weiterzugeben.

Verstärkte Prüfung des Verwaltungskomplexes durch KVen

In einigen KVen ist die gehäufte Abrechnung der Nr. 01430 bei Radiologen aufgefallen, insbesondere bei Abrechnung vor der eigentlichen Röntgenuntersuchung. Festgestellt wurde auch, dass einige Radiologen

die Nr. 01430 für Terminvergaben abgerechnet haben. Wie dargestellt, ist das aber nicht möglich.

Problemvermeidung durch gute Dokumentation

Bei Abrechnung der Nr. 01430 sollten Sie die Sachverhalte anhand Ihrer Aufzeichnungen darlegen können, die zur Abrechnung dieser Position geführt haben. Keinesfalls ist die KV berechtigt, den Verwaltungskomplex Nr. 01430 bei Abrechnung an Tagen vor der eigentlichen Röntgenleistung aus der Abrechnung mit der Begründung zu streichen, der geforderte Leistungsinhalt könne im Vorfeld von Röntgenuntersuchungen nicht erbracht werden.

Privathonorare

Gebührenabschlag Ost soll ab 2007 entfallen

Für die Behandlung von Privatpatienten und Selbstzahlern werden niedergelassene Ärzte aller Voraussicht nach bald in Ost und West die gleiche Vergütung erhalten. So sieht Artikel 7 des jüngst verabschiedeten Entwurfs zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vor, dass die sechste Gebührenanpassungsverordnung aufgehoben werden soll. Da die sechste Gebührenanpassungsverordnung die Vergütung nach der GOÄ in den neuen Bundesländern auf 90 Prozent beschränkt, würden mit der Aufhebung gleiche Gebühren für Ärzte in Ost und West gelten.

Die Abschaffung des Ost-Abschlags begründet der Gesetzgeber mit den inzwischen im Wesentlichen einheitlichen Lebensverhältnissen in Ost- und Westdeutschland.

EBM 2000plus

Abrechnung von MRT-Angiographien bleibt zunächst unverändert

Seit dem 20. Juni 2005 sind die Leistungen der MRT-Angiographie Bestandteil des EBM (Abschnitt 34.4.7). Die Aufnahme der entsprechenden Leistungspositionen – Nrn. 34470 bis 34492 EBM – erfolgte unter der Vorgabe, dass bis Ende 2005 eine Qualitätssicherungsvereinbarung zur Durchführung von MRT-Angiographien geschlossen und daraufhin die Formulierungen und Bewertungen der Leistungspositionen überarbeitet werden sollten.

Abrechnungsmodalitäten erneut verlängert

Bereits im zweiten Halbjahr 2005 stellte sich heraus, dass eine Qualitätssicherungsvereinbarung zur Durchführung von MRT-Angiographien in der Kürze der Zeit nicht zu erstellen war. Im Einvernehmen mit den Vertretern der Krankenkassen wurde deswegen die Zusatzvereinbarung zur Aufnahme der MRT-Angiographie in den EBM zunächst bis zum 30. Juni 2006 verlängert.

Nachdem sich zwischenzeitlich abzeichnete, dass auch im ersten Halbjahr 2006 eine Qualitätssicherungsvereinbarung nicht zustande kommt, wurde beschlossen, die Modalitäten zur Berechnung von MRT-Angiographien im EBM erneut zu verlängern – und zwar bis zum 31. Dezember 2006. Ob allerdings die angestrebte Qualitätssicherungsvereinbarung zum 1. Januar 2007 beschlossen sein wird, ist derzeit schwerlich abzuschätzen. Falls ja, ist mit einer Neufassung der Leistungen der MRT-Angiographie im EBM zu rechnen.

Leserforum EBM 2000plus

Dokumentation des Konsiliarkomplexes

Frage: „Neben einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt als obligatem Leistungsinhalt beinhaltet der Konsiliarkomplex (Nr. 24210 bis 24212) fakultativ die Erbringung der in Anhang 1 zum EBM aufgeführten Leistungen. Dort sind eine ganze Reihe von Leistungen aufgeführt, von denen wir mehrere regelmäßig erbringen, so zum Beispiel intravenöse Kontrastmitteleinbringungen, Kontrastmitteleinbringungen in Gelenke usw. Ist die Erbringung dieser Leistungen mit der Abrechnung des Konsiliarkomplexes ausreichend dokumentiert oder sind hierzu gesonderte Aufzeichnungen erforderlich?“

Antwort: Gemäß § 50 des Bundesmantelvertrages sind sämtliche Befunde, Untersuchungen, Behandlungen usw. zu dokumentieren, einschließlich des Tages der Durchführung. Gemäß der Dokumentationsvorschrift im Bundesmantelvertrag ist es für die Dokumentation unerheblich, ob die erbrachten Leistungen abgerechnet werden bzw. abgerechnet werden können. Zu dokumentieren sind alle Leistungen, egal ob diese berechnet werden können oder nicht.

Mit dem Konsiliarkomplex wird quartalsbezogen pauschal die Erbringung der in Anhang 1 zum EBM aufgeführten fakultativen Leistungen vergütet. Werden im Einzelfall fakultative Leistungsinhalte aus Anhang 1 erbracht, sind die durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen zu dokumentieren. Die alleinige Abrechnung des Konsiliarkomplexes dokumentiert die Erbringung der fakultativen Leistungen nicht ausreichend.

Nachbesetzung

Neues Auswahlverfahren nach teilweiser Aufhebung von Zulassungssperren

von Rechtsanwalt Michael Frehse, Fachanwalt für Medizinrecht, Kanzlei am Ärztehaus, www.kanzlei-am-aerztehaus.de, Münster

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat jüngst die Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte novelliert. Die Novellierung ist insbesondere für niedergelassene Ärzte, deren Praxen in „entsperrten“ Planungsbereichen liegen und die expandieren wollen, von großer Bedeutung.

Hintergrund der Novelle

Besteht in einem Planungsbereich bei einer bestimmten Arztgruppe keine Überversorgung mehr, so hebt der zuständige Landesausschuss nach Nr. 23 der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte die Zulassungsbeschränkungen durch Beschluss mit der Auflage auf, dass Zulassungen nur in einem solchen Umfang erfolgen dürfen, bis für die betroffene Arztgruppe erneut Überversorgung eintritt. Das Bundessozialgericht hatte mit Urteil vom 23. Februar 2005 (Az: B 6 KA 81/03 R) das bis dahin vorgesehene Prinzip, wonach über die Bewerbungsanträge allein nach der Reihenfolge ihres zeitlichen Eingangs beim Zulassungsausschuss zu entscheiden war, für rechtswidrig erklärt. Zugleich haben die Bundesrichter dem für die Änderung der Richtlinien zuständigen G-BA die Verpflichtung auferlegt, das Verfahren und die Auswahl unter mehreren Bewerbern neu zu regeln.

G-BA ändert die Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte

Der G-BA hat die BSG-Vorgaben nunmehr aufgegriffen und die Regelung der Nr. 23 der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte zum 7. April 2006 novelliert. Die Zulassungsausschüsse haben nach Nr. 23 Satz 4 der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte danach auf Grundlage eines zweistufigen Verfahrens zu entscheiden:

Zunächst ist der Aufhebungsbeschluss des Landesausschusses zum nächstmöglichen Zeitpunkt in den amtlichen Bekanntmachungen der KVen zu veröffentlichen, so dass potenzielle Zulassungsbewerber in gleichmäßiger Weise informiert werden. In der Veröffentlichung ist eine Frist, die in der Regel 6 bis 8 Wochen betragen soll, anzugeben, innerhalb derer Bewerber ihre Zulassungsanträge abzugeben haben. Damit soll den Bewerbern ausreichend Zeit zur Verfügung stehen, um ihre Niederlassungsvorhaben zu konkretisieren.

Ausdrücklich normiert ist ferner, dass der Zulassungsausschuss bei dem Auswahlverfahren nur die nach der Bekanntmachung fristgerecht und vollständig abgegebenen Zulassungsanträge berücksichtigt. Hiermit wird klargestellt, dass vor der Bekanntmachung gestellte Vorratsanträge vom Zulassungsausschuss nicht berücksichtigt werden, so dass Manipulationsmöglichkeiten ausgeschlossen sind.

Bevorzugte Behandlung von Job-Sharing-Gemeinschaftspraxen

Vor den Anträgen auf Neuzulassung ist jedoch vorrangig über die Beendigung von Zulassungs- und Leistungsbegrenzungen in Job-Sharing-Gemeinschaftspraxen zu entscheiden – also die Umwandlung von Job-Sharing-Zulassungen in Vollzulassungen, und zwar in der

Reihenfolge der jeweils längsten Dauer der gemeinsamen Berufsausübung in der Job-Sharing-Gemeinschaftspraxis.

Der Zulassungsausschuss hat dann unter mehreren verbleibenden Bewerbern auf eine Neuzulassung nach „pflichtgemäßem Ermessen“ zu entscheiden, und zwar nach den Kriterien berufliche Eignung, Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit, Approbationsalter, Dauer der Eintragung in die Warteliste. Diese Kriterien entsprechen denen bei der Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes nach § 103 Abs. 4 und 5 SGB V. Wie auch dort sehen die Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte keine Gewichtung der Kriterien vor, so dass die Zulassungsausschüsse hierüber nach einer Betrachtung des konkreten Einzelfalls nach Ermessen zu entscheiden haben.

Sofern mehrere Bewerber geeignet sind, sollen die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes im Hinblick auf die bestmögliche Versorgung der Versicherten berücksichtigt werden. Auf diese Weise können die Zulassungsausschüsse einer Konzentration von Ärzten in ohnehin Überversorgten Ballungszentren entgegenwirken.

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.