



Kassenabrechnung

Im Fokus der Prüfungsgremien: Die Dokumentation

Ärzte, die mit den abgerechneten Leistungen nicht oder kaum vom durchschnittlichen Abrechnungsspektrum der Fachgruppe abweichen, werden in der Regel nicht in Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren involviert. Dennoch: Die Möglichkeit in ein Prüfverfahren verwickelt zu werden, besteht auch für die Ärzte, deren Abrechnungsspektrum keine Auffälligkeiten aufweist. Gemäß § 106 SGB V sind mindestens zwei Prozent der abrechnenden Ärzte per Stichprobe (Zufälligkeitsprüfung) auf Wirtschaftlichkeit zu prüfen.

Stichprobenprüfungen in allen KVen

Viele niedergelassene Ärzte kommen im Laufe ihrer Praxistätigkeit glücklicherweise nicht in die unangenehme Situation, vor einem Prüfungsgremium die Plausibilität der abgerechneten Leistungen erläutern zu müssen. Inzwischen sind Krankenkassen und KVen gemeinsam über Prüfungsstellen dazu gesetzlich verpflichtet, Stichprobenprüfungen durchzuführen. Davon können auch Ärzte betroffen sein, deren Abrechnungen keinerlei Auffälligkeiten aufweisen.

Gemäß den gesetzlichen Vorgaben (§ 106 SGB V) sind bei einer Prüfung auf der Basis von Stichproben nicht nur die abgerechneten Leistungen einzubeziehen, sondern auch Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie sonstige veranlasste Leistungen sind auf ihre Plausibilität zu prüfen. Außerdem insbesondere die Veranlassung von aufwendigen medizinisch-technischen Leistungen wie zum Beispiel CT, MRT usw.

Bei einer Stichprobenprüfung muss der Vertragsarzt in der Lage sein, anhand der Dokumentation in den Behandlungsunterlagen die Plausibilität der erbrachten und veranlassten Leistungen belegen zu können.

Mangelhafte oder keine Dokumentation = keine Vergütung

Insbesondere bei der Dokumentation kommt es immer wieder zu Beanstandungen. Mit der Folge, dass nicht ausreichend dokumentierte Leistungen gestrichen und nicht vergütet werden. Nachfolgend einige Beispiele.

Psychosomatik

Etwa ein Drittel der niedergelassenen Rheumatologen hat eine Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung. Erbracht werden im Wesentlichen die differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände nach Nr. 35100 EBM und verbale Interventionen nach Nr. 35110 EBM.

Bei beiden Leistungspositionen sind unter drei Spiegelstrichen die zu erbringenden obligaten Leistungsinhalte aufgeführt:

- Der obligate Leistungsinhalt: „Dauer mindestens 15 Minuten“ ist nicht gesondert in den Behandlungsunterlagen zu dokumentieren, mit der Abrechnung der Nr. 35100 bzw. der Nr. 35110 gewährleistet der Arzt, dass die Leistungserbringung mindestens 15 Minuten in Anspruch genommen hat.

- Bei den beiden anderen obligaten Leistungsinhalten der Nrn. 35100 und 35110 sind bei jeder Abrechnung, zumindest stichwortartig, in den Behandlungsunterlagen Aufzeichnungen erforderlich.
- Bei der Leistung nach Nr. 35100 fehlen häufig Angaben zur differentialdiagnostischen Klärung der psychosomatischen Krankheitszustände und insbesondere schriftliche Vermerke über die ätiologischen Zusammenhänge, bei Nr. 35110 Angaben zum Inhalt der verbalen Interventionen.

Außerdem: Vielfach wird auch beanstandet, dass sich die Notwendigkeit zur Erbringung psychosomatischer Leistungen aus den angegebenen Diagnosen (ICD-10 Schlüssel, somatische und psychosomatische Erkrankung) nicht nachvollziehen lässt.

Hinweis: Verbale Interventionen nach Nr. 35110 können fachgerecht nur dann erbracht werden, wenn zuvor eine differentialdiagnostische Klärung der psychosomatischen Krankheitszustände nach Nr. 35100 erfolgt ist. Das sollte aus der Abrechnung ersichtlich sein.

Weitere Beispiele

Im EBM-Abschnitt 13.3.8 (Rheumatologie) steht den Rheumatologen außer den Versichertenpauschalen nur die Leistungspositionen 13700 und 13701 zur Verfügung. Bei Abrechnung der Nr. 13700 ist unbedingt eine der unter fünf Spiegelstrichen angegebenen Erkrankungen zu kodieren, bei Nr. 13701 ist es ausreichend, wenn einer der mittels „und/oder“ unter fünf Spiegelstrichen miteinander verbundenen obligaten Leistungsinhalte erbracht und dokumentiert wird.



Umfang der Dokumentation

Zum Umfang der erforderlichen Dokumentation gibt es – von einigen Ausnahmen abgesehen (zum Beispiel Leistungslegende zu Nr. 35100) – im EBM keine konkreten Hinweise.

Im Bundesmantelvertrag (§ 57) ist lediglich ausgeführt: „Der Vertragsarzt hat die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung in geeigneter Weise zu dokumentieren.“

Was unter „geeigneter Weise“ zu verstehen ist, wird nicht näher erläutert, verwiesen wird lediglich darauf, dass die Aufzeichnungen mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren sind, soweit nicht andere Vorschriften (zum Beispiel bei Röntgenleistungen) eine abweichende Aufbewahrungszeit vorschreiben.

Damit sind die Vertragsärzte weitgehend auf sich gestellt, was die Ausführung und den Umfang der Dokumentation betrifft.

Keinesfalls sind die Dokumentationen so auszuführen, dass auch medizinische Laien, zum Beispiel Mitarbeiter der KV oder einer Krankenkasse, anhand der Dokumentation die Vollständigkeit und Plausibilität der erbrachten Leistungen nachvollziehen können müssen. In der Regel sind Dokumentationen so auszuführen, dass ein fachkundiger Arzt die erbrachten Leistungen anhand der Aufzeichnungen nachvollziehen kann.

Fazit

Auch bei unauffälliger Abrechnung muss mit einer Prüfung auf Wirtschaftlichkeit und Plausibilität auf der Basis von Stichproben gerechnet werden. Um Honorarverluste durch Streichungen von Leistungen zu vermeiden, sind deswegen immer alle erbrachten Leistungen vollständig in den Behandlungsunterlagen zu dokumentieren.

Vergütung

BSG: Quotierte Vergütung der freien Leistungen ist zulässig

von Rechtsanwalt Nico Gottwald, Sindelfingen, gottwald@rmped.de

Die „freien Leistungen“, die als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) honoriert, aber außerhalb der Regelleistungsvolumina (RLV) vergütet werden, müssen nicht von mengenbegrenzenden Regelungen ausgenommen werden. Eine quotierte Vergütung der freien Leistungen ist daher zulässig, entschied das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 17. Juli 2013 (Az. B 6 KA 45/12 R).

Was zählt bei Rheumatologen zu den „freien Leistungen“?

Zu den freien Leistungen zählen zum Beispiel – fachübergreifend – die dringenden Besuche und die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten. Ansonsten wird nach der Fachgruppe differenziert.

Welche Leistungen als „frei“ qualifiziert werden, hängt vom Honorarverteilungsmaßstab der jeweiligen KV ab. Die Zuordnung zu den freien Leistungen ist nicht überall gleich. Bei den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie in Baden-Württemberg werden die praxisklinische Beobachtung und Betreuung und die Akupunktur außerhalb der RLV als freie Leistungen vergütet.

Der Fall

Geklagt hatte ein Facharzt für Allgemeinmedizin. Er wandte sich gegen den Honorarbescheid des Quartals 2/2010 der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW). Seine Klage begründete er damit, dass die KVBW nicht befugt sei, die freien Leistungen quotiert, das heißt nicht mehr zu den vollen Preisen des EBM, sondern je nach Leistungsmenge nur noch mit einer niedrigeren Vergütungsquote zu honorieren. Die freien Leistungen seien vom Gesetzgeber ausdrücklich als besonders förderungswürdig bewertet worden. Daher müssten sie auch in vollem Umfang zu den Preisen des EBM vergütet werden.

Die Entscheidung

Klage und Berufung des Hausarztes blieben wie auch die Revision ohne Erfolg. Das BSG argumentiert in seinem aktuellen Urteil wie folgt:

In seinem Beschluss vom 22. September 2009 habe der Bewertungsausschuss in zulässiger Weise entschieden, dass freie Leistungen einer Steuerung unterzogen werden können, um einer nachteiligen Auswirkung auf die Gesamtvergütung zulasten anderer Ärzte entgegenzuwirken. Die Umsetzung dieses Beschlusses durch die KVBW sei nicht zu beanstanden. Es sei eine zulässige Mengenbegrenzung, wenn ein Kontingent für die jeweilige freie Leistung gebildet werde, mit der Folge, dass die Überschreitung dieses Kontingents zu einer quotierten Vergütung führe – zumal festgelegt sei, dass die Quote nicht unter 80 Prozent absinken dürfe. Eine Förderung der freien Leistungen sei bereits darin zu sehen, dass diese außerhalb des RLV vergütet würden. Damit werde ein Anreiz für den Arzt gesetzt, diese Leistung auch dann noch zu erbringen, wenn sein RLV bereits erschöpft sei.

Urteil stützt Fallwertstabilität

Die Rechtsauffassung des BSG ist nachvollziehbar. Der Bewertungsausschuss sowie die KV haben sich an den Rahmen der Ermächtigungsgrundlagen gehalten. Aus Gründen der Honorarverteilungs-gerechtigkeit ist eine Mengenbegrenzung der freien Leistungen sinnvoll. So kann der Fallwert stabil gehalten werden, wovon die Mehrzahl der Ärzte profitiert.



Vaskulitis

Remissionsinduktion durch Rituximab bei ANCA-assoziiierter Vaskulitis langfristig wirksam

Ein vierwöchiger Zyklus mit dem anti-CD20-Antikörper Rituximab zur Remissionsinduktion bei Patienten mit schwerer ANCA-assoziiierter Vaskulitis ist langfristig genauso wirksam wie eine kontinuierliche Behandlung mit dem bisherigen Standard, Cyclophosphamid gefolgt von Azathioprin. Das belegen aktuelle Daten einer US-Studie mit einem Follow-up von 18 Monaten.

An der Multicenterstudie, die zum Nachweis der Nicht-Unterlegenheit eines vierwöchigen Antikörper-Zyklus im Vergleich zur dauerhaften Standardtherapie angelegt war, nahmen insgesamt 197 Patienten teil. Sie wurden randomisiert mit Rituximab behandelt (einmal wöchentlich über vier Wochen) oder mit Cyclophosphamid (3-6 Monate) gefolgt von Azathioprin (12-15 Monate). Wie bereits berichtet, war die Antikörpertherapie zum Erreichen einer Remission etwas wirksamer: Nach 6 Monaten waren 64 Prozent der Behandelten in kompletter Remission im Vergleich zu 53 Prozent unter der Standardtherapie.

Die jetzt vorgelegten neuen Daten der Nachbeobachtung belegen, dass die meisten Responder auf den Antikörper-Zyklus auch über 18 Monate in Remission blieben. Nach 12 Monaten waren 48 Prozent und nach 18 Monaten 39 Prozent der Patienten der Rituximab-Gruppe frei von einem erneuten Krankheitsschub geblieben; in der Vergleichsgruppe waren es 39 Prozent und 33 Prozent. Bei den 101 Studienteilnehmern, die zu Beginn bereits eine rezidivierende Erkrankung hatten, war der Antikörper-Zyklus bei Beurteilung nach 6 und 12 Monaten (49 Prozent vs. 24 Prozent in Remission) signifikant wirksamer; nach 18 Monaten gab es keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Bei der Verträglichkeit

beider Therapieregime gab es nur geringe Unterschiede.

Quelle: Specks U et al.: Efficacy of Remission-Induction Regimes for ANCA-Associated Vasculitis. N Eng J Med 2013; 369: 417-427

Gonarthrose

Literaturreview bestätigt Wirksamkeit von Schlamm- und Fangopackungen bei Kniegelenksarthrose

Heilschlamm- und Fangopackungen sind beliebte Anwendungen bei Patienten mit Kniegelenksarthrose. Diese Verfahren können zur Linderung von Schmerzen sowie zur Verbesserung der Mobilität und Lebensqualität der Betroffenen beitragen, bestätigt ein Literaturreview.

Spanische Wissenschaftler haben die Literatur nach Studien zur Wirksamkeit sogenannter „Mud-Packs“ bei Patienten mit Gonarthrose durchsucht. Aus insgesamt 115 Veröffentlichungen seit dem Jahr 2000 mit mindestens 20 Teilnehmern wählten sie 20 Studien mit gutem Design aus und unterzogen die Daten einer Meta-Analyse.

In zwölf Studien wurde die Funktionalität des Kniegelenks untersucht, in 17 Studien die Schmerzen und in fünf Studien die Lebensqualität der Patienten. Bei allen Variablen wurden nach Einsatz von Badetorf, Heilschlamm oder Fango als großflächige Packungen signifikante Verbesserungen festgestellt, berichten die Autoren. „Mud-Packs“ zählen nach ihrer Einschätzung zu den ergänzenden, wirksamen Behandlungsalternativen im klinischen Gesamtmanagement bei Gonarthrose. Allerdings seien noch mehr Studien mit qualitativ hochwertigen Methoden wünschenswert.

Quelle: Espeja-Antúnez L et al.: Clinical effectiveness of mud pack therapy in knee osteoarthritis. Rheumatology 2013; 52 (4): 659-668

Coxarthrose

Frauen haben erhöhtes Risiko für frühe Revisionen nach Hüft-TEP-Implantation

Bei Frauen mit künstlichem Hüftgelenk ist das Risiko einer frühen Revision um rund 30 Prozent höher als bei Männern. Das geht aus einem großen US-Register hervor mit Daten zu mehr als 35.000 implantierten Hüft-TEP. 58 Prozent der Registerpatienten waren weiblich, das Alter lag bei durchschnittlich 66 Jahren. Nach einem Follow-up von im Median drei Jahren war bei 2,3 Prozent der Frauen, aber nur bei 1,9 Prozent der Männer eine Revisions-Op nötig geworden. Gehäuft wurden bei Frauen sowohl Revisionen wegen Lockerungen der Prothesen als auch wegen Infektionen nötig. Besonders hoch war die Risikoerhöhung bei Frauen, die reine Metall-TEPs erhalten hatten: Bei ihnen war das Revisionsrisiko doppelt so hoch wie bei Männern. Im Begleiteditorial wird die geringere Kopfgröße der Prothese, die zu einer rascheren Lockerung führen könnte, als wichtiger Grund für das erhöhte Revisionsrisiko genannt. Aber auch bei Berücksichtigung dieses Faktors war das Revisionsrisiko bei Frauen immer noch um 15 Prozent höher als bei Männern.

Quelle: Inacio M et al.: Sex and Risk of Hip Implant Failure. Assessing Total Hip Arthroplasty. Outcomes in the United States. JAMA Intern Med 2013;173(6): 435-441

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.