



Kassenabrechnung

Videosprechstunde – Abrechnungsmöglichkeiten für Dermatologen

Seit April 2017 können Dermatologen unter bestimmten Voraussetzungen und bei bestimmten Diagnosen eine Videosprechstunde zur Verlaufskontrolle mit den Nrn. 01439 und 01450 abrechnen. Nachfolgend die wichtigsten Regelungen.

Technische Voraussetzungen

Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte (als PDF online unter <http://tinyurl.com/y8txbuwh>) regelt die Anforderungen zur Durchführung einer Videosprechstunde an Ärzte, Patienten und Videodienstleister.

Benötigte Ausstattung

- Kamera
- Bildschirm (Monitor, Display) mit ≥ 3 Zoll Bildschirmdiagonale und einer Auflösung von $\geq 640 \times 480$
- Bandbreite ≥ 2.000 kbit/s im Download
- Mikrofon und Lautsprecher

Die Indikationen

Die EBM-Nrn. 01439 und 01450 können nur bei bestimmten Indikationen berechnet werden:

- Visuelle postoperative Verlaufskontrolle einer Operationswunde
- Visuelle Verlaufskontrolle einer/von akuten, chronischen und/oder offenen Wunde(n)
- Visuelle Verlaufskontrolle einer/von Dermato(n)se(n), auch nach strahlentherapeutischer Behandlung,
- Visuelle Beurteilung von Bewegungseinschränkungen/-störungen

des Stütz- und Bewegungsapparats, auch nervaler Genese, als Verlaufskontrolle,

- Beurteilung der Stimme und/oder des Sprechens und/oder der Sprache als Verlaufskontrolle,
- Anästhesiologische, postoperative Verlaufskontrolle.

Die EBM-Nr. 01439

Für die Beratung im Rahmen einer Videosprechstunde kann die EBM-Nr. 01439, bewertet mit 88 Punkten bzw. 9,27 Euro, berechnet werden. Da Videosprechstunden eine persönliche Vorstellung in der Arztpraxis ersetzen sollen, ist die Abrechnung der Nr. 01439 jedoch ausgeschlossen, wenn in demselben Arztfall eine Grundpauschale abgerechnet wird. Die Nr. 01439 ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Voraussetzung ist weiter, dass in einem der beiden vorangegangenen Quartale ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt in der Praxis stattgefunden hat und die Verlaufskontrolle durch dieselbe Praxis vorgenommen wird wie die Erstbegutachtung. Die Vergütung der Nr. 01439 erfolgt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und ist damit abhängig von den regionalen Honorarverteilungsregelungen.

Die EBM-Nr. 01450

Die EBM-Nr. 01450 enthält den sogenannten „Technikzuschlag“, also die Kosten, die der Arztpraxis durch die Nutzung eines Videodienstleisters entstehen. Sie ist mit 40 Punkten bzw. 4,21 Euro bewertet und kann je Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde, also auch mehrfach im Behandlungsfall, berechnet werden. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär mit dem Orientierungswert von aktuell 10,53 Cent. Für die Nr. 01450 gilt jedoch ein Höchstwert. Dieser beträgt 1.899 Punkte (ca. 200 Euro) je Arzt und Quartal. Er wird bei 48 Videosprechstunden je Quartal und Arzt erreicht.

Inhalt

Sozialrecht

Je nach GOP unterschiedlich hohe Kürzungen auf den Fachgruppendurchschnitt erlaubt

Verordnung

Lymphödeme bereits ab Stadium II langfristiger Heilmittelbedarf

Leserforum EBM

Welcher Doppler beim phlebologischen Komplex Nr. 30500?

Leserforum GOÄ

Wie ist eine podologische Komplexbehandlung abzurechnen?

Wirtschaftlichkeitsprüfung

KBV veröffentlicht „Hitliste“ der ICD-Diagnosen

Patienteninformation

Wirksamkeit von Sonnencreme oft falsch eingeschätzt

Sozialrecht

Je nach GOP unterschiedlich hohe Kürzungen auf den Fachgruppendurchschnitt erlaubt

von RA Tim Hesse und RA Benedikt Büchling, Kanzlei am Ärztehaus, Münster/Dortmund, www.kanzlei-am-aerztehaus.de

Die Prüfungsgremien sind bei einer auf einzelne Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM bezogenen statistischen Vergleichsprüfung grundsätzlich berechtigt, die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis je nach GOP unterschiedlich festzusetzen. Dies geht aus einer kürzlich veröffentlichten Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 30.11.2016 hervor (Az. B 6 KA 29/15 R).

Sachverhalt

Gegen eine an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztin für Allgemeinmedizin leiteten die Prüfungsgremien der KV Rheinland-Pfalz eine Wirtschaftlichkeitsprüfung ein. Hinsichtlich der EBM-Nrn. 03311, 03320 und 03120 nahmen die Prüfungsgremien unterschiedlich hohe Kürzungen auf den gewichteten Fachgruppendurchschnitt vor und setzten einen Honorarregress in Höhe von mehr als 3.000 Euro fest. Hiergegen legte die Ärztin Widerspruch ein und beanstandete, dass die Berechnung der vorgenommenen Kürzungen nicht nachvollziehbar sei. Der Beschwerdeausschuss (BA) gab dem Widerspruch der Ärztin teilweise statt, sodass die KV Klage vor dem Sozialgericht (SG) erhob. Dieses hob den BA-Bescheid auf. Der BA legte Berufung ein. Das BSG bestätigte die SG-Entscheidung.

Entscheidungsgründe

Das BSG sah die Prüfungsgremien im Rahmen einer auf einzelne GOP bezogenen statistischen Vergleichsprüfung grundsätzlich als berechtigt an, die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis je nach GOP unterschiedlich festzusetzen. Sie seien des Weiteren auch nicht gehindert, die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis nicht beim Doppelten des Vergleichsgruppendurchschnitts anzusetzen, sondern ggf. deutlich zu

unterschreiten. Dies komme insbesondere dann in Betracht, wenn es sich bei der geprüften GOP um eine typische Grundleistung (wie z. B. die 03311; Anm. d. Red.) handelt. Ungeachtet dessen müsse die zutreffende Anwendung der einschlägigen Beurteilungsmaßstäbe jedoch für den betroffenen Arzt erkennbar und nachvollziehbar sein. Daher müsse der Bescheid die Erwägungen erkennen lassen, die den BA bei seiner Entscheidung, den Grenzwert niedriger anzusetzen, geleitet haben. Dem sei die Bescheidbegründung im vorliegenden Fall nicht gerecht geworden.

Merke

Auch im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen gelten die verfahrensrechtlichen Vorgaben des § 35 SGB X. Danach sind Prüfungsgremien gehalten, die entscheidungstragenden Gründe auf den Einzelfall bezogen so darzustellen, dass der Betroffene seine Rechte wahrnehmen kann. Die Bescheide des Prüfungsausschusses enthielten bei den beanstandeten Leistungsziffern unterschiedliche Grenzen. Wenn die Prüfungsgremien unterschiedliche Grenzen wählen, müssen sie die Gründe hierfür nachvollziehbar darlegen, da eine Festsetzung ansonsten willkürlich erscheint.

Gegen Bescheide ohne Begründung sollten Sie stets anwaltlich beraten Widerspruch erheben.

Verordnungen

Lymphödeme bereits ab Stadium II langfristiger Heilmittelbedarf

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im März 2017 die Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie um Diagnosen zu Erkrankungen des Lymphsystems ergänzt. Somit werden Lymphödeme bereits ab Stadium II als schwere und dauerhaft funktionelle bzw. strukturelle Schädigungen anerkannt. Verordnungen von manueller Lymphdrainage mit den ICD-Codes I89.01, I89.02, I89.04, I89.05, I97.21, I97.22, I97.82, I97.83, I97.85, I97.86, Q82.01, Q82.02, Q82.04 und Q82.05 begründen einen langfristigen Heilmittelbedarf und unterliegen damit nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Merke

Die Änderung wird in den Praxisverwaltungssystemen seit Juli 2017 berücksichtigt.

Leserforum EBM

Welcher Doppler beim phlebologischen Komplex Nr. 30500?

Frage: „Den phlebologischen Komplex Nr. 30500 erbringen wir durch Lichtreflexionsrheographie und eine Doppler-Untersuchung der Gefäße. In der Beschreibung der Nr. 30500 ist nicht festgelegt, welche Art von Doppler eingesetzt werden muss. Welche Sonographie-Genehmigung ist zur Abrechnung der Nr. 30500 erforderlich?“

Antwort: Da die Qualität des Dopplers zur Durchführung der EBM-Nr. 30500 nicht definiert ist, kann ein direktonaler aber auch ein nicht-direktonaler Doppler eingesetzt

werden. Für einen nicht-direktionalen Doppler (sog. Taschendoppler) ist keine KV-Genehmigung erforderlich. Die direktionale Untersuchung der Extremitätengefäße wird i. d. R. mit dem CW-Doppler (EBM-Nr. 33061 – KV Genehmigung erforderlich) erbracht, bei dessen Einsatz die Nr. 33061 berechnet werden kann. Allerdings ist die Nr. 33061 bei demselben Patienten in demselben Quartal neben der Nr. 30500 ausgeschlossen.

Praxishinweis

Wenn Sie bei einem Patienten den Basiskomplex Nr. 30500 und außerdem im Lauf des Quartals mehrmals den CW-Doppler nach Nr. 33061 durchführen, verzichten Sie auf die Abrechnung der Nr. 30500 (164 Punkte). Rechnen Sie stattdessen die Nr. 33061 (108 Punkte) mehrfach ab.

Leserforum GOÄ

Podologische Komplexbehandlung: wie abrechnen?

Frage: „Wir suchen dringend GOÄ-Ziffern für die podologische Komplexbehandlung (z. B. Anfertigen und Anlegen von Nagelspangen, Einlegen von Sulcischonern, Tamponaden, Tiefensondierung und Ausschaben des Nagelfalzes laut und medial). Können Sie uns weiterhelfen?“

Antwort: Ziffern für eine Podologische Komplexbehandlung sind uns nicht bekannt. Das Anlegen einer Nagelspanne ist nach Nr. 2036 GOÄ berechnungsfähig, Sondierungen, Ausschaben des Nagelfalzes und ggf. Einlagen von Tamponaden können – sofern es sich um Wunden mit Entzündungserscheinungen handelt – der Nr. 2006 GOÄ zugeordnet werden.

Wirtschaftlichkeitsprüfung

KBV veröffentlicht „Hitliste“ der ICD-Diagnosen

In ihrem aktuellen Honorarbericht für das Quartal 2/2015 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) für die großen Fachgruppen die 20 häufigsten bei der Abrechnung angegebenen Diagnosen veröffentlicht. Nachstehend veröffentlicht der Wirtschaftsbrief Dermatologie die häufigsten zehn Diagnosen für die Fachgruppe Dermatologen.

Dermatologie: die zehn häufigsten ICD-Diagnosen		
ICD-10	Bezeichnung	Anteil (%)*
D22	Melanozytennävus	25,7
L30	Sonstige Dermatitis	14,4
C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	10,5
B35	Dermatophytose [Tinea]	10,1
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	9,0
L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	8,2
L57	Hautveränderungen durch chronische Exposition gegenüber nichtionisierender Strahlung	7,3
L40	Psoriasis	7,2
L71	Rosazea	7,0
L70	Akne	6,8

* Anteil = Anteil Behandlungsfälle mit Diagnose

Der Vergleich dieser bundesdurchschnittlichen Diagnosehäufigkeit mit Ihrer eigenen Praxisstatistik kann im Zusammenhang mit Wirtschaftlichkeitsprüfungen relevant sein. Sie können die Statistik der KBV als Argumentationshilfe benutzen und damit z. B. belegen, dass Sie in Ihrer Praxis eine Patientenklientel betreuen, die im Sinne einer Praxisbesonderheit vom Fachgruppendurchschnitt abweicht.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- KVB-Honorarbericht mit weiteren fachgruppenbezogenen Daten zum KV-Honorar, zu Fallzahlen und zu Fallwerten im Internet als PDF zum Download unter: www.kbv.de/html/honorarbericht.php
- „Verordnungsintensive Erkrankungen über dem Fachgruppendurchschnitt? – Argumentationshilfen“ (Wirtschaftsbrief Dermatologie 1/2015, Seite 2)

Patienteninformation

Wirkungsgrad von Sonnencreme oft falsch eingeschätzt

Selbst Fachleute schätzen die Wirkung einer Sonnencreme oft falsch ein. Das liegt meist daran, dass die Schutzwirkung nicht immer mit dem Lichtschutzfaktor (LSF) ausgewiesen wird.

Der LSF ist definiert als das Verhältnis der Strahlendosis, die auf geschützter Haut eine beginnende Rötung verursacht, verglichen mit derjenigen Dosis, die auf ungeschützter Haut zur Rötung führt. Dermatologen schätzen die Schutzwirkung am besten mit dem LSF ein. Deutlich unterschätzt wird sie dagegen, wenn angegeben wird, wieviel Prozent der Strahlendosis, die zur beginnenden Hautrötung führt, ein Sonnenschutzmittel

durchlässt bzw. absorbiert. Das ergab ein Online-Quiz, bei dem jeweils entschieden werden musste, welche von zwei Angaben zu einer Sonnencreme auf höhere Wirkung schließen lässt. An dem Quiz nahmen 482 Dermatologen teil.

Praxishinweis

Jede Verdopplung des Lichtschutzfaktors, etwa von LSF 15 auf LSF 30, bedeutet, dass die UV-Strahlendosis, die auf die Haut gelangt, halbiert wird – vorausgesetzt, es wird genügend Sonnenschutzmittel aufgetragen: Jeweils gut einen halben Teelöffel für jeden Arm, Kopf und Nacken. Für Bauch, Rücken und jedes Bein mehr als einen Teelöffel aufstreichen.

QUELLE

- Herzog SM et al: Sun Protection Factor Communication of Sunscreen Effectiveness. A Web-Based Study of Perception of Effectiveness by Dermatologists JAMA Dermatol 2017, 153 (3): 348-350, doi:10.1001/jama-dermatol.2016.4924; Abstract online unter <http://tinyurl.com/ydelud3y>

Impressum



Herausgeber und Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH,
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-99
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg
E-Mail: derma@iww.de

Redaktion

RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin);
Stefan Lemberg M. A. (Redakteur, verantwortlich)

Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung von Almirall Hermal

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 Almirall Hermal GmbH wieder.