

BDA

Berufsverband Deutscher Anästhesisten Ambulante Anästhesie Aktuell

Referat für den vertragsärztlichen Bereich:

Elmar Mertens

Trierer Straße 766 – 52078 Aachen

Telefon: 0241 – 4 01 85 33 Telefax: 0241 – 4 01 85 34

e-Mail: bda-mertens@t-online.de www.bda.de

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

zum Jahresende hier noch ein paar Informationen, die evtl. für Sie von Interesse sind:

Fachärztliche Grundversorgerpauschale

Am Ende des Quartals IV/2013 fällt die bereits in der letzten Rundmail erläuterte Pauschale nach Ziffer 05220 erstmals in der Abrechnung an. Diese Ziffer mit einem Wert von 7,00 € kann nur in den Fällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich eine Grundpauschale nach 05210 bis 05212 angesetzt wurde. Das kann durchaus auch in den Fällen sein, bei denen im Rahmen der Schmerztherapie nicht die Ziffer 30700 angewendet wird und nach dem Arzt-Patienten-Kontakt z. B. nur ein Rezept ausgestellt wird. Die im Anhang 1 zum EBM (nicht gesondert abrechnungsfähige Leistungen) stellen für die Ziffer 05220 kein KO-Kriterium dar.

Grundsätzlich ist vorgesehen, dass die KVen die Grundversorgerpauschalen nach Ziffer 05220 in den entsprechenden Behandlungsfällen automatisch hinzusetzen. Wie weit das denn auch umgesetzt werden wird, scheint nicht in allen KVen klar und die Praxisprogramme scheinen diese Ziffer auch unterschiedlich zu behandeln.

Bundesmantelvertrag ab 1. Oktober 2013

Die ursprünglich zwei Bundesmantelverträge sind jetzt zu einem einheitlichen zusammengefasst. Neu ist die Klarstellung, dass es einen Beleganästhesisten mit allen Rechten und Pflichten gibt. Bisher war dies ja nur „geduldet“ und der belegärztlich tätige Anästhesist galt als „hinzugezogener Arzt“. Das bedeutet jetzt u. a. dass es offizielle Belegarztverträge mit den Belegkrankenhäusern geben wird. Diese Tätigkeit ist auch in mehreren Krankenhäusern möglich. Bisher besteht bei den KVen Uneinigkeit, ob bzw. wie zulassungsrechtlich damit umzugehen ist. Derzeit kann nur empfohlen werden, eine Neuaufnahme dieser Tätigkeit bei der KV anzuzeigen. Für die in der Vergangenheit schon belegärztlich Tätigen ist über die Abrechnung gegenüber der KV diese Tätigkeit ja bereits klargestellt und es besteht nach diesseitiger Auffassung Bestandsschutz. Das müssen aber nicht alle KVen so sehen, daher sollten Sie verstärkt auf die jeweiligen KV-Mitteilungen achten.

Belegärztliches MVZ

Da die Zulassung eines Belegarztes grundsätzlich nur für diesen persönlich gilt, bestand die Auffassung, dass in einem MVZ angestellte Ärzte nicht Belegarzt sein können. Dem ist das BSG entgegen getreten und hat klargestellt, dass einzelne angestellte Ärzte eines MVZs sehr wohl eine (persönliche) Zulassung als Belegarzt bekommen können, bzw. darauf ein Rechtsanspruch besteht, das gilt damit auch für die Anästhesie (AZ: B 6 KA 15/10 R)

Überweisung durch Ermächtigte

Hier gibt es eine neue Regelung zum Überweisungsverfahren, dazu finden Sie Genaueres auf der

BDA-Homepage.

Problemfeld Katarakte

Die Welle der Plausiprüfungen wegen der Häufigkeit durchgeführter/abgerechneter Narkosen im Rahmen der Kataraktchirurgie flaut nicht ab: Es melden sich immer mehr Kolleginnen und Kollegen beim BDA, die von der KV um Übersendung von Narkoseprotokollen und/oder Stellungnahmen gebeten oder dazu aufgefordert werden. Hierzu einiges Grundsätzliches:

Wichtig ist immer ob ein Verfahren eröffnet ist, ein Bescheid (hat am Ende immer eine Rechtsmittelbelehrung) erteilt ist oder ob es sich noch überhaupt nicht um ein offizielles Verfahren handelt. Das Schriftstück sollte hier im Referat für den vertragsärztlichen Bereich vorliegen, damit in jedem Einzelfall die Vorgehensweise besprochen werden kann. Eine Rechtsberatung bzw. Stellungnahme durch eine RÄ/RA sollte erst nach Rücksprache geschehen. Sofern bisher korrekt abgerechnet wurde, gibt es keinen Grund, wegen der Nachfragen seine Vorgehensweises oder sein Abrechnungsverhalten zu ändern, ganz im Gegenteil ist dies kontraproduktiv, so wird ein Indiz dafür geschaffen, dass in der Vergangenheit ggf. unkorrekt gehandelt wurde.

Die Narkoseprotokolle müssen unverändert, also auch mit Namen des Patienten herausgegeben werden. Ein Problem mit der Schweigepflicht bzw. Datenschutz gibt es hierbei nicht. Man sollte immer nur Kopien herausgeben und die Originale behalten. Eine nachträgliche Änderung der Dokumentation ist unzulässig, lediglich Nachträge von Tatbeständen, die grundsätzlich in jedem Fall vorliegen, bisher aber nicht ausreichend dokumentiert wurden, sind denkbar.

Leistungsinhalt 31822 (Kombinationsnarkose)

In fast allen bisher bekannten Fällen wird hinterfragt, ob überhaupt der **Leistungsinhalt einer Kombinationsnarkose** erfüllt war bzw. ob es sich nur um eine Analgosedierung handelte. Der Leistungsinhalt setzt den Einsatz von mindesten zwei Medikamenten mit analgetischer und/oder sedierender Wirkung voraus. Ein volatiles Anästhetikum ist nicht erforderlich, selbstverständlich zählt Lachgas, nicht jedoch z. B. Sauerstoff, Atropin oder Blutdruckmedikamente. Die Applikationsform ist in der Leistungsbeschreibung nicht festgelegt und ist daher unmaßgeblich. Die Dosierung z. B. von Propofol, bei dem in der arzneimittelrechtlichen Zulassung zwischen Sedierung und Narkose unterschieden wird, kann nicht vollwertig als Kriterium herangezogen werden, da durch die Kombination eine Potenzierung der Wirkung vorauszusetzen ist.

Der EBM erwartet neben der Kombination von Medikamenten zudem ein Atemwegsmanagement (Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation). Auch wenn es keine „offizielle“ Formvorschrift für Narkoseprotokolle gibt, muss empfohlen werden, das Atemwegsmanagement zu dokumentieren. Dass ein solche vorliegt, wird auch dokumentiert durch die Kapnometrie, die aber keine EBM-Vorschrift darstellt. Das (selbstverständlich zu dokumentierende) Pulsoxymeter ist keine EBM-Vorschrift, sehr wohl aber das EKG-Monitoring (siehe Präambel Kapitel 5) ggf. könnte auch ein BIS-Monitoring ein Kriterium sein. Zu alle diesen Kriterien gibt es bisher für den EBM 2000plus keine heranzuziehende Rechtsprechung.

Sofern auf dem Narkoseprotokoll auch ein Regionalanästhesieverfahren dokumentiert werden soll, sollte immer die Begrifflichkeit des EBM Berücksichtigung finden: Der EBM kennt nur die „Retrobulbäre Anästhesie“. Wie weit dieser Begriff medizinisch korrekt ist, spielt abrechnungstechnisch keine Rolle, daher könnte man ein Ankreuzfeld verwenden, in welchem durch Ankreuzen „peri-/para/retrobulbär“ (mit Zusatz des Medikamentes incl. Dosierung) eine Regionalanästhesie am Auge dokumentiert wird. Da für die Operateure das Gleiche gilt, sollte man dies ggf. abstimmen. Der EBM kennt keine Abstimmungserfordernis zwischen Ophthalmochirurg und Anästhesisten zur Umsetzung der Abrechnungsbestimmung keine Retrobulbäre neben Vollnarkose und umgekehrt. Sollte diese Fragestellung aufgeworfen werden, bitte melden, hierzu gibt es eine standardisierte Stellungnahme, die Sie verwenden können.

Überlappungszeiten

Häufig kommt es vor, dass für einen nachfolgenden Patienten noch während der laufenden Narkose bereits der i. v. Zugang gelegt wird und über diesen ggf. eine Prämedikation verabreicht wird. Dies ist delegationsfähig und stellt noch kein paralleles Handeln dar. Keineswegs darf jedoch das Legen eines Zuganges als Beginn der Narkose angesehen und dokumentiert werden, so lange die vorherige

Narkose nicht als abgeschlossen angesehen und dokumentiert ist. Eine solche Dokumentation demonstriert eindeutig eine „Parallelnarkose“, die nicht statthaft ist. In solchen Fälle ist ein Regress in Höhe der Überlappungszeit zu erwarten und berechtigt.

Angestellte Ärztinnen und Ärzte: Befreiung von der ges. Rentenversicherung

In der Vergangenheit konnte man davon ausgehen, dass die einmalige Befreiung von der Rentenversicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung wegen der Mitgliedschaft im ärztlichen Versorgungswerk lebenslang geregelt war. Das hat sich geändert: Die Befreiung gilt jeweils nur für das konkrete Angestelltenverhältnis und muss bei jedem Wechsel erneut beantragt werden. Das gilt somit auch, wenn z. B. eine Zulassung in ein MVZ eingebracht wird oder ein Arzt, der bisher mit einem anderen in Gemeinschaftspraxis tätig war, die Zulassung von diesem übernimmt und sich darauf anstellen lässt.

Zu erwartende Ergänzung im Strafgesetzbuch

Im Koalitionsvertrag ist niedergelegt, dass nach dem Urteil des BGH zur Fragestellung Vorteilsnahme durch Freiberufler gehandelt werden soll. Das Gericht hatte seinerzeit die Strafbarkeit nur deswegen nicht gesehen, da die bisherige Rechtsgrundlage des StGB das (noch) nicht hergibt. Das will und wird die GroKo ändern.

Damit wird auch der freiberuflich tätige Arzt bald mit dieser Fragestellung konfrontiert. Es macht Sinn, nicht erst auf die mit Sicherheit kommende Gesetzesänderung zu warten, sondern bereits jetzt für 2014 alle Verhaltensweisen daraufhin zu überprüfen, ob ggf. ein solcher Straftatbestand gesehen werden könnte. Ich nenne hier nur beispielhaft die Einladung auf Kongresse auf Kosten eines Pharmaunternehmens, dessen Produkte man verordnet oder die kostenfreie Gestellung von Vaporen oder Spritzenpumpen durch eine Firma, deren Produkte verwendet werden. Auch die kostenfreie Zurverfügungstellung von TNS-Geräten zum Testen am Patienten im Rahmen der Schmerztherapie durch das Unternehmen, bei welchem dann ggf. die Dauerverordnung fürs Gerät landet, sollte nicht mehr stattfinden. Im Zweifelsfall lieber mal nachfragen, was kritisch gesehen werden muss.

Betroffen sein werden auch sämtliche Zahlungen an Operateure die uns Überweisungen liefern, egal auf welcher Basis das bisher erfolgt ist, auch darüber sollte man gründlich nachdenken.

Beseitigung körperlicher Mängel ästhetischer Natur können umsatzsteuerfreie Heilbehandlungen sein

Während Heilbehandlungen umsatzsteuerfrei sind, unterliegen sogenannte Schönheitsoperationen dem Umsatzsteuerregelsatz. Eine Heilbehandlung liegt vor, wenn die Leistung dazu dient, Krankheiten oder Gesundheitsstörungen zu diagnostizieren, zu behandeln oder zu heilen oder die Gesundheit zu schützen, aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen.

Die kann nach Auffassung des Gerichtshofs der Europäischen Union auch bei Eingriffen ästhetischer Natur der Fall sein, wenn der körperliche Mangel zu psychologischen Problemen führt. Dies muss von einem Arzt festgestellt werden. Die subjektive Vorstellung des Patienten von dem Eingriff ist für die Beantwortung der Frage, ob der Eingriff einem therapeutischen Zweck dient, unbeachtlich.

Anhebung der Bagatellgrenze

Sie sogenannte Bagatellgrenze für Schadenersatzansprüche gegen Vertragsärzte ist erhöht worden, allerdings alleine um einen Betrag von 4,40 Euro. Dies bedeutet, dass künftig Krankenkassen erst ab einem Schadenswert von 30 Euro Anspruch auf Schadenersatz gegenüber dem Arzt haben. Diese Bagatellgrenze gilt z. B. bei unzulässigen Verordnungen von Leistungen, die nicht zum GKV-Leistungskatalog zählen.

Unterschrift durch angestellte Ärzte

Vordrucke für Arzneimittelverordnungen und sonstige Bescheinigungen können künftig auch vom angestellten Arzt unterschrieben werden. Dies durfte bislang allein der Vertragsarzt.

Rückwirkende Anhebung der Job-Sharing Obergrenze möglich

Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts (Urteil vom 28.08.2013 – B 6 KA 36/12) kann eine Neufestsetzung der Abrechnungsobergrenze bei einer Änderung des EBM nachträglich beantragt werden. Ein Ausschluss der rückwirkenden Beantragung lasse sich aus § 44 Abs. 2 der Bedarfsplanungsrichtlinie nicht herleiten. Die Festlegung der Abrechnungsobergrenze habe für die Anstellung einer Ärztin hinsichtlich ihrer Höhe keine Statusrelevanz, auch wenn diese zusammen mit der Statusentscheidung über die Genehmigung der Zulassung vom Zulassungsausschuss festgelegt werde. Auch sprechen nach Auffassung des Bundessozialgerichts praktische Erwägungen für eine rückwirkende Neufestsetzung der Obergrenze, da der Arzt in der Regel erst nach mehreren Quartalen mit dem neuen EBM beurteilen könne, ob sich denn eine Änderung im EBM für ihn auswirke und damit ein Anspruch auf Neufestsetzung Aussicht auf Erfolg habe. Dieses Urteil dürfte auch für die jetzige EBM-Änderung einschlägig sein.

Gestaltungsmisbrauch bei Praxisgemeinschaft

Nach einem Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 08.05.2013 (S 12 KA 435/12) ist die Kooperationsform der Praxisgemeinschaft als missbräuchlich anzusehen, wenn der Anteil der gemeinsam behandelten Patienten über 11 Quartale hinweg zwischen 35% und 50% liegt.

In dem zugrunde liegenden Fall wurde ein Regress gegen die Praxisgemeinschaftspartner von der KV Hessen verhängt. Begründet wurde dies damit, dass in der Plausibilitätsprüfung aufgefallen war, dass über 11 Quartale hinweg sich eine Patientenidentität von ca. 35% bis 50% ergeben habe. Dies wurde als missbräuchliche Nutzung der Kooperationsform der Praxisgemeinschaft angesehen.

Das entscheidende Gericht folgte der Auffassung der KV. Die Richtlinie zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen gebe bereits bei 20% Patientenidentität in gebietsgleichen Praxisgemeinschaften die Annahme einer Abrechnungsauffälligkeit vor. Daraus lasse sich herleiten, dass jedenfalls dann, wenn die Patientenidentität bei 50% liege, tatsächlich die für eine Gemeinschaftspraxis kennzeichnende gemeinschaftliche Berufsausübung stattfinde.

In Vertretungsfälle habe dann der vertretende Arzt darauf hinzuweisen, dass zum einen die Kooperation der Praxisgemeinschaft bestehe und er im Übrigen – außer bei Notfällen – die Behandlung abzulehnen habe.

Praxistipp: In der Praxis stellen wir immer wieder fest, dass dieser Problematik bei der Praxisgemeinschaft zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet wird. Gerade wenn eine sehr enge Verzahnung der Praxen innerhalb der Praxisgemeinschaft vorliegt, sollte regelmäßig überprüft werden, ob die Regularien eingehalten werden, damit nicht der Verdacht eines Gestaltungsmisbrauchs aufkommt. In dem hier vorliegenden Fall wurde immerhin ein Regress von zweimal 100.000 Euro festgesetzt. Das Risikopotential ist also erheblich.

Ich wünsche Ihnen, Ihrer Familie und Ihrem Team ein ruhiges und besinnliches Weihnachtsfest und alles Gute für das neue Jahr 2014.

Elmar Mertens

*Bitte antworten Sie nicht auf diese E-Mailadresse, die nur für den Versand von Rundmails eingerichtet wurde. **Richten Sie Ihre Anfragen an:** bda-mertens@t-online.de*

Diese E-Mail enthält vertrauliche und/oder rechtlich geschützte Informationen. Wenn Sie nicht der richtige Adressat sind oder diese E-Mail irrtümlich erhalten haben, informieren Sie bitte sofort den Absender und vernichten Sie diese Mail. Das unerlaubte Kopieren sowie die unbefugte Weitergabe dieser Mail ist nicht gestattet.

This e-mail may contain confidential and/or privileged information. If you are not the intended recipient (or have received this e-mail in error) please notify the sender immediately and destroy this e-mail. Any unauthorised copying, disclosure or distribution of the material in this e-mail is strictly forbidden.