

- Abrechnung
- Steuern
- Recht
- Betriebswirtschaft

EBM 2008

Für Radiologen kaum inhaltliche Änderungen, aber höhere Bewertungen!

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat fristgerecht am 19. Oktober 2007 zum 1. Januar 2008 eine Neufassung des EBM mit mehr Pauschalierungen und überwiegend höheren Punktzahlen beschlossen. Von der vom Gesetzgeber geforderten weitergehenden Pauschalierung der Leistungsabrechnung bekommen Radiologen allerdings kaum etwas zu spüren, da sie überwiegend per Überweisung zur Durchführung von Auftragsleistungen in Anspruch genommen werden und sich somit eine Pauschalierung der Vergütung verbietet. Was sich im Wesentlichen für Radiologen ändert, wird nachfolgend dargestellt.

Änderungen im Radiologie-Kapitel (Kapitel 24)

In Kapitel 24 des EBM (Radiologische Gebührenordnungspositionen) wurde der Konsiliarkomplex nach den Nrn. 24210 bis 24212 in Konsiliarpauschale umbenannt. Die Bewertung der Nrn. 24210 und 24212 wurde von 140 auf 150, diejenige der Nr. 24211 von 120 auf 125 Punkte erhöht. Weitere Änderungen wurden in Kapitel 24 nicht vorgenommen.

Kapitel 34: Erhöhte Bewertungen bei unveränderten Leistungen

Bei den Leistungspositionen des Kapitels 34 (Diagnostische und interventionelle Radiologie, CT und MRT) sind die Leistungsbeschreibungen unverändert geblieben. Die Punktzahlen wurden allerdings durchgehend erhöht – je nach Leistung um 10 bis 200 und mehr Punkte. Unter Zugrundelegung aller

radiologischen Leistungen erhöhen sich die Punktzahlen um durchschnittlich etwa 6 Prozent. Bei den CT- und MRT-Leistungspositionen fällt die Erhöhung der Punktzahlen im Durchschnitt noch höher aus, nämlich um

- nahezu 10 Prozent bei den CT-Leistungen und um
- mehr als 10 Prozent bei den MRT-Leistungen.

Absolut sind somit die einzelnen CT-Leistungen ab 2008 um 100 bis 200 Punkte höher bewertet als bisher,

Inhalt

Privatliquidation

- BGH bestätigt regelmäßigen Ansatz der Regelhöchsätze
- Höchsatz bei Untersuchung mehrerer Gelenke berechtigt

Wettbewerbsrecht

BGH gestattet Werbung im weißen Kittel

bei einigen MRT-Leistungen beträgt die Erhöhung sogar 300 und mehr Punkte.

Änderungen beim Verwaltungskomplex

Radiologen rechnen den Verwaltungskomplex nach Nr. 01430 relativ häufig für Anweisungen ab, welche die Mitarbeiter telefonisch übermitteln. Diese Berechnungsmöglichkeiten sind ab 2008 eingeschränkt: Zwar kann für telefonische Anweisungen von Mitarbeitern an Patienten der Verwaltungskomplex Nr. 01430 auch künftig abgerechnet werden – jedoch nur dann, wenn in demselben Quartal bei demselben Patienten keine Konsiliarpauschale (Nr. 24210 bis 24212) berechnet wird. Da aber die meisten Patienten im Laufe des Quartals persönlich in der Praxis erscheinen, werden Radiologen den Verwaltungskomplex nur noch relativ selten ansetzen können.

Neue Position für telefonische Konsultationen

Neu eingeführt wurde für telefonische Beratungen die Nr. 01435 (60 Punkte): Diese Position ist auch für Radiologen berechnungsfähig, wenn Patienten mit dem Radiologen persönlich telefonisch Kontakt aufnehmen. Allerdings muss die Initiative vom Patienten ausgehen. Kommt jedoch in demselben

Quartal eine Konsiliarpauschale zur Abrechnung, entfällt die Berechnungsmöglichkeit der Nr. 01435.

In den Fällen, in denen die Patienten persönlich im Laufe des Quartals in der Praxis erscheinen, ist somit ab 2008 sowohl die bisherige Berechnungsmöglichkeit des Verwaltungskomplexes Nr. 01430 als auch die Berechnung der neuen „Telefonposition“ Nr. 01435 nicht gegeben.

Veröffentlichung des EBM

Zugang zum EBM 2008 mit den höheren Bewertungen haben Sie über die Homepage der KBV www.kbv.de und die CD-ROM des Deutschen-Ärztblatts, die der Ausgabe vom 16. November beigelegt hat. Vorgesehen ist auch eine Neuauflage in Buchform, die im Dezember ausgeliefert werden soll.

Fazit

Für Radiologen bleibt bei der Abrechnung der Leistungspositionen alles beim Alten. Durch die Erhöhung der Punktzahlen wird es allerdings im Jahre 2008 auch bei Radiologen zu einem deutlich erhöhten insgesamt abgerechneten Punktzahlvolumen kommen.

Die Erhöhung des Punktzahlvolumens wird sich im Jahre 2008 leider noch nicht im Portemonnaie bemerkbar machen. Bei einem im Wesentlichen unveränderten Honorarbudget in 2008 führt die Zunahme der Punktzahlmenge tendenziell nur zu einem niedrigeren Auszahlungspunktwert. Auch werden dem Vernehmen nach die meisten KVen ihre gegenwärtigen Begrenzungsregelungen in den Honorarverteilungsmaßstäben beibehalten (Praxisbudgets, Regelleistungsvolumen etc.).

Dennoch ist es wichtig, dass mit der Abrechnung im Jahre 2008 der erhöhte Leistungsbedarf der Radiologen dokumentiert wird. Bis Ende 2008 muss nämlich für die Leistungen des EBM ein fester Punktwert für das Jahr 2009 festgelegt werden. Dann erfolgt die Vergütung der Leistungen mit vorab festgeleg-

ten Punktwerten und somit mit im Voraus bekannten Eurobeträgen. Da die budgetierten Gesamtvergütungen ab 2009 entfallen, bleibt abzuwarten, ob und in welchem Umfang sich dann die jetzigen Punktzahlerhöhungen der radiologischen Leistungen in Euro und Cent beim Honorar auswirken werden.

Privatliquidation

BGH bestätigt regelmäßigen Ansatz der Regelhöchstsätze

Ärzte dürfen in ihren Privat abrechnungen weiterhin regelmäßig die GOÄ-Regelspanne (1,0 bis 2,3-facher bzw. 1,8-facher Satz bei technischen Leistungen) nach oben ausschöpfen und somit häufig die jeweiligen Regelhöchstsätze abrechnen. Zu diesem für viele Ärzte erleichternden Ergebnis kommt der Bundesgerichtshof (BGH) in seiner mit Spannung erwarteten Grundsatzentscheidung vom 7. November 2007 (Az: III ZR 54/07). Die drohende Kürzung der Privat abrechnung ist damit abgewendet.

Hintergrund

Im Streitfall ging es hauptsächlich um die Frage, ob ärztliche Leistungen, die nach Schwierigkeit und zeitlichem Aufwand als durchschnittlich zu bewerten sind, mit dem jeweiligen Höchstsatz der Regelspanne – also mit dem 2,3- oder dem 1,8-fachen GOÄ-Satz – abgerechnet werden dürfen. In der bisherigen Rechtsprechung und Literatur wird weitgehend die Auffassung vertreten, die Regelspanne solle für die große Mehrzahl der Behandlungsfälle gelten und den Durchschnittsfall mit Abweichungen nach oben und unten, also auch schwierigere und zeitaufwendigere Behandlungen, erfassen. Hieraus wird vielfach der Schluss gezogen, eine im Durchschnitt liegende ärztliche Leistung sei mit einem Mittelwert innerhalb der Regelspanne zu entgelten. Diese Auffassung hatte unter anderem das Berufungsgericht vertreten. In der Abrechnungspraxis von privaten Krankenversicherungen

und Beihilfestellen ist ungeachtet dessen festzustellen, dass ärztliche Leistungen weit überwiegend zu den Höchstsätzen der Regelspanne (2,3 bzw. 1,8) abgerechnet werden.

Die Urteilsgründe

Nach Auffassung der BGH-Richter verletzt ein Arzt das ihm vom Verordnungsgeber eingeräumte Ermessen nicht, wenn er nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche ärztliche Leistungen mit dem Höchstsatz der Regelspanne abrechnet. Dem Verordnungsgeber sei die Abrechnungspraxis seit vielen Jahren bekannt und er habe davon abgesehen, den Bereich der Regelspanne für die Abrechnungspraxis deutlicher abzugrenzen. Möchte der Arzt für eine Leistung das 2,3-fache des Gebührensatzes überschreiten, ist er nach § 12 Abs. 3 GOÄ verpflichtet, dies für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen und auf

Verlangen die Begründung näher zu erläutern.

Ohne eine nähere Begründungspflicht im Bereich der Regelspanne sei es jedoch nicht praktikabel und vom Ordnungsgeber offenbar nicht gewollt, dass Zahlungspflichtige und Abrechnungsstellen den für eine durchschnittliche Leistung angemessenen Faktor ermitteln oder anderweitig festlegen. Insbesondere habe der Ordnungsgeber einen Mittelwert für durchschnittliche Leistungen innerhalb

der Regelspanne, wie ihn Teile der Rechtsprechung und Literatur für richtig halten, nicht vorgesehen.

Keine schematische Abrechnung der Regelhöchstsätze!

Einen schematischen Ansatz der Regelhöchstsätze indes beurteilen die BGH-Richter als nicht zulässig. Sie betonen explizit, dass sich der abrechnende Arzt bei einfachen ärztlichen Verrichtungen im unteren Bereich der Regelspanne bewegen muss.

Privatliquidation

Berechnung des Höchstsatzes bei Untersuchung mehrerer Gelenke berechtigt

von RA Markus Henkel, Geschäftsführer des BDR, München

Im „Radiologen WirtschaftsForum“ Nr. 10/2007 wurde im Beitrag „Abrechnungshäufigkeit bei Untersuchung mehrerer Abschnitte“ dargelegt, dass die Höchstwertziffer nach Nr. 5735 GOÄ dann anzusetzen ist, wenn mindestens zwei der Leistungen nach 5700 bis 5730 nebeneinander zum Ansatz kommen (zum Beispiel 5700 + 5705). Ein zweimaliger Ansatz derselben Ziffer sei nach dem eindeutigen Wortlaut der allgemeinen Bestimmungen ausgeschlossen.

Auch den Berufsverband der Deutschen Radiologen erreichen zur Abrechnung von MRT-Leistungen unterschiedlicher Gelenke bzw. unterschiedlicher Abschnitte der Wirbelsäule zahlreiche Anfragen. Wir weisen deshalb darauf hin, dass der zutreffende Hinweis in der Ausgabe 10/2007, wonach bei gleichzeitiger Untersuchung zum Beispiel beider Kniegelenke in einer Sitzung nur der einmalige Ansatz der jeweiligen Gebührensätze zulässig ist, noch um einen Aspekt ergänzt werden sollte: In solchen Fällen kann die Gebührensätze über die Begründungsschwelle auf den Höchstsatz gesteigert werden, um den erhöhten Aufwand gegenüber der Untersuchung jeweils nur eines Gelenkes bzw. eines Wirbelsäulenabschnitts gerecht zu

werden. Diese Auffassung teilt auch die Bundesärztekammer (vgl. die inhaltsgleiche Veröffentlichung der BÄK im Deutschen Ärzteblatt 2005 S. A3207 und in DER RADIOLOGE 10/2005, S. M/64).

Zudem weisen wir darauf hin, dass auch im Bereich der Abrechnung mit der gesetzlichen Unfallversicherung zwischenzeitlich auf Grundlage der oben genannten Veröffentlichungen Abrechnungshinweise erstellt worden sind. Die Kenntnis dieser Abrechnungshinweise erweist sich dabei als durchaus hilfreich, um Streitigkeiten mit den Berufsgenossenschaften von vornherein zu verhindern. Sie finden die Hinweise im Internet unter www.hvbg.de/d/pages/reha/verguet/ArbHinweise.pdf.

Wettbewerbsrecht

BGH gestattet Werbung im weißen Kittel

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat seine Rechtsprechung zum Werbeverbot des § 11 Abs. 1 Nr. 4 Heilmittelwerbegesetz erheblich entschärft. Nach dieser Regelung dürfen sich Ärzte nicht in ihrer Berufskleidung oder in Ausübung ihrer ärztlichen Tätigkeit präsentieren, soweit sie sich im Zusammenhang mit einer Werbung für bestimmte Heilmittel oder Behandlungsverfahren darstellen.

Mit Urteil vom 1. März 2007 (Az: I ZR 51/04) entschied nun der BGH, dass dieses Verbot verfassungsgemäß ausgelegt werden muss. Unzulässig sei nur eine Darstellung, die geeignet ist, das Laienpublikum unsachlich zu beeinflussen und dadurch zumindest eine mittelbare Gesundheitsgefährdung zu bewirken. Damit wird eine bildliche Darstellung im Arztkittel in der Regel zulässig sein.

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, Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen, Telefon 02596 922-0, Telefax 02596 922-99

Redaktion: Dipl.-Kfm. Joachim Keil (verantwortlich), Dipl.-Kfm. Britta Link, RA Franziska David

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.