



Dr. Zimmermann RECHNET ab

Haben Sie Fragen zur Abrechnung oder Praxisführung? Mailen Sie der Redaktion: info@medizinundmedien.eu

Sie erhalten zeitnah eine persönliche Antwort. Allgemein relevante Themen werden anonymisiert veröffentlicht.



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



Neues „Prüfmonster“ statt Erleichterung?

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband haben eine neue Prüfvereinbarung (www.hausarzt.link/iy9qp) beschlossen. Anlass dazu ist das Terminservicegesetz (TSVG). Demnach soll die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen im Paragraf 106a SGB V neu geregelt werden. Die bisher vorgesehene Zufälligkeitprüfung

(Stichprobenziehung von mindestens zwei Prozent der Ärzte je Quartal) wurde durch eine Prüfung auf begründeten Antrag ersetzt. Klingt harmlos, ist es aber nicht.

Zum Hintergrund: Da die bisherige Richtlinienkompetenz auf Bundesebene bei der Zufälligkeitprüfung weggefallen ist, wurden zunächst nur Rahmenempfehlungen zur Prüfung auf

Das sind die Eckpunkte und potenziellen Auswirkungen der neuen Honorar-Prüfmaßnahme auf die vertragsärztlichen Praxen

Regelungen (Auszüge)

Paragraf 1 Anwendungsregelungen

1. Prüfungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten sind nicht Bestandteil der Rahmenempfehlungen.
2. Die Rahmenempfehlungen beziehen sich auf selbst erbrachte und veranlasste ärztliche Leistungen.
3. Die Prüfungen können neben dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen einschließlich Sachkosten auch Überweisungen sowie sonstige veranlasste ärztliche Leistungen, insbesondere aufwändige medizinisch-technische Leistungen umfassen. Die Einbeziehung weiterer Leistungen können die Vertragspartner auf Landesebene vereinbaren.

Paragraf 2 Veranlassung und Einleitung

1. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung der ärztlichen Leistungen kann auf Antrag einer einzelnen Krankenkasse, mehrerer Krankenkassen gemeinsam oder der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Prüfungsstelle erfolgen. Eine Prüfung auf Antrag erfolgt auf dem Wege einer Einzelfallprüfung.
2. Eine statistische Abweichung vom Durchschnitt einer Vergleichsgruppe allein reicht für eine Begründung nicht aus. Die Begründung soll konkrete folgende Sachverhalte am Beispiel einzelner Patienten bezeichnen, die einen ausreichenden Verdacht auf Unwirtschaftlichkeit nahelegen.

Gefahren für die Praxis

Wer mit einzelnen Leistungen, Leistungsgruppen oder der Gesamtheit seiner Leistungen über dem Fachgruppenschnitt liegt, muss weiterhin mit Honorarregressen rechnen.

Alternativ oder sogar zusätzlich ist auch eine Einzelfallprüfung möglich, die sich auf einen bestimmten Sachverhalt bezieht. Denkbar sind Prüfanträge auch bei veranlassten Leistungen, z.B. aus dem Bereich der Radiologie und/oder der Labordiagnostik.

Kassen und/oder KV können diese Kriterien als Prüfanlass nehmen:

- fehlende medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Fehlindikation),
- fehlende Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Ineffektivität),
- mangelnde Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualitätsmangel), insbesondere in Bezug auf die in den Richtlinien des G-BA enthaltenen Vorgaben,
- Unangemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel.

Quelle: Rahmenempfehlungen der KBV und des GKV-Spitzenverbandes zur Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen gemäß Paragraf 106a SGB V



begründeten Antrag für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen (Paragraf 106a Abs. 3 SGB V) vereinbart. Das Unterschriftenverfahren ist eingeleitet. Die Rahmenempfehlungen treten am Tag nach der Unterzeichnung in Kraft. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) müssen diese dann in ihre Prüfvereinbarungen einfügen. Dabei könnten sie das neue Prüfmonster noch abfedern!

Mehr Prüfanträge möglich

Die neue Vereinbarung schließt andere Prüfungen, besonders die nach Durchschnittswerten oder Plausibilitätsprüfungen nach Zeitvorgaben, nicht ein. Die Hauptlast der Prüfungen für die Praxen bleibt damit also unverändert bestehen. Zusätzlich können künftig weitere Prüfungen stattfinden, selbst wenn keine statistische Abweichung zur Vergleichsgruppe vorliegt. Neben der Leistungsabrechnung werden auch Sachkosten und veranlasste ärztliche Leistungen, vor allem aufwändige medizinisch-technische Leistungen, in die Prüfung einbezogen. Solche Wirtschaftlichkeitsprüfungen können die KV, einzelne Kassen oder mehrere Kassen gemeinsam bei der Prüfstelle beantragen. Eine solche Prüfung auf Antrag muss als Einzelfallprüfung erfolgen. Die Kassen können neben den bereits praktizierten Einzelfallprüfungen bei

der Arznei- und Heilmittelverordnung jetzt also auch Anträge auf dieser Ebene stellen.

Prüfaufwand soll fallen, tatsächlich wird er steigen

Spätestens an dieser Stelle muss man auch die Kritikfähigkeit der KBV in Zweifel ziehen. Als Hintergrund für die Neuregelung nennt die KBV nämlich den mit der Zufälligkeitprüfung verbundenen hohen bürokratischen Aufwand bei nur geringem Nutzen. Das ist aber schon rein rechnerisch ein Irrtum. Die Zufälligkeitprüfungen waren wenigstens – zwar ebenfalls als Einzelfallprüfungen – auf zwei Prozent der Vertragsärzte in einer KV beschränkt. Künftig können Kassen wahllos solche Prüfungen beantragen, sofern ein „ausreichender Verdacht auf Unwirtschaftlichkeit“ naheliegt (s. Tab.). Selbst eine statistische Abweichung vom Durchschnitt der Vergleichsgruppe ist als Prüfungsauslöser nicht mehr erforderlich. Es genügt die Darstellung von Sachverhalten am Beispiel einzelner Patienten, die einen Verdacht auf Unwirtschaftlichkeit nahelegen. Und wer glaubt, die „unabhängigen“ Prüfungsgremien würden hier schon

einen Riegel vorschieben, der irrt. In diesen Gremien sitzen die Kassen paritätisch und die Ärzterparität dort ist selten eine Interessenvertretung. Schaut man sich die Beispiele für Verdachtsmomente aus der Rahmenempfehlung an, kann es einem „kalt den Rücken runterlaufen“ (s. Tab.).

Fazit für die Praxis: Man muss kein Prophet sein, um vorauszusagen, welche zusätzlichen Belastungen dieser Prüfmechanismus, besonders für die basisversorgenden Vertragsärzte, nach sich ziehen wird. Daher sollten sich Hausärzte künftig auf Basis der „Denke“ von Kassen genau überlegen, welche Leistungen sie an Patienten erbringen oder veranlassen. Gerade die Veranlassung dürfte dabei eine besondere Bedeutung erlangen. Denn ein Regress für angeblich unnötig in Auftrag gegebene CT-, MRT- oder Laboruntersuchungen kann teuer werden. Angesichts dessen hilft es nur wenig, dass die Vertragspartner auf Landesebene die Zahl der je Quartal höchstens zu prüfenden Ärzte in einer KV – wie bislang – begrenzen dürfen. ●

Zeitvorgaben bei der **Leichenschau:** Das müssen Hausärzte beachten

Seit 1. Januar gibt es neue GOÄ-Nummern für die Leichenschau („Der Hausarzt“ 1/20). Das Honorar wurde nach einem Raster, das auch bei der EBM-Kalkulation angewendet wurde, betriebswirtschaftlich kalkuliert. Die Folge: In der Legende der neuen Nrn. 100, 101 und 102 GOÄ tauchen Zeitvorgaben auf, deren Bezug erklärungsbedürftig ist. In einigen Publikationen wurde verbreitet, die Vorgaben von 20 Minuten (Nr. 100), 40 Minuten (Nr. 101) und 10 Minuten (Nr. 102) würden sich ausschließlich auf

die Untersuchung der Leiche beziehen. Das stimmt so nicht! Im Bewertungssystem führt der Zeitfaktor auf Basis eines fiktiven Arztlohns zum jeweiligen Honorar. Es handelt sich dabei um Durchschnittszeiten, die nicht exakt im Sekundentakt zu berücksichtigen sind. Dieses Prinzip liegt bei der gesamten ausstehenden GOÄ-Reform zugrunde und führt dazu, dass die Schwierigkeit einer Leistungserbringung nicht mehr – wie bisher – über Multiplikatoren geregelt wird, sondern einen Zeitfaktor und

Zuschläge. Beides ist bei der Leichenschau bereits realisiert: Die Grundleistungen Nr. 100 und 101 GOÄ haben einen Zeitfaktor und einen Zuschlag für den Mehraufwand bei einer unbekanntenen Leiche. Man kann sie nur „einfach“ berechnen.

Hausbesuch ist fakultativ

Nr. 100 (mind. 20 Min.) und 101 GOÄ (mind. 40 Min.) umfassen:

- Untersuchung des Toten
- (vorläufige) Todesbescheinigung
- Aktenstudium, ggf. Einholung von Auskünften (Angehörige, Ärzte etc.)

- ggf. Aufsuchen der Leiche

Dauert dies nur 10-20 Minuten (bzw. 20-40 Min.) sinkt das Honorar auf 60 Prozent. Bei der Messung der reduzierten Zeit zählt aber das „Aufsuchen“ nicht mit, heißt es in einer Fußnote. Das Aufsuchen ist ein fakultativer Teil der Leistung: Das bedeutet, es muss nicht stattgefunden haben, wenn man sich aus anderen Gründen bereits vor Ort aufgehalten hat. Dies könnte vorkommen, wenn man zu einem Sterbenden gerufen wird und dieser nach einer Reanimation stirbt. Formal kann man hier den Hausbesuch zu Lasten der GKV berechnen und zusätzlich die volle Gebühr für die Leichenschau, wenn die Mindestzeit (ohne Aufsuchen) erfüllt ist. Wie kommt es zu anderen Interpretationen?

Irritierende Gesetzesbegründung

Die gesetzliche Grundlage der GOÄ ist die „Fünfte Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte“. Dort finden sich zum Gesetzestext auch Begründungen. Diese sind nicht immer eindeutig und deshalb interpretationsbedürftig. So heißt es in der Begründung zur Nr. 100 GOÄ: „Das Aufsuchen ist als fakultativer Leistungsbestandteil in die Leistung nach Nummer 100 einbezogen worden, weil es in aller Regel mit der vorläufigen Leichenschau anfällt. Die durchschnittlich für eine (...) vorläufige Leichenschau fachlich erforderliche Zeit beträgt rund 30 Minuten. Vor diesem Hintergrund wird für



die vorläufige Leichenschau (ohne Aufsuchen) eine Minstdauer von 20 Minuten vorgegeben. Die Minstdauer bezieht sich auf alle inhaltlich mit der Leichenschau zusammenhängenden obligatorischen und fakultativen ärztlichen Leistungen vor Ort.“

Demnach könnte man meinen, dass das Honorar einer vorläufigen Leichenschau von 19 Minuten auf 60 Prozent gekürzt werden müsste. Die weitere Begründung liefert aber Aufklärung: „Die Bewertung ergibt sich aus den durchschnittlich anzusetzenden Zeiten für die vorläufige Leichenschau und dem Aufsuchen, für die jeweils durchschnittlich 30 Minuten zu veranschlagen sind (...)“

Dies heißt, der Kalkulation liegen – getrennt nach Leichenschau und Aufsuchen – Durchschnittszeiten zugrunde, die im Einzelement über- und unterschritten werden können. Veranschlagt sind für die Leichenschau und das Aufsuchen je 30 Minuten. Eine Leichenschau von insgesamt 20 Minuten, wobei 5 Minuten auf die Anfahrt entfallen, kann also zu 100 Prozent berechnet werden. Wäre das nicht der Fall, würde die Bewertungskalkulation, die bei Untersuchung und Aufsuchen den gleichen Zeitfaktor ansetzt, nicht mehr stimmen.

Dies gilt entsprechend für die 101 GOÄ. Die Begründung ist identisch, abgesehen vom Zeitumfang von 40 Minuten. Die Kalkulationsbasis liegt bei 60 Minuten und

für das Aufsuchen bei 30 Minuten. Mit Blick auf die zu beachtende Sorgfalt, aber auch den im Honorar gewährleisteten Arztlohn handelt es sich bei den Zeitvorgaben folgerichtig um eine Mischkalkulation.

Modulation weiter möglich

Auch wenn es nicht mehr möglich ist, das Honorar über einen Multiplikator zu verändern, ist dies mit diesen Elementen weiter möglich. Eine Leichenschau, die insgesamt 50 Minuten dauert, sich aber aus 20 Minuten Anfahrt und 30 Minuten Untersuchung nebst korrespondierender Leistungen zusammensetzt, kann ebenfalls zu 100 Prozent in Rechnung gestellt werden. In diesem Fall genügt auch die in Paragraph 12 Abs. 2 GOÄ geforderte Zeitangabe aus dem Gebührenordnungstext von 40 Minuten. Umgekehrt wäre bei einer Anfahrt von 10 Minuten und einer Leichenschau, die trotz der nötigen Sorgfalt (z.B. bekannter Patient) nur 15 Minuten dauert, eine Kürzung auf 60 Prozent des Honorars angemessen. Denn die Mindestzeit von 40 Minuten wird unterschritten. Dies gilt auch für die Zeitvorgabe beim Ansatz des Zuschlags Nr. 102, der ohne Bezug zum Aufsuchen mit 10 Minuten bemessen ist und deshalb auch mit (mindestens) 10 Minuten in die Gesamtdauer der Leichenschau einfließen muss.

Fazit: Die neuen Leistungen der Leichenschau nach GOÄ sind betriebswirtschaftlich kalkuliert und beziehen sich auf einen als angemessen anzusehenden Arztlohn, dem Zeitfaktoren zugrunde liegen. Ähnlich wie bei dem früher im Hinblick auf die Leistungstiefe heranzuziehenden Multiplikator kann jetzt auf der Ebene der Zeitfaktoren ein Ausgleich geschaffen werden. Dabei sollte lediglich unter Qualitätsgesichtspunkten der berücksichtigte Zeitanteil für die Anfahrt – so ärgerlich das auch sein mag – die Zeit für die Untersuchung nicht übersteigen. ●