

Wirtschaftsbrief

Dermatologie von Almirall Hermal

Aktuell das Wichtigste zu Abrechnung, Steuern, Recht und Betriebswirtschaft

Nr. 6 • 17. Jahrgang, September 2021

Unfallversicherung

Wegfall des Unterlassungszwangs bei Berufskrankheiten – die Folgen für Hautärzte

von Rechtsanwalt Lucas Augustyn, Münster, voss-medizinrecht.de

Seit dem 01.01.2021 ist es für die Anerkennung einer Berufskrankheit **nicht mehr** erforderlich, dass der Betroffene durch die Krankheit zur **Aufgabe des Berufs** gezwungen wurde (sog. Unterlassungszwang). Im Bereich der Dermatologie betrifft dies die schweren und wiederholt rückfälligen Hauterkrankungen (BK 5101) (siehe Interview mit Professor Dr. Christoph Skudlik im Wirtschaftsbrief Dermatologie, Nr. 1/2021). Wie ist hierzu der aktuelle Stand und was sollten Hautärzte beachten?

Definition der Kriterien

Mit dem Unterlassungszwang entfällt ein verhältnismäßig leicht feststellbares Kriterium. Schwerer zu fassen sind die verbleibenden Kriterien „Schwere“ bzw. „wiederholte Rückfälligkeit“. Die „AG Bamberger Empfehlung“ hat daher bereits Definitionen für diese beiden verbleibenden Kriterien entwickelt. Eine **schwere** Hauterkrankung liegt danach i. d. R. vor, wenn trotz leitliniengerechter Behandlung über einen Zeitraum von sechs Monaten weiterhin relevante Hauterscheinungen bestehen. **Wiederholt rückfällig** ist demnach eine Krankheit, wenn inklusive der Ersterkrankung bei zwischenzeitlicher Abheilung drei Krankheitsschübe eintreten, wobei der Abstand zwischen zwei Schüben im Sinne dieses Kriteriums zwölf Monate nicht überschreiten darf. Die AG beabsichtigt zudem, konkrete Fallbeispiele zu veröffentlichen.

Neue Formulare für BK 5101

Die gesteigerte Bedeutung der Kriterien zeigt sich für den untersuchenden Hautarzt auch in den aktualisier-

ten Formularen für den Erst- und Verlaufsbericht (**F 6050** und **F 6052**) im Rahmen des Hautarztverfahrens. Der untersuchende Hautarzt muss nun die neuen Formulare nutzen (bei der DGUV online abrufbar unter www.de/s5233). Aufgrund des erwarteten Anstiegs der Anerkennungsverfahren (und dem damit verbundenen Aufwand) wird bereits seitens der gesetzlichen Unfallversicherung über standardisierte Ermittlungsverfahren mit weniger intensiver Prüfung in geeigneten Fällen nachgedacht. Es erscheint damit möglich, dass für verschiedene Fälle unterschiedliche Formulare zu nutzen sein werden. Entwicklungen in diesem Bereich sollten daher im Auge behalten werden.

Mehr Verdachtsfälle erwartet

Abseits hiervon bleibt das Hautarztverfahren im Wesentlichen unverändert. Aufgrund der nun weniger strengen Kriterien wird es in Zukunft jedoch häufiger vorkommen, dass schon bei der Erstuntersuchung der Verdacht auf Vorliegen einer Berufskrankheit besteht. In diesem Fall muss der Hautarzt zum einen unverzüglich die übliche

ärztliche Anzeige dieses Verdachts (F 6000) an den zuständigen Unfallversicherungsträger erstatten. Zusätzlich ist aber auch der aussagekräftigere Hautarzt-Erstbericht zu erstatten, wenn zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits der begründete Verdacht auf das Vorliegen einer BK 5101 besteht. Hintergrund ist, dass Verzögerungen im Präventionsverfahren vermieden werden sollen, damit der Betroffene möglichst schnell umfassende Hilfe erhält. **Der umfangreiche Erstbericht ist hierfür das bewährte Mittel**, das auch in Zukunft seine zentrale Bedeutung behält. Dieser sollte immer schon dann erstattet werden, wenn mindestens die Möglichkeit besteht, dass die vorliegende Krankheit berufsbedingt verursacht ist.

Fazit

Mit ein wenig erhöhter Aufmerksamkeit bezüglich der Entwicklung des Hautarztverfahrens – speziell der zu verwendenden Formulare – sind die Änderungen für den Hautarzt gut beherrschbar.

Inhalt

Vergütung

Honorar 2019 – Die Eckdaten für Dermatologen

Privatliquidation

Hautkrebsscreening nach GOÄ abrechnen – Tipps und Einschätzungen

Vertragsarztrecht

Keine Dokumentation der Größe der Exzisionen ambulanter Operationen nach Kapitel 31 EBM – Honorar muss zurückgezahlt werden

Vergütung

KV-Honorar 2019 – Die Eckdaten für Dermatologen

Die KBV veröffentlicht regelmäßig für jedes Quartal einen Bericht über die Ergebnisse der Honorarverteilung, zu den Fallzahlen und zum Honorar sowie Tabellen mit den wesentlichen Eckdaten der verschiedenen Fachgruppen. Aus diesen Tabellen haben wir die Durchschnitts-Umsätze, -Fallzahlen und -Fallwerte von fast 3.800 Dermatologen für das Jahr 2019 zusammengefasst.

Hamburg vor Westfalen-Lippe

Den höchsten durchschnittlichen Honorarumsatz erzielten in 2019 die Dermatologen im Bezirk der KV Hamburg, gefolgt von der KV Westfalen-Lippe, die im Jahr 2018 diese Statistik anführte, und der KV Sachsen. Schlusslichter in der Umsatzstatistik für das Jahr 2019 sind die KVen Berlin, Rheinland-Pfalz und Brandenburg. Die Fallwerte schwanken zwischen 43,68 Euro (Bayern) und 31,32 Euro (Brandenburg).

KV-Umsatz angestiegen

Im Vergleich zu 2018 ist der durchschnittliche KV-Umsatz der Dermatologen bei einer praktisch unveränderten Fallzahl um 2,8 Prozent gestiegen. Die Auszahlungsquote für alle abgerechneten Leistungen hat sich leicht von 94,0 auf 94,5 Prozent erhöht.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Honorarberichte sowie Kennzahlen der Fachgruppen bei der KBV online unter www.de/s5267

Honorarkennzahlen für Dermatologen 2019			
KV	KV-Umsatz 2019 je Arzt und Quartal (Euro)	Fälle 2019 je Arzt und Quartal	Fallwert (Euro)
Baden-Württemberg	64.546	1.499	43,05
Bayern	60.252	1.379	43,68
Berlin	49.188	1.439	34,17
Brandenburg	52.227	1.668	31,32
Bremen	57.197	1.602	35,71
Hamburg	73.196	1.845	39,67
Hessen	65.612	1.570	41,80
Mecklenburg-Vorpommern	61.242	1.643	37,28
Niedersachsen	60.770	1.568	38,75
Nordrhein	57.746	1.566	36,87
Rheinland-Pfalz	50.482	1.350	37,39
Saarland	58.576	1.558	37,61
Sachsen	68.962	1.714	40,24
Sachsen-Anhalt	58.193	1.556	37,39
Schleswig-Holstein	59.663	1.532	38,95
Thüringen	52.955	1.509	35,09
Westfalen-Lippe	69.215	1.839	37,64
Durchschnitt alle KVen	60.940	1.552	39,27

Quelle: Abrechnungsstatistik der KBV; in die Berechnung eingeflossen sind die Daten zugelassener und angestellter Ärzte nach Teilnahmeumfang; eigene Berechnungen.

Privatliquidation

Hautkrebscreening nach GOÄ abrechnen – Tipps und Einschätzungen

Das Hautkrebs-Screening mit Anamneseerhebung, Untersuchung der gesamten Haut, Befundung und Beratung ist bei Privatpatienten nach Nr. 1 GOÄ (80 Punkte) oder Nr. 3 GOÄ (150 Punkte) für die Beratung (Nr. 3 GOÄ bei einer Dauer von mindestens zehn Minuten) sowie Nr. 7 GOÄ (160 Punkte) für die Untersuchung berechnungsfähig. Die Abklärung/Untersuchung durch Dermatoskopie erfolgt nach Nr. 750 GOÄ (120 Punkte), wobei diese Position nicht neben Nr. 3 GOÄ abgerechnet werden kann.

Umstrittene Nebeneinander-Abrechnung

Auch die Abrechnung der Nr. 612 analog GOÄ (für die Videosystemgestützte Untersuchung und Bildokumentation von Muttermalen, einschließlich digitaler Bildweiterverarbeitung und -auswertung [z. B. Vergrößerung und Vermessung]; 757 Punkte) kann in Einzelfällen notwendig werden. Umstritten und häufig beanstandet ist allerdings die Nebeneinanderberechnung der Nr. 750 GOÄ und der Nr. 612 analog GOÄ. Von den Kostenträgern übersehen wird hierbei, dass die Diagnostik meist stufenweise erfolgt. Somit erfolgt die Videodermatoskopie erst dann, wenn bereits der vollständige Leistungsinhalt der Nr. 750 GOÄ erbracht ist. Daraus ist zu folgern, dass die zusätzliche Videodermatoskopie nicht obligat, sondern nur fakultativ der Auflichtmikroskopie folgt.

Nach § 4 Abs. 2a GOÄ ergibt sich nur dann eine Leistungsüberschneidung, wenn eine Leistung (obligater!) Bestandteil einer bereits berechneten Leistung ist.

>>

Keine Leistungsüberschneidung

Auch aus den Leistungslegenden ergibt sich keinesfalls eine Leistungsüberschneidung. So bezieht sich Nr. 750 GOÄ lediglich auf eine Auflichtmikroskopie der Haut, die bei unterschiedlichen Krankheitsbildern vorgenommen wird. Hingegen ist in der Leistungsbeschreibung von Nr. 612 analog GOÄ ausschließlich von Muttermalen die Rede und nicht von sonstigen Hautauffälligkeiten, die mittels Auflichtmikroskopie nach Nr. 750 GOÄ ebenfalls abgeklärt werden können. Zumindest in dieser Konstellation ist die Nebeneinanderberechnung **zweifelsfrei** möglich!

Praxistipp

Für den Fall, dass Sie bei der Videodermatoskopie neben Muttermalen auch andere Hautveränderungen mittels Auflichtmikroskopie untersucht haben, nehmen Sie im Beanstandungsfall bei einer Gegenargumentation – neben der Dokumentation – auch auf die in der beanstandeten Liquidation angegebenen Diagnosen Bezug.

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

Dr. phil. Stephan Voß (Chefredakteur);
Dipl.-Vw. Bernd Kleinmanns (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.

Vertragsarztrecht

Keine Dokumentation der Größe der Exzisionen ambulanter Operationen nach Kapitel 31 EBM – Honorar muss zurückgezahlt werden

von Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht Sven Rothfuß,
Kanzlei am Ärztehaus, Köln, kanzlei-am-aerztehaus.de

Dermatochirurgische Eingriffe u. a. nach den EBM-Nrn. 31102 und 31103 sind immer wieder Gegenstand von Abrechnungsprüfungen der KVen. Damit hatte sich auch das Bundessozialgericht (BSG) in einem Beschwerdeverfahren gegen die Nichtzulassung der Revision zu beschäftigen. Die Entscheidung legt insbesondere Anforderungen an die Nachweispflicht des Vertragsarztes fest, abgerechnete Leistungen auch vollständig erbracht zu haben. Das BSG legt die Hürden für den Vertragsarzt hoch (Beschluss vom 25.11.2020, Az. B 6 KA 6/20 B).

Der Fall

Der klagende Facharzt für Dermatologie und Venerologie führte in den Quartalen III/2011 bis I/2015 ca. 9.000 Hautexzisionen durch, die er über die EBM-Nrn. 31102 und 31103 abrechnete. Die KV führte eine Abrechnungsprüfung durch. Anlass dafür war zum einen eine statistisch überdurchschnittliche Abrechnung der Nrn. 31102 und 31103, zum anderen die Feststellung, dass der Arzt in demselben Zeitraum die Nrn. 10343 und 10344 ((Teil-) Exzisionen kleiner Hautveränderungen) praktisch nicht zur Abrechnung gebracht hatte. Der Dermatologe habe nicht den Nachweis führen können, dass die Exzidate die notwendige Größe nach der Definition in Ziffer 4.3.7 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM („radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe und Unterhaut“) gehabt hätten; die Dokumentationen des Klägers enthielten keine Größenangaben zu den Exzidaten und auf die Größen könnte – auch bei einer maximalen Schrumpfung von 50 Prozent – nicht aus den histologischen Befunden geschlossen werden. Die KV strich ihm die Ansätze der Nr. 31102 in 99 Prozent und der Nr. 31103 in 75 Prozent der Fälle, hob die Honorarbescheide des Prüfzeitraums auf und forderte einen siebenstelligen Honorarbetrag von dem Kläger zurück. Die Streichungen führ-

ten gleichzeitig zur entsprechenden Streichung der postoperativen Behandlungs- und Überwachungsziffern. Das Sozial- und das Landessozialgericht wiesen die Klage bzw. die Berufung des Dermatologen ab.

Die Entscheidung

Das BSG folgte den Einwänden des Dermatologen gegen die vorausgegangenen Entscheidungen nicht. Es stellte im Wesentlichen darauf ab, dass den **Dermatologen grundsätzlich die Beweislast dafür trifft, die Voraussetzungen für seinen Vergütungsanspruch erfüllt zu haben**. Ziffer 4.3.7 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM definiere die gemäß Anhang 2 zum EBM nach dem OPS-Schlüssel erforderliche radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe und Unterhaut. Der operative Eingriff müsse danach größer als 4 cm² oder 1 cm³ sein. Der Arzt habe aber die erforderliche Größe bzw. das erforderliche Volumen der Exzidate nicht dokumentiert. Dies gehe zu seinen Lasten, da er die Feststellungslast trage.

Das BSG folgte auch der Rechtsauffassung des Arztes nicht, nach der dieser zumindest die Umwandlung der höherbewerteten EBM-Ziffer in eine niedrigbewertete Ziffer, deren Leistungsinhalt erfüllt worden sei, beanspruchte. Dieser Einwand habe keine

grundsätzliche rechtliche Bedeutung, die in einem Revisionsverfahren zu klären wäre, sondern sei immer eine Einzelfallentscheidung. Die unterbliebene Umwandlung sei zudem vom Schätzungsermessen der KV bei der Honorarberichtigung gedeckt

Fazit

Die Rechtsprechung des BSG zeigt hier einmal mehr ihre sehr formale Sicht auf die vertragsärztliche Abrechnung und die Erfüllung der Abrechnungsvoraussetzungen. Jeder Vertragsarzt ist daher gut beraten, wenn er auf die Dokumentation seiner Leistungen auch dann peinlich genau achtet, wenn die EBM-Nr. selbst keine spezielle Dokumentationspflicht als Abrechnungsvoraussetzung definiert. Dies ist nicht nur aus forensischen Gründen zur Abwehr von Arzthaftungsansprüchen geboten, sondern nach Auffassung des BSG die Grundlage dafür, dass ein Vertragsarzt im Streitfall die ordnungsgemäße und vollständige Leistungserbringung auch nachweisen kann.

Exzisionen nach EBM (Hinweis der Redaktion)

Im Vertragsarztwesen sind „kleine“ oder „große“ Exzisionen zu unterscheiden, zudem findet sich die Beschreibung „radikal und ausgedehnt“. „Groß“ bedeutet dabei nicht gleichzeitig auch „radikal und ausgedehnt“. Dies ist insbesondere bei Eingriffen an Kopf und Händen relevant. Während Eingriffe dort grundsätzlich als „groß“ gelten, müssen die Grenzwerte für die Einstufung „radikal und ausgedehnt“ – größer als 4 cm² oder 1 cm³ – dennoch erfüllt sein (siehe „Der Deutsche Dermatologe“ 2014; 62 (12), S. 874–878).