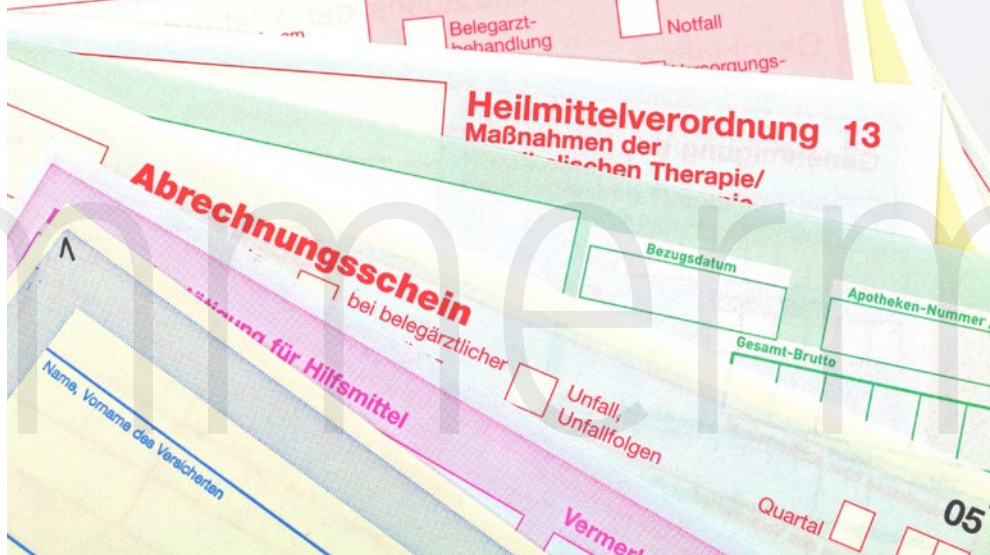




ZIMMERMANN
RECHNET AB



Dr. Gerd W. Zimmermann ist seit 1979 als niedergelassener Allgemeinarzt in Hofheim/Taunus tätig und ebenso lange Mitglied im Deutschen Hausärzteverband. Er ist unser Gebührenordnungsexperte und schreibt regelmäßig für Sie.

Droht bald Chaos bei der Heilmittel

Am 11. April ist das „Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung“ in Kraft getreten. Paragraph 64d sieht vor, dass die Kassen Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung auf Landesebene vereinbaren können, um die Verantwortung der Heilmittelerbringer zu stärken. In diesen Modellvorhaben ist vorzusehen, dass die Heilmittelerbringer auf Basis einer vertragsärztlich gestellten Diagnose und Indikation für eine Heilmittelbehandlung selbst die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen können.

Verantwortung der Heilmittelerbringer zu berücksichtigen, besonders mit Blick auf künftige Mengenentwicklungen und die Anforderungen an die Qualifikation der Heilmittelerbringer. Zudem ist in der Vereinbarung festzulegen, inwieweit die Heilmittelerbringer bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Paragraph 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 abweichen dürfen (Heilmittel-Richtlinie).

Konkrete Regelungen, wie das geschehen soll und – vor allem – wer kontrolliert, dass es zu keiner Mengenausweitung zu Lasten des verordnenden Arztes kommt, sind im Gesetz aber nicht vorhanden. Sobald bekannt wird, dass Kassen solche Modellver-



In den Vereinbarungen ist zwar die mit dem Modellvorhaben verbundene höhere

GOÄ: Beim Multiplikator sollte man rechnen

Kapitel A der GOÄ sieht vor, dass die dort aufgeführten „Gebühren in besonderen Fällen“ nur eine Bemessung bis zum 2,5-fachen des Einzelsatzes (Höchstsatz) oder bis zum 1,8-fachen (Schwellenwert) zulassen. Unter diesen Leistungspositionen befindet sich auch eine beachtenswerte Zahl an Leistungen, die in der hausärztlichen Praxis üblich sind wie die Nrn. 250 (venöse Blutentnahme), 602 (oxymetrische Untersuchung), 605 (Spirographie) oder 651 GOÄ (Ruhe-EKG). Hier gilt es bei der Anwendung des Multiplikators zu beachten, welche Ausschlussregelungen

zu anderen Abrechnungspositionen bestehen, um das finanziell optimale Ergebnis zu erzielen. Ein Ruhe-EKG etwa bringt mit dem 1,8-fachen Satz 26,55 Euro. Kommt es nach einer solchen Untersuchung zu einem zeitlich sehr ausgedehnten Gespräch mit dem Patienten nach Nr. 3 GOÄ, könnte der 3,5-fache Satz zugrunde gelegt werden. In einem solchen Fall resultiert für die Gesprächsleistung ein Honorar von 30,59 Euro.



Die Nr. 3 GOÄ darf man aber neben der Nr. 651 GOÄ nicht berechnen. In

diesem Fall eröffnen sich zwei Lösungswege: Man könnte auf die Berechnung der niedriger bewerteten Nr. 651 GOÄ verzichten, was aber eigentlich nicht einsehbar ist, denn die Leistung wurde ja erbracht. Hier bliebe es dann bei 30,59 Euro für die Berechnung der Nr. 3 GOÄ. Eine Alternative wäre, auf den Ansatz der Nr. 1 GOÄ mit einem 3,5-fachen Satz (statt Nr. 3 GOÄ) auszuweichen. Daneben könnte das Ruhe-EKG berechnet werden und es würde ein Gesamthonorar von 42,86 Euro resultieren (16,31 Euro für das Gespräch, 26,55 Euro für das EKG).

an n rechnet ab

Achtung **Plausiprüfung**: Zeitvorgaben werden nach LANR getrennt

verordnung?

träge abgeschlossen haben, ist daher Vorsicht bei der Verordnung von Heilmitteln geboten. Zwar gilt weiterhin, dass es bei einer Überschreitung von Richtgrößen bei der Heilmittelverordnung keinen unmittelbaren Regress geben darf, sondern zunächst eine Beratung stattfinden muss.

Sofern es zu einer Beratung kommt, sollte man sich aber genau zeigen lassen, welche Heilmittelverordnungen in die Statistiken eingeflossen sind, um die durch den nun zu erwartenden „Wildwuchs“ erzeugter Anwendungen zu separieren. Immerhin: In der Gesetzesbegründung heißt es, die über Modellvorhaben abgerechneten Heilmittel „unterliegen nicht der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung“.

Die KVen sind nun in besonderem Maße aufgerufen, die Interessen ihrer Mitglieder nachhaltig zu vertreten und damit Schaden von diesen abzuwenden.



Die Allgemeinen Bestimmungen des EBM I.5.2 legen fest, dass „bei der Berechnung die Gebührenordnungspositionen nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen unter Angabe der Arztnummer sowie aufgeschlüsselt nach Betriebs- und Nebenbetriebsstätten gemäß Paragraf 44 Abs. 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) zu kennzeichnen sind“. Das klingt zunächst unproblematisch, zumal in der Regel die Praxis-EDV diese Zuordnung der erbrachten Leistungen zum Beispiel in einer Gemeinschaftspraxis erleichtert.

Fehlerhafte Zuordnungen können sich aber fatal auswirken, wenn dies etwa dazu führt, dass ein Praxispartner die tägliche Zwölf-Stundengrenze oder die 780-Stundengrenze im Quartal bei der Plausibilitätskontrolle überschreitet, der andere Praxispartner aber nicht. Eine Verrechnung zwischen den Praxispartnern findet bei der Kassenärztlichen Vereinigung nicht statt.



So eine falsche Zuordnung kann leicht passieren. Eine Vorsorgeuntersuchung bei einem männlichen Patienten einschließlich Krebsvorsorge, Check up und Hautkrebscreening schlägt in der Tagesplausibilitätsprüfung mit 44 Minuten zu Buche. Kommt es dann noch zu einem ausführlichen Gespräch nach Nr. 03230 EBM, steht schon fast eine Stunde im Plausibilitätskonto. Der gewöhnliche Hausbesuch nach Nr. 01410 EBM, ebenfalls mit der Nr. 03230


EBM kombiniert, ist mit 30 Minuten belegt, der Mitbesuch nach Nr. 01413 EBM mit sieben Minuten. Wer ein Altersheim betreut, kann hier leicht die Plausibilitätsgrenze überschreiten, wenn nach Rückkehr in die Praxis in der Abrechnung die LANR-Zuordnung nicht stimmt. Solche Daten müssen zwangsläufig nachträglich in das EDV-System eingetragen werden. Erscheint dort die LANR des anderen Arztes, der während dieser Besuche in der Praxis gearbeitet hat, ist die Schiefelage komplett.

Manchmal ist der EBM aber auch gnädig: Bestimmte Leistungspositionen werden in der Zeitplausibilitätsprüfung einfach nicht berücksichtigt, obgleich sie auch teilweise mit einem nicht unerheblichen Zeitaufwand verbunden sind. Bei den Besuchen ist das etwa die Nr. 01415 EBM (Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen, Einrichtungen und Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal wegen der Erkrankung, noch am Tag der Bestellung ausgeführt; 57,49 Euro) oder auch die Nrn. 01100 und 01101 EBM (Unvorhergesehene Inanspruchnahme zwischen 19 und 22 Uhr oder an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 7 und 19 Uhr, 20,64 Euro bzw. zwischen 22 und 7 Uhr oder an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19 und 7 Uhr, 32,96 Euro). Die letztgenannten Leistungen kann man sogar telefonisch erbringen.

Psychotherapiezuschläge jetzt auch bei Soldaten




Psychotherapeuten erhalten jetzt - wie in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung - auch für Soldaten einen Strukturzuschlag zu antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen. Der entsprechende Vertrag zwischen dem Bundesverteidigungsministerium und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wurde diesbezüglich rückwirkend ab 1. April 2017 geändert.

 Das Verteidigungsministerium hatte um Anpassung des Vertrages nach Paragraph 75 Abs. 6 SGB V in Bezug auf die Vereinbarung von Zuschlägen bei der psychotherapeutischen Behandlung von Soldaten gebeten, weil es befürchtete, dass infolge der Zuschläge im vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Bereich die Behandlung von Soldaten für Psychotherapeuten unattraktiv geworden sei. Es wurde befürchtet, dass die psychotherapeutische Versorgung der Soldaten so nicht mehr im ausreichenden Maße gesichert sei und es zu einer Verschlechterung der Versorgung kommen könne. Dem soll mit der Gewährung von Zuschlägen begegnet werden. Die Änderung sieht vor, dass bei der Ab-

rechnung von Leistungen des Abschnittes 35.2 EBM die Nummern 35251, 35252 und 35253 bereits ab der ersten Sitzung berechnungsfähig sind. Die Bewertung dieser drei Zuschläge erfolgt nach dem in der regionalen Euro-Gebührenordnung ausgewiesenen Wert, multipliziert mit einem Faktor von 0,5. Dieser Faktor von 0,5 führt dazu, dass das Ziel - einem voll ausgelasteten Psychotherapeuten die Beschäftigung einer sozialversicherungspflichtigen Halbtagskraft zu ermöglichen - auch bei der Versorgung von Soldaten erreicht wird. Die Regelung gilt auch für Hausärzte mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“, die berechtigt sind, solche Leistungen bei Kassenpatienten zu erbringen und abzurechnen.

Perücke darf man jährlich neu verordnen

Patienten, die aus gesundheitlichen Gründen ihre Kopfhare verlieren, haben Anspruch auf einen Ersatz. Leidet eine Frau etwa unter totalem Haarausfall, hat sie sogar Anspruch auf eine Echthaarperücke. Die Krankenkasse muss die Kosten übernehmen. Nach einem Urteil ist dies sogar jedes Jahr aufs Neue möglich (SG Koblenz Az.: S 9 KR 706 50/15, S 9 KR 920/16).

 Im konkreten Fall hatte eine Frau geklagt, die unter totalem Haarausfall leidet. Die Krankenversicherung hatte ihr die Kostenübernahme für eine Echthaarperücke zugestanden. In den Folgejahren

kaufte die Frau aber jeweils einen neuen Haarersatz und verlangte von der Krankenkasse auch dafür die Kostenübernahme. Dies lehnte die Kasse mit dem Argument ab, eine Perücke müsse mehrere Jahre halten. Notfalls könne die Frau sie auch aufarbeiten lassen. Die Richter verpflichteten die Krankenkasse daraufhin, die Kosten für eine Perücke pro Jahr zu übernehmen. Eine jährliche Beschaffung sei gerechtfertigt, da man selbst nach einer Reparatur, die etwa acht bis zwölf Wochen dauert, eine Perücke nur noch eingeschränkt benutzen könne. Der Klägerin wiederum sei nicht zuzumuten, während des Zeitraums einer Reparatur die Haarlosigkeit durch Tragen eines Kopftuches zu kaschieren.

