

Kassenabrechnung

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung – Ein Sachstandsbericht

Die durch das Versorgungsstrukturgesetz 2012 eingeführte Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) kommt langsam in Fahrt. Am 21. März 2013 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im sogenannten Paragraphenteil dieser neuen Versorgungsebene die Anforderungen an die ASV, die grundsätzlich für alle Indikationen und Krankheitsbilder der ASV gleichermaßen gelten, festgelegt, unter anderem die personellen Anforderungen sowie die sachlichen und organisatorischen Voraussetzungen.

Zum 1. April 2014 sind die Detailregelungen für die Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose in Kraft getreten; die bereits beschlossenen Detailregelungen für die Diagnostik und Behandlung von Patienten mit gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle dürften zum 1. Juli 2014 wirksam werden.

Auf der Agenda des G-BA stehen jetzt noch die Regelungen zu den gynäkologischen Tumoren und nachfolgend zu den rheumatologischen Erkrankungen. Mit einer Beschlussfassung zu den rheumatologischen Erkrankungen ist jedoch erst gegen Jahresende zu rechnen.

Erst dann können sich interessierte Rheumatologen zusammen mit anderen Ärzten und gegebenenfalls Krankenhäusern bei dem für diese Versorgungsebene zuständigen Erweiterten Landesausschuss um die Teilnahme bewerben und die Chancen auf ein zusätzliches Honorar nutzen.

Der Erfolg der ASV wird jedoch wesentlich davon abhängen, wie die Vergütungsregelungen im Detail ausgestaltet sein werden:

- In der **ersten Stufe** erfolgt die Vergütung der in der ASV erbrachten Leistungen auf der Grundlage des aktuell geltenden EBM, und zwar ohne Mengenbegrenzung zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. Für im Rahmen der ASV-Behandlung notwendige Leistungen, die im EBM nicht abgebildet sind, muss der sogenannte ergänzte Bewertungsausschuss die Vergütung festlegen.
- In der **zweiten Stufe** muss der ergänzte Bewertungsausschuss prüfen, ob die Vergütung nach der regionalen Euro-Gebührenordnung sachgerecht ist. Etwaige Anpassungen sollen innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten vorgenommen werden.
- In der **dritten Stufe** ist eine „Diagnosebezogene Gebührenordnung in Euro“ zu entwickeln, die – vergleichbar den DRGs - auf betriebswirtschaftlicher Grundlage unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen kalkuliert werden soll.

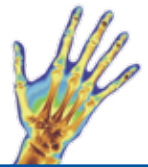
Wir halten Sie wie gewohnt auf dem Laufenden.

Vertragsarztrecht

Unrechtmäßige Honorarkürzung wegen Verstoß gegen Fortbildungspflicht

Das Sozialgericht (SG) Düsseldorf hat der Klage eines Anästhesisten stattgegeben, der sich gegen die Honorarkürzung von 18.500 Euro aufgrund Verstoßes gegen die Fortbildungspflicht aus § 95d SGB V zur Wehr gesetzt hat (Urteil vom 22.1.2014, Az. S 2 KA 1/12).

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) wies den Arzt darauf hin, dass er bis zum 30. Juni 2009 den Nachweis der fachlichen Fortbildung erbringen müsse. Dieser erfolge durch das Fortbildungszertifikat der Ärztekammer Nordrhein (ÄKNo), die sein Zertifikat elektronisch an die KV weiterleiten werde. Der ÄKNo übersandte der Arzt die Originalnachweise, die diese zurücksandte und um Zusendung von Kopien bat. Dieser Bitte kam der Arzt nach. Letztlich erhielt er aber, maßgeblich durch Überlastungen der ÄKNo bedingt, erst Ende 2011 das Zertifikat. Die KV kürzte daher ab dem Quartal III/2009 das Honorar. Das SG hob die Kürzungsbescheide auf: Der Arzt habe die Originalbescheinigungen vorgelegt. Eine Verpflichtung, der ÄKNo Kopien zu übermitteln, habe nicht bestanden. Es sei nicht Aufgabe eines Arztes, originäre Verwaltungstätigkeiten der ÄKNo, deren Zwangsmitglied er ist, selbst zu leisten. Auch habe die KV, die im selben Haus wie die ÄKNo residiere und in Fortbildungsfragen mit der ÄKNo kooperiere, von der Überlastung wissen müssen.



Kassenabrechnung

Häufig nicht beachtet: Die Berichtspflicht

Einige Rheumatologen wurden in jüngster Zeit unangenehm überrascht: Bei Stichprobenprüfungen der Behandlungsunterlagen bzw. bei Prüfungen aus anderen Anlässen wurde festgestellt, dass bei Abrechnung der Leistungspositionen 13700 und 13701 EBM kein Bericht an den Hausarzt verschickt wurde. Folge: Streichung dieser Positionen.

Zwei berichtspflichtige Leistungspositionen im Rheumatologiekapitel

Das Rheumatologiekapitel im EBM (Kapitel 13.3.8) beinhaltet außer den Grundpauschalen 13690 bis 13692 nur die Leistungspositionen 13700 (Zusatzpauschale Behandlung) und 13701 (Zusatzpauschale Diagnostik). Gemäß 2.1.4 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM ist ein Bericht an den Hausarzt Voraussetzung zur Berechnung dieser Positionen, unabhängig davon, ob der Patient mit einer Überweisung des Hausarztes oder eines anderen Arztes zur Behandlung kommt oder primär direkt einen Rheumatologen aufsucht.

Insbesondere bei chronisch Kranken, so zum Beispiel bei Patienten mit einer PCP, die länger und regelmäßig in rheumatologischer Behandlung sind und ihren Hausarzt wegen dieser Erkrankung nicht oder nur selten konsultieren, wird die Berichtspflicht bei Erbringung dieser Leistungen häufig nicht bedacht. Umgekehrt sind viele Hausärzte gar nicht darauf erpicht, regelmäßig Quartal für Quartal Berichte von Patienten zu erhalten, die sich nicht oder zumindest nicht wegen einer rheumatologischen Erkrankung in ihrer Behandlung befinden, zumal sie dann die Berichte auch noch archivieren und zehn Jahre aufbewahren müssen.

Dennoch: Wird die Leistungsposition 13700 (oder 13701) oder werden beide abgerechnet, ist ein Bericht bzw. Arztbrief an den Hausarzt obligate Voraussetzung für die Abrechnung. Und zwar in jedem Quartal, in dem diese Positionen berechnet werden.

Einwilligung erforderlich

Als wäre dies nicht schon aufwendig genug, muss der Patient dem auch noch schriftlich zustimmen. Das heißt, der Rheumatologe muss den Patienten zur Unterschrift eine Einwilligung für die Übermittlung des Berichts vorlegen – so ist es in § 73 SGB V und im EBM in den Allgemeinen Bestimmungen unter 2.1.4 vorgegeben.

Aussetzung der Berichtspflicht kaum möglich

Eine Befreiung von der Berichtspflicht kann nur der Patient selbst bewirken. Weder kann der Bitte eines Hausarztes, keine Berichte zu schicken, gefolgt werden, noch kann der Rheumatologe selbst – aus welchen Gründen auch immer – die Berichtspflicht aussetzen. Nur wenn der Patient widerspricht – also keinen Bericht an den Hausarzt wünscht – oder wenn der Patient keinen Hausarzt hat bzw. keinen angibt, entfällt die Berichtspflicht.

Im Gegensatz zur verpflichtenden schriftlichen Einwilligung für die Befundübermittlung ist für die Ablehnung keine schriftliche Erklärung des Patienten erforderlich, hier reicht zur Dokumentation ein Vermerk in den Behandlungsunterlagen, zum Beispiel „Patient widerspricht der Berichterstattung an den Hausarzt“ oder „Patient hat keinen Hausarzt“

Keine Abrechnung möglich

Und weiter: Der Bericht an den Hausarzt kann nicht nach Nr. 01600 oder 01601 EBM berechnet werden, da diese Positionen mit der Berechnung einer Grundpauschale (13690 bis 13692)

abgegolten sind. Nur die Porto-pauschale für den Versand ist berechnungsfähig. Deswegen kann bei der KV anhand der Abrechnung zunächst auch nicht erkannt werden, ob ein Bericht an den Hausarzt erstellt wurde oder nicht, das stellt sich dann erst bei einer Abrechnungsprüfung heraus.

Berechnungsfähig: Kopien

Wird ein Patient von einem anderen Arzt des fachärztlichen Versorgungsbereichs (zum Beispiel einem Orthopäden) überwiesen, erhält der überweisende Facharzt einen Bericht und eine Kopie des Berichts wird an den Hausarzt geschickt. Dafür ist die 01602 berechnungsfähig, denn nur die Berichte nach 01600 und 01601 sind mit den Grundpauschalen abgegolten, die 01602 dagegen nicht. Zusätzlich zur 01602 ist die Versandkostenpauschale zu berechnen und für die für den Hausarzt erstellte Kopie je Seite die Kopierpauschale 40144. Beachten Sie: Bei Abrechnung der 01602 ist die Arztnummer oder der Name des Hausarztes anzugeben.

Fazit

Bei jeder Abrechnung der Positionen 13700 und 13701 EBM immer Bericht an den Hausarzt schicken, es sei denn, der Patient widerspricht dem oder gibt keinen Hausarzt an.

Impressum

Herausgeber und Verlag

IWW Institut für Wirtschaftspublizistik
Verlag Steuern Recht Wirtschaft GmbH & Co. KG
Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-99
E-Mail: info@rheumaguide.de

Redaktion

Dr. Stephan Voß (Stellv. Chefredakteur, verantwortlich),
RA, FA StR Franziska David (Chefredakteurin)

Lieferung

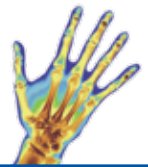
Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der

Hexal AG

Industriestraße 25, 83607 Holzkirchen
Telefon: 08024 908-0, Telefax: 08024 908 1290
E-Mail: service@hexal.com

Hinweis

Der Inhalt des Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel in der in ihm behandelten Rechtsmaterie machen es jedoch notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der RheumaGuide gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Hexal AG wieder.



Fall-Kontrollstudie

Hinweise für verringerte Sterblichkeit von Gicht-Patienten unter Allopurinol

Eine Therapie mit Allopurinol, dem am häufigsten eingesetzten Mittel zur Therapie bei Hyperurikämie und Gicht, scheint nach dem Ergebnis einer großen Fall-Kontrollstudie in England mit einer leicht verringerten Mortalität einherzugehen. Ausgewertet wurden Daten von jeweils knapp 6.000 Patienten ab 40 Jahren mit Hyperurikämie (Serumuratspiegel > 6 mg/dl bei Frauen, > 7 mg/dl bei Männern), bei denen eine Therapie mit Allopurinol begonnen worden war oder die anders behandelt worden waren. Rund 84 Prozent der Studienteilnehmer waren Gicht-Patienten. Im Beobachtungszeitraum von im Mittel 2,9 Jahren starben in der Allopurinol-Gruppe 654 Patienten, in der Kontroll-Gruppe 718. Dies bedeutet eine relative Verringerung der Gesamt-Mortalität um 11 Prozent. Wurden bei der Auswertung nur Gicht-Patienten berücksichtigt, war die Gesamt-Mortalität um 19 Prozent verringert. Der günstige Einfluss von Allopurinol wiegt nach Angaben der Autoren vermutlich seltene, potenziell tödliche Nebenwirkungen der Therapie wie Allopurinol-Hypersensitivitäts-Syndrom und schwere Leberschäden auf.

Italienische Wissenschaftler warnen allerdings mit Blick auf mögliche Nebenwirkungen von Allopurinol vor einem großzügigen Einsatz bei Patienten mit asymptomatischer Hyperurikämie. Bei solchen Patienten werde die Therapie in Leitlinien nicht empfohlen und es gebe aus randomisierten Studien in der Regel auch keine Evidenzen für einen Nutzen. Nur bei folgenden drei Patientengruppen mit asymptomatischer Hyperurikämie sei Allopurinol indiziert:

- Bei persistierend stark erhöhten Harnsäurespiegeln (> 10 mg/dl bei Frauen, > 13 mg/dl bei Männern)

- Bei Ausscheidung von Harnsäure im Urin > 1100 mg täglich
- Bei Patienten, die eine Strahlen- oder Chemotherapie erhalten (zur Vorbeugung einer Harnsäurenephropathie bzw. anderer Manifestationen eines Tumorlysesyndroms).

QUELLEN

- Dubreuil M et al.: Allopurinol initiation and all-cause mortality in the general population. *Ann Rheum Dis* 2014, published online March 24
- Carnovale C et al.: Allopurinol Overuse in Asymptomatic Hyperuricemia. A Teachable Moment. *JAMA Intern Med* 2014, published online May 5

Prospektive Studie

Körperliche Aktivität ist günstig für Patienten mit Kniearthrose

Körperlich aktiv bleiben heißt die Devise für Patienten mit Kniearthrose genauso wie für Patienten mit Risikofaktoren für eine Kniearthrose, zum Beispiel Übergewicht. US-Wissenschaftler haben in einer prospektiven Studie belegt, dass das Risiko für körperliche Beeinträchtigungen aufgrund von Kniebeschwerden bei diesen Personen umso geringer war, je mehr sie sich bewegten. Der Nutzen von körperlicher Aktivität wurde sowohl für leichte Bewegung (gemessen mit einem Accelerometer) als auch für intensivere körperliche Anstrengungen belegt.

In der 2-Jahres-Studie konnten Daten zu 1.680 Personen mit Kniearthrose (zu Beginn ohne körperliche Einschränkungen) oder Risikofaktoren für eine Kniearthrose ausgewertet werden. Das Auftreten körperlicher Beeinträchtigungen korrelierte bei allen Studienteilnehmern invers mit der Dauer leichter körperlicher Tagesaktivitäten. So hatten zum Beispiel Personen, die sich im Schnitt 255 Minuten täglich bewegten (zweite Quartile) ein um rund 40 Prozent geringeres Risiko für körper-

liche Beeinträchtigungen als Personen, die sich im Mittel nur 192 Minuten bewegten (unterste Quartile).

QUELLE

- Dunlop D et al.: Relation of physical activity time to incident disability in community dwelling adults with or at risk of knee arthritis: prospective cohort study. *BMJ* 2014; 348: g2472

Datenanalyse

Starke Schmerzen nach Knie-TEP: Bei Frauen und Arthritikern am häufigsten

Frauen im Alter von 45 bis 65 Jahren mit einer Knieendoprothese (Knie-TEP) aufgrund einer Rheumatoiden Arthritis oder einer Trauma-bedingten Kniearthritiden haben das größte Risiko für starke postoperative Schmerzen in Ruhe. Das hat eine Analyse der Daten von 273 Knie-TEP-Patienten am Hospital for Special Surgery in New York ergeben, die bei der Jahrestagung orthopädischer Operateure in New Orleans vorgestellt worden ist. Neben weiblichem Geschlecht, mittlerem Alter sowie Arthritis waren auch Übergewicht und stärkere Knieschmerzen bei der Klinikeinlieferung Risikofaktoren für starke postoperative Schmerzen, sowohl in Ruhe als auch bei körperlicher Aktivität. Bei Patienten mit Arthrose oder avaskulärer Nekrose war hingegen nach dem Eingriff der Schmerzlevel bei körperlicher Aktivität am geringsten. Auch anatomische Faktoren und Op-Faktoren hatten auf die Schmerzintensität nach dem Eingriff Einfluss. So korrelierten eine Allgemeinanästhesie (vs. epidurale oder Spinalblock), eine längere Op-Zeit, mehr Blutverlust und eine große Kniescheibe mit vermehrten Schmerzen.

QUELLE

- Jahrestreffen der American Academy of Orthopaedic Surgeons, 11. bis 15. März 2014, New Orleans, Dr. Thomas Sculco, New York, Poster 150+164