

Abrechnung EBM

Eigene Morbiditätsstatistik mit der der Fachgruppe abgleichen

Prüfungen der Verordnungs- und Behandlungsweise und daraus u. U. resultierende Regresse haben heute zwar weitgehend ihren Schrecken verloren, abgeschafft sind diese für betroffene Ärzte unangenehme Verfahren aber nicht. Muss ein Rheumatologe seine Verordnungs- oder Behandlungsweise in einem Prüfverfahren plausibel darlegen, gelingt das in der Regel nur dann erfolgreich, wenn er belegen kann, dass sich das eigene Patientenkontingent deutlich von dem seiner Facharztgruppe unterscheidet und dass mehr ordnungs- und/oder behandlungsintensive Patienten behandelt werden. Der einzelne Rheumatologe weiß aber nicht, welches Patientenkontingent seine Fachgruppe behandelt und ob sich sein eigenes davon unterscheidet. Hier schafft die Morbiditätsstatistik der KV Nordrhein (KVNO) Abhilfe.

Morbiditätsstatistik der KVNO

Für jedes Quartal veröffentlicht die KVNO eine statistische Übersicht der 100 häufigsten Diagnoseeinträge der einzelnen Facharztgruppen (ICD-10-Codes). Internisten mit dem Schwerpunkt Rheumatologie sind im Vergleich zu anderen eine relativ kleine Facharztgruppe, für den Bereich der KVNO konnten deswegen nur 20 Ver-

tragsarztpraxen ausgewertet werden. Dennoch können die von diesen 20 Praxen mit der Abrechnung angegebenen Diagnosen als repräsentativ angesehen werden – auch für andere KV-Bereiche, in denen durchweg noch weniger internistische Rheumatologen niedergelassen sind. Die 20 rheumatologischen Praxen haben im IV. Quartal 2015 insgesamt fast 25.000 Fälle abgerechnet mit etwas mehr als 94.000

Diagnoseeinträgen, pro Fall somit durchschnittlich 3,7 ICD-10-Codes.

Praxisbesonderheit belegen

Als Beleg für eine überdurchschnittliche Verordnungs- oder Behandlungsweise, besonders bei der Begründung eines Widerspruchs gegen einen Regress, kann die Statistik der KVNO eine wertvolle Hilfe sein. Zum Beispiel wenn in der eigenen Praxis mehr Patienten mit einer Psoriasis (L40) – bei Rheumatologen dürfte es sich hierbei nahezu ausschließlich um Psoriasispatienten mit Gelenkbeteiligung handeln – als von der Fachgruppe behandelt werden.

Und auch ohne Verwicklung in ein Prüfverfahren kann ein Vergleich mit den von den Fachkollegen angegebenen ICD-10-Codes interessant sein.

Die Morbiditätsstatistik der KV Nordrhein finden Sie unter: www.kvno.de > Praxis > Verordnungen > Morbiditätsstatistik > IV. Quartal 2015

Die 10 häufigsten Diagnoseangaben mit Prozentangabe von allen Diagnosen		
M06	Sonstige chronische Polyarthritiden	35,4 %
M05	Seropositive chronische Polyarthritiden	23,0 %
I10	Essentielle Hypertonie	19,9 %
M15	Polyarthrose	14,5 %
M35	Sonstige Krankheiten mit Beteiligung des Bindegewebes	14,3 %
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten	12,3 %
L40	Psoriasis	11,7 %
M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes	10,3 %
M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	10,2 %
M54	Rückenschmerzen	10,2 %

*Die Prozentsätze addieren sich insgesamt auf über 100 Prozent, weil die vierstelligen ICD-10-Codes für die Statistik auf drei Stellen aggregiert wurden.

Sorgfaltspflicht

Blankorezepte? Besser nicht!

von Rechtsanwältin Henriette Nehse, armedis Rechtsanwälte, Hannover

Der Arzt übernimmt durch seine Unterschrift unter eine ärztliche Verordnung die volle Verantwortung für deren Inhalt. Er darf daher kein Rezept blanko unterschreiben und das Blankorezept anderen, wie etwa seinem Praxispersonal, überlassen. Das gilt selbst dann, wenn die unterzeichneten Blankoverordnungen letztendlich nur nach den ärztlichen Anweisungen ausgefüllt werden.

Sorgfaltspflichtverletzung ...

Der oft hektische Praxisbetrieb fordert einen organisierten Ablauf. So kommt es, um Zeit zu sparen, etwa vor, dass bereits vom Arzt unterschriebene Blankorezepte in der Anmeldung „auf Vorrat“ liegen, damit sie schnell bedruckt und ausgehändigt werden können. Mit einer solchen Vorgehensweise lässt der Arzt jedoch die ihn treffende Sorgfaltspflicht außer Acht:

- **§ 2 Abs. 1 Arzneimittelverschreibungsverordnung** enthält diverse Formvorschriften, die der Arzt bei der Rezeptaussstellung zu beachten hat. Die Verschreibung muss dabei u. a. die eigenhändige Unterschrift der verschreibenden Person enthalten.
- **§ 37 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte** bestimmt: „Die zur Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Vordrucke und Stempel sind sorgfältig aufzubewahren.“ Hieraus wird die Verpflichtung des Arztes abgeleitet, dass Rezeptvordrucke nicht einfach blanko unterzeichnet werden dürfen. Eine rechtskonforme Handhabung erfordert vielmehr, dass das Rezept durch den Arzt erst unterschrieben werden darf, nachdem der Vordruck – etwa mit dem Namen des verordneten Arzneimittels – ausgefüllt worden ist.
- **§ 7 Abs. 8 Musterberufsordnung Ärzte** sieht vor, dass der Arzt einer missbräuchlichen Verwendung seiner Verschreibung keinen Vorschub leisten darf. Hierunter fällt auch das Ausstellen von Blankorezepten. Ein „Vorschubleisten“ liegt bereits dann vor, wenn der Arzt dazu beiträgt, dass für einen Rezeptmissbrauch günstige Bedingungen bestehen.

... mit rechtlichen Konsequenzen

Geht der Arzt nicht sorgfältig mit Verordnungsvordrucken um, können ihm im Ernstfall juristische Konsequenzen

drohen. Hier könnte etwa ein berufsrechtlicher Pflichtenverstoß festgestellt werden, der mit den entsprechenden Sanktionen (u.a. Geldbußen und – in gravierenden Fällen – Approbationsentzug) geahndet werden kann. Auch

wenn ein etwaiger Rezeptmissbrauch durch Dritte nicht unbedingt zur strafrechtlichen Verantwortlichkeit des Arztes führt, so muss dieser allerdings in derartigen Fällen mit einer zivilrechtlichen Schadenersatzhaftung rechnen.

Rechtsprechung

Keine vollständige Honorarrückforderung bei lediglich schlichtem Abrechnungsfehler

von Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht Philip Christmann, Berlin/Heidelberg, www.christmann-law.de

Rechnet ein Arzt schlicht versehentlich tatsächlich ordnungsgemäß erbrachte Leistungen als Einzelleistungen statt mit einer Wochenpauschale ab, so darf lediglich der Differenzbetrag zwischen tatsächlicher und abgerechneter Leistung zurückgefordert werden; die vollständige Rückforderung des Honorars ist nicht zulässig (Sozialgericht [SG] Gotha, Urteil vom 14.1.2015, Az. S 2 KA 4767/11).

Der Fall

Eine BAG rechnete in einer quartalsübergreifenden Woche bei 84 Dialyse-Patienten für tatsächlich erbrachte Behandlungen jeweils drei Einzelsachkostenpauschalen anstelle der Wochenpauschale ab. Die KV berichtete diese Leistungen vollständig, sodass die BAG keinerlei Sachkosten erhielt. Dagegen klagte die BAG.

Die Entscheidung

Das Gericht sprach der BAG die Wochenpauschalen zu. Nach Ansicht des Gerichts gebe es keinen generellen und gleichmäßig schematisch auf alle Fälle des schlichten Versehens anzuwendenden Korrekturmechanismus, da es unterschiedliche Fehlertypen gebe, die auf unterschiedlichen Ursachen beruhen können. Daher müsse je nach Fehlertyp und unter Berücksichtigung des Zwecks von § 106a Abs. 2 SGB V entschieden werden, wie und in welchem Umfang zu korrigieren sei. Das gesamte Honorar könne daher nur dann zurückgefordert werden, wenn der Fehler auf der Ebene der Leistungserbringung (nicht, oder fehlerhaft erbrachte Leistungen) liege. Die

Honorarrückforderung nach § 106a SGB V ist in Fällen, in denen die (formalen und inhaltlichen) Abrechnungsvoraussetzungen einer Gebührenordnungsposition vorliegen und an ihrer Stelle aufgrund eines schlichten Versehens eine andere Position abgerechnet worden ist, auf den Differenzbetrag zwischen abgerechneter und tatsächlich entstandener Position zu begrenzen.

Hinweis

Wie genau die Honorare bei Fehlern der Berechnung etc. zu berichtigen sind, sagt § 106a SGB V nicht. Dies ist in den sogenannten Prüfvereinbarungen gemäß § 106a Abs. 5 SGB V niedergelegt. Das SG Gotha hat nun das „Wie“ der Korrektur präzisiert und die Auffassung vertreten, dass bei schlicht versehentlichen Abrechnungsfehlern ein völliger Wegfall des Honoraranspruchs unangemessen ist. Ähnlich hat schon das Bundessozialgericht entschieden, das bei schlichtem Versehen nicht die gesamte Sammelerklärung entwertet sieht, sondern lediglich eine sachliche und rechnerische Richtigstellung eben dieser Abrechnungsfehler erlaubt (Urteil vom 17.9.1997, Az. 6 RKA 86/95).

Schmerztherapie

FDA mit neuen Sicherheitshinweisen zum Einsatz von Opioiden

Die US-Zulassungsbehörde FDA weist auf ihrer Homepage auf einige Sicherheitsaspekte bei einer Opioidtherapie hin, die für die gesamte Klasse von Opioid-Medikamenten gelten. Aufgeführt werden potentiell schädliche Interaktionen mit zahlreichen anderen Medikamenten, Probleme mit den Nebennieren und eine Abnahme von Sexualhormonspiegeln. In den Fachinformationen der US-Medikamente soll künftig auf diese Risiken hingewiesen werden:

- Opiode können mit zahlreichen serotonergen Medikamenten interagieren, unter anderem mit Antidepressiva (SSRI, SNRI, Trizyklika, MAO-Hemmer) und Triptanen, und dadurch ein Serotonin-Syndrom auslösen. Gehäuft wurden solche Fälle mit Fentanyl und Methadon berichtet. Einige Medikamente enthalten bereits entsprechende Warnhinweise.
- Eine Opioidtherapie kann in seltenen Fällen zu einer Beeinträchtigung der Nebennierenfunktion führen, sodass das Hormon Cortisol nicht in ausreichender Menge produziert wird.
- Der Langzeiteinsatz von Opioiden kann zur Abnahme von Sexualhormonspiegeln und Symptomen wie verringerter Libido, Impotenz oder Infertilität führen.
- Kritisch gesehen werden außerdem Opioidverordnungen bei Schwangeren. In den letzten Jahren gab es eine Zunahme von Opioid-Abhängigkeit bei Schwangeren wie auch von neonatalem Abstinenzsyndrom, so Nora Volkow von den National Institutes of Health in einem Editorial im BMJ.

QUELLEN

- Sicherheitsmitteilung der US-Zulassungsbehörde FDA vom 22.3.2016
- Volkow N: Opioids in pregnancy. BMJ 2016;352:i19

Knie-/Hüftgelenksarthrose

Diclofenac laut Meta-Analyse wirksamstes NSAR bei Arthroseschmerzen

Bei Arthroseschmerzen variiert die Wirksamkeit nicht-steroidaler Antirheumatika laut Daten einer Meta-Analyse von 74 randomisierten klinischen Studien mit insgesamt rund 58.500 Patienten abhängig von der eingesetzten Substanz. Die Studienteilnehmer hatten Knie- oder Hüftgelenksarthrose. Bei Beurteilung der Schmerzlinderung schnitten am besten Diclofenac und Etoricoxib bei Einsatz der maximal zugelassenen Tagesdosierungen ab, also 150 mg bzw. 60 mg täglich. Die Wahrscheinlichkeit einer klinisch relevanten Schmerzlinderung lag bei Therapie mit diesen Dosierungen bei 100 %. Wurde zusätzlich auch die Funktionsverbesserung des Gelenks beurteilt, war Diclofenac am besten wirksam. Die Behandlungseffekte nahmen bei allen eingesetzten NSAR mit zunehmender Dosis zu. Die linearen Dosiswirkungen waren aber nur bei Celecoxib, Diclofenac und Naproxen signifikant. Die Dauer der Therapie hatte auf die Wirksamkeit keinen Einfluss. Keine Rolle sehen die Studienautoren für eine Monotherapie mit Paracetamol bei Arthroseschmerzen.

QUELLE

- da Costa B et al.: Effectiveness of non-steroidal anti-inflammatory drugs for the treatment of pain in knee and hip osteoarthritis: a network meta-analysis. Lancet 2016, published online March 17

Hüft-/Kniegelenksersatz

Erhöhtes Infektionsrisiko bei Steroidinjektionen vor Gelenkersatz-OP

Intraartikuläre Kortisoninjektionen in den Monaten vor einer Hüft- oder Kniegelenksersatz-OP scheinen das Risiko für periprosthetische Infektionen zu erhöhen. Darauf deuten die Daten von zwei großen Studien hin. An der Studie

zum Hüftgelenksersatz waren fast 200.000 Patienten beteiligt, von denen 2 % in den letzten 18 Wochen vor dem Eingriff eine Kortisoninjektion erhalten hatten. Bei Patienten, die Injektionen bis 6 Wochen vor dem Eingriff erhalten hatten, war das Risiko für periprosthetische Infektionen innerhalb eines Jahres um 76 % Prozent höher als bei Patienten ohne Injektionstherapie (in absoluten Zahlen 1,52 % vs. 0,87 %, $p=0,042$), bei Patienten mit einer Kortisonspritze in den Wochen 6-12 vor dem Eingriff war das Risiko um 58 % erhöht. Länger zurückliegende Infektionen hatten keinen Einfluss. In der Studie zum Kniegelenksersatz bei insgesamt knapp 84.000 Patienten wurde sogar für Kortisonspritzen bis 7 Monate vor dem Eingriff eine Beeinflussung der Infektionsrate dokumentiert. Das Risiko nahm zu, je kürzer der Abstand zur Op war. Bei einer Spritze einen Monat zuvor war das Risiko um 80 % erhöht.

QUELLE

- Jahrestagung der American Academy of Orthopaedic Surgeons, 1.-5.3.2016, Orlando/Florida, Dr. William Schairer, NYCity, Dr. Nicholas Bedard, Iowa City



Impressum

Herausgeber und Verlag
IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
Niederlassung: Aspastraße 24, 97394 Nordkirchen
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-99
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg
E-Mail: info@rheumaguide.de

Redaktion
RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin),
Dr. Stephan Voß M.A. (Stv. Chefredakteur, verantwortlich)

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
Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Hexal AG wieder.