

- Abrechnung
- Steuern
- Recht
- Betriebswirtschaft

Arztrecht

KV darf Gebühr für erfolglosen Widerspruch fordern

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

Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) dürfen eine Verwaltungsgebühr für ein erfolgloses Widerspruchsverfahren fordern, wenn die Erhebung einer solchen Gebühr in ihrer Satzung geregelt ist. Dies entschied das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 6. Februar 2013 (Az. B 6 KA 2/12 R). Bereits in der Vergangenheit hatte das BSG entschieden, dass eine KV Gebühren für ein Disziplinarverfahren erheben darf (siehe BSG, Beschluss vom 20. März 1996 Az. 6 BKa 1/96). Jetzt ist das Gericht noch einen Schritt weitergegangen und erweitert dies auf Widerspruchsverfahren.

Fall: Arzt klagte gegen KV wegen Verwaltungsgebühr von 100 Euro

Im konkreten Fall wandte sich der klagende Vertragsarzt gegen die Festsetzung einer Gebühr in Höhe von 100 Euro durch die beklagte KV Bayerns. Zuvor hatte der Vertragsarzt erfolglos Widerspruch gegen einen Honorarbescheid erhoben. Der klagende Arzt berief sich auf die in § 64 SGB X geregelte Kostenfreiheit sozialrechtlicher Verfahren.

Urteil: Kostenfreiheit gilt nicht für Widerspruchsverfahren bei KVen

Die Klage des Vertragsarztes blieb ohne Erfolg. Das BSG bestätigte, dass die Erhebung einer Gebühr für ein erfolgloses Widerspruchsverfahren nicht gegen höherrangiges Recht verstößt. Die Kostenfreiheit gelte nur für Widerspruchsverfahren bei Sozialbehörden, nicht jedoch bei KVen. § 81 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V berechnete eine KV,

für bestimmte Verwaltungstätigkeiten, die einen Mehraufwand verursachen, über ihre Satzung eine Gebühr von ihren Mitgliedern zu erheben.

Dass die Gebühr mit 100 Euro pauschaliert werde, sei nicht zu beanstanden. Die Feststellung der konkreten Kosten sei schließlich nur mit hohem Aufwand möglich.

Urteil möglicherweise mit Signalwirkung für andere KVen

Es ist zu erwarten, dass nun neben Hamburg, Bremen und Bayern weitere KVen eine Widerspruchsgebühr einführen werden. Ob es bei den bisherigen 100 Euro bleibt, ist fraglich. Aufgrund der Satzungsautonomie ist den KVen hier ein weiterer Gestaltungsspielraum eingeräumt, sofern das Kostendeckungsprinzip beachtet wird. Auch Gebühren oberhalb von 100 Euro wären daher durchaus möglich.

Einordnung des Urteils

Natürlich wird die Gebühr nicht erhoben, wenn der Widerspruch des Vertragsarztes erfolgreich ist. Bedauerlich ist das Urteil des BSG dennoch. Die undurchsichtigen und für den Vertragsarzt kaum noch nachvollziehbaren – da ständig wechselnden – Honorarverteilungsregelungen haben schließlich in der Vergangenheit viele Widerspruchsverfahren erst provoziert. Die Durchsicht und Prüfung der Honorarbescheide ist mittlerweile eine Wissenschaft für sich.

Viele KVen bearbeiten derzeit eine sechsstellige Anzahl von Widersprüchen. Die Erhebung der Gebühr wird daher für beträchtliche zusätzliche Mittel sorgen. Sinnvoll wäre es, diese Mittel für eine bessere Aufklärung der Vertragsärzte und die Erarbeitung verständlicher Honorarbescheide zu verwenden. Allein dadurch ließe sich die Zahl der Widerspruchsverfahren deutlicher als durch die Erhebung einer Widerspruchsgebühr reduzieren.

Inhalt

Abrechnung

Ganzkörper-CT: Abrechnung nach GOÄ und nach EBM im Vergleich

Patientenrechtgesetz

Was ist neu, worauf müssen Sie sich einstellen?

Abrechnung

Ganzkörper-CT: Abrechnung nach GOÄ und nach EBM im Vergleich

In gewisser Regelmäßigkeit fordern Onkologen bei Radiologen eine Ganzkörper-Computertomographie zur Beurteilung vor allem der knöchernen Situation an – zum Beispiel bei Patienten mit Plasmozytom. Untersucht wird dann in der Regel der gesamte Schädel, die gesamte Wirbelsäule, alle Extremitäten, die Rippen, das Becken – also das gesamte knöcherne Skelett des Patienten – sowie auch nativ die inneren Organe, einschließlich der gesamten Rekonstruktionen. Etliche Radiologiepraxen sind unsicher, wie sie dieses umfangreiche Leistungspaket bei Kassen- und bei Privatpatienten abrechnen können.

Unter der Voraussetzung, dass die Leistungserbringung nach § 1 Abs. 2 GOÄ medizinisch notwendig ist bzw. die Voraussetzungen der GKV sowie die rechtfertigende Indikation nach § 23 RÖV gegeben ist, kann wie folgt abgerechnet werden.

Privatliquidation des Ganzkörper-CT

Das Ganzkörper-CT im Rahmen der Privatliquidation unterliegt einer Höchstwertregelung. Dieser Höchstwert für die infrage kommenden Untersuchungsleistungen nach den Nrn. 5370 bis 5374 GOÄ ist unter der mit 3.000 Punkten bewerteten Nr. 5369 subsumiert.

Da eine Ganzkörperuntersuchung zeitaufwendiger ist als die Untersuchung zweier Körperregionen, die bereits der Höchstwertregelung unterfallen, kann der maximale 2,5-fache Steigerungssatz mit Begründung abgerechnet werden. Ergänzende Serien – zum Beispiel bei Gabe von Kontrastmittel nach Nr. 5376 – können insgesamt einmal abgerechnet werden, während die computergesteuerte Analyse einschließlich nachfolgender 3D-Rekonstruktion je berechnungsfähiger Körperregion – also zweimal – berechnungsfähig ist. Da die einzeln erbrachten Leistungen in der Rechnung anzugeben sind, empfiehlt es

sich aus Gründen der Transparenz, auf der Rechnung die Nr. 5377 GOÄ jeweils nach der Ziffer für die untersuchte Körperregion anzugeben.

Kassenabrechnung des Ganzkörper-CT

Im EBM gibt es keine solche Höchstwertregelung und auch keine Komplexposition zur Abrechnung einer CT-Untersuchung des gesamten Skelettes. Bei einem CT des gesamten Skelettes sind die entsprechenden Leistungspositionen des EBM für die Untersuchung der verschiedenen Skeletteile zu kombinieren.

Gegenseitige Berechnungsausschlüsse für die Leistungspositionen zur Untersuchung der einzelnen Skeletteile sind im EBM nicht definiert. Bei einer CT-Untersuchung des gesamten Skelettes können somit die in der nachfolgenden Tabelle genannten Positionen nebeneinander abgerechnet werden.

Zwei dieser Abrechnungspositionen sind jeweils mehrfach abrechenbar:

- Die Nr. 34311 EBM ist je Wirbelsäulenabschnitt berechnungsfähig – und damit bei Darstellung der gesamten Wirbelsäule bis zu dreimal nebeneinander.
- Die Nr. 34351 beinhaltet fakultativ eine beidseitige Untersuchung der Hände oder der Füße. Somit ist diese Nr. bei Untersuchung beider Hände und beider Füße zweimal nebeneinander berechenbar.

In der Summe ergibt sich für die CT-Untersuchung des gesamten Skelettes ein Punktzahlvolumen vom 16.895 Punkten. Man kann sich die Frage stellen, ob eine derartige Kombination von Leistungspositionen zur Abrechnung eines Ganzkörper-CT vom Verordnungsgeber des EBM bedacht worden ist. Festzustellen ist allerdings, dass nach den derzeitigen Abrechnungskonstellationen des EBM keine andere Möglichkeit besteht, ein Ganzkörper-CT abzurechnen.

Kombinationen mehrerer CT-Leistungspositionen sind auch bei anderen umfassenden CT-Untersuchungen üblich, so zum Beispiel zur Abklärung bei Tumorpatienten, bei denen gegebenenfalls nebeneinander CT-Untersuchungen des Thorax, des Abdomens, des Beckens und der Halsweichteile nebeneinander durchgeführt werden müssen.

Positionen für CT-Untersuchungen des Skelettes im EBM		
EBM-Nr.	CT-Untersuchung	Punkte
34320	Gesichtsschädel	2.105
34321	Schädelbasis	1.785
34311	Wirbelsäule, je Wirbelsäulenabschnitt	2.100
34342	Becken	1.875
34350	Extremitäten	1.610
34351	Hand/Fuß, ggf. beidseitig	1.610

Recht**Patientenrechtegesetz: Was ist neu, worauf müssen Sie sich einstellen?**

von Rechtsanwältin Norman Langhoff, Fachanwältin für Medizinrecht, Berlin, www.rbs-partner.de

Am 1. Februar 2013 hat das Patientenrechtegesetz (PatRG) den Bundesrat passiert, nach seiner Verkündung im Bundesgesetzblatt ist es nunmehr am 26. Februar in Kraft getreten. Der Gesetzgeber will vor allem (haftungsrechtliche) Transparenz und Rechtssicherheit für die am Behandlungsverhältnis Beteiligten schaffen, Verfahrensrechte von Patienten stärken und eine Fehlervermeidungskultur fördern. Dabei werden vor allem die bislang allein richterrechtlich konturierten Grundsätze des Arzthaftungsrechts im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) zusammengefasst. Wirkliche inhaltliche Neuerungen sind damit nur in vergleichsweise geringem Umfang verbunden. Nachfolgend erfahren Sie, was sich geändert hat und wie Sie sich darauf einstellen können.

Patientenrechtegesetz: Die wichtigsten Regelungen für Radiologen**Behandlungsvertrag (§ 630a und b BGB)**

- Der Behandlungsvertrag wird mit den Hauptleistungspflichten Behandlungspflicht und Zahlungspflicht im BGB verankert.
- Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nichts anderes vereinbart ist.

Informationspflichten (§ 630c BGB)

- Es hat eine umfassende und verständliche Aufklärung über alle wesentlichen Umstände der Behandlung (insbesondere Diagnose, voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, beabsichtigte Therapien und die im Anschluss zu erbringenden Leistungen) zu erfolgen. Dies gilt auch für den Verlauf der Behandlung.
- Es hat eine therapeutische Aufklärung zu erfolgen.
- *Der Patient ist auf Nachfrage oder bei bestehenden gesundheitlichen Gefahren über Umstände, die auf einen Behandlungsfehler hindeuten, zu informieren.*
- *Der Patient ist in Textform über die voraussichtlichen Kosten vor Behandlungsbeginn zu informieren, wenn die Kostenübernahme durch einen Dritten bekanntermaßen oder erkennbarerweise nicht gesichert ist.*
- Keine Informationspflicht besteht in Ausnahmefällen bei besonderen Umständen, insbesondere wenn die Behandlung unaufschiebbar ist oder der Patient ausdrücklich darauf verzichtet hat.

Einwilligung und Aufklärungspflicht (§§ 630d, 630e BGB)

- Vor dem Eingriff ist die Einwilligung durch den Patienten bzw., falls dieser nicht einwilligungsfähig ist, durch einen Berechtigten einzuholen.
- Über einwilligungsbedürftige Eingriffe muss rechtzeitig, umfassend und verständlich aufgeklärt werden. Die Aufklärung muss die konkrete Maßnahme und mögliche Risiken, zu erwartende Folgen sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder Therapie umfassen.
- Dem Patienten sind Kopien der Unterlagen, die einen Zusammenhang mit der Aufklärung und Einwilligung haben, auszuhändigen.

Die wichtigsten Regelungen des Patientenrechtegesetzes

In den Kästen auf dieser sowie der folgenden Seite sind die wichtigsten gesetzlichen Regelungen aufgeführt. Die Neuregelungen werden jeweils *kursiv* dargestellt.

Behandlungsvertrag und Haftungsmaßstab

Gemäß § 630a Abs. 2 BGB ist die Behandlung „nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards“ geschuldet; damit wird die Rechtsprechung zum dynamischen Facharztstandard umgesetzt, dessen Bestimmung jedoch etwas „verunklart“. In der Gesetzesbegründung wird zur Bestimmung unter Hinweis auf die Rechtsprechung auf „regelmäßig maßgebliche“ Leitlinien von Fachgesellschaften verwiesen.

Die Rechtsprechung zur Verbindlichkeit von Richt- und Leitlinien trägt diesen Verweis jedoch nicht. Nach mehrheitlich vertretener Auffassung impliziert ein Verstoß gegen Leitlinien in der Regel nicht das Vorliegen eines Behandlungsfehlers; Leitlinien, Empfehlungen und insbesondere Richtlinien können sich jedoch zum Standard entwickeln. Abweichungen von Leitlinien sollten jedoch dokumentierend begründet werden.

Aufklärungs- und Informationspflichten

Die Informationspflicht enthält neben der Aufklärung über therapeutisch erforderliches Verhalten (Sicherungsaufklärung) auch die – ebenfalls schon jetzt bekannte – wirtschaftliche Aufklärung über die Behandlungskosten. Diese hat in

Textform – also auch E-Mail oder CD-ROM – immer dann zu erfolgen, wenn der Behandelnde weiß, „dass eine vollständige Kostenübernahme durch einen Dritten nicht gesichert ist oder sich hierfür hinreichende Anhaltspunkte ergeben“.

Aufklärung über Behandlungsfehler

Nach § 630c Abs. 2 Satz 2 BGB ist der Patient bei entsprechender Erkennbarkeit vom Arzt über einen möglichen Behandlungsfehler zu informieren, wenn der Patient explizit danach fragt oder die Information zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren notwendig ist. Zum Hinweis auf Aufklärungsversäumnisse oder organisatorische Fehler besteht nach dem Gesetzeswortlaut

keine entsprechende Pflicht. Zwar sieht der Gesetzesentwurf einen neugeschaffenen Schutzmechanismus mit Blick auf den strafrechtlichen Grundsatz der Selbstbelastungsfreiheit vor (§ 630c Abs. 3 Satz 3 BGB); Friktionen zum Arbeits- (fehlerbedingte Abmahnung oder Kündigung?) und Versicherungsrecht (Verlust des Versicherungsschutzes?) scheinen dennoch möglich und begründen möglicherweise Gestaltungsbedarf.

Dokumentation, Einsichtsrecht

Die §§ 630f und 630g BGB kodifizieren bereits geltendes Recht. Bedeutsam ist jedoch, dass bei (weiterhin zulässigen) Berichtigungen und Änderungen der Dokumentation deren ursprünglicher

Inhalt erkennbar bleiben muss, was gerade bei Führung elektronischer Patientenakten äußerst relevant ist. Verstöße gegen die Dokumentationspflicht wirken sich nämlich gemäß § 630h Abs. 3 BGB – wie bislang auch – beweisrechtlich zulasten des Behandlers aus:

Fazit

Im Patientenrechtegesetz wird vor allem bestehendes Richterrecht verankert. Verschärfend wirkt insbesondere die Verpflichtung, unter bestimmten Voraussetzungen auf – auch eigene – Behandlungsfehler hinzuweisen. Die Anforderungen an die wirtschaftliche Aufklärung könnten steigen. Bei Führung elektronischer Patientenakten ist sicherzustellen, dass nach nachträglich vorgenommenen Änderungen vorangehende Einträge sichtbar bleiben, anderenfalls drohen prozessuale Nachteile.

Insbesondere für Radiologen ist bedeutsam, dass unter anderem die von der Rechtsprechung entwickelte Beweislastumkehr für bestimmte einfache Befunderhebungsfehler ausdrücklich festgeschrieben wird.

Patientengesetz: Die wichtigsten Regelungen für Radiologen

Dokumentation (§ 630f BGB)

- Die Dokumentation muss in zeitlichem Zusammenhang mit der Maßnahme erfolgen; sie kann in Papierform oder elektronisch geführt werden und muss mindestens zehn Jahre aufbewahrt werden.
- *Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte müssen den ursprünglichen Inhalt erkennen lassen.*
- Die Dokumentation umfasst die aus fachlicher Sicht wesentlichen Maßnahmen und Ergebnisse derzeitiger und künftiger Behandlungen, insbesondere Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen, Aufklärungen, Arztbriefe.

Einsichtnahme in die Patientenakte (§ 630g BGB)

- Der Patient hat – bis auf wenige Ausnahmen – grundsätzlich unverzügliches Einsichtsrecht in seine vollständige Patientenakte.
- Der Patient hat einen Anspruch auf Abschriften (Kopie) seiner papierbasierten oder elektronischen Akte gegen Übernahme der Kosten.

Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler (§ 630h BGB)

- Der Behandelnde hat zu beweisen, dass er eine Einwilligung gemäß § 630d eingeholt und entsprechend den Anforderungen des § 630e aufgeklärt hat.
- Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis nicht in der Patientenakte aufgezeichnet oder hat er die Patientenakte nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht durchgeführt hat.
- Bei groben Behandlungsfehlern erfolgt eine Beweislastumkehr zugunsten des Patienten. Dann muss also der Arzt beweisen, dass sein Fehler nicht zu den vorhandenen Gesundheitsschäden geführt hat.



Impressum

Herausgeber: Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11, 65843 Sulzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0, <http://www.guerbet.de>, E-Mail: info@guerbet.de

Verlag: IWW Institut für Wirtschaftspublizistik Verlag Steuern Recht Wirtschaft GmbH & Co. KG, Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen, Telefon 02596 922-0, Telefax 02596 922-99

Redaktion: Dipl.-Kfm. Joachim Keil (verantwortlich); RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin)

Lieferung: Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der

Guerbet GmbH

Hinweis: Der Inhalt ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der in ihm behandelten Rechtsmaterie machen es jedoch notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Das Radiologen WirtschaftsForum gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.