

Kassenabrechnung

Bei unzureichender Dokumentation drohen Streichungen

Bei Abrechnungsprüfungen werden zunehmend auch die Dokumentationen zu den abrechneten Gebührenordnungspositionen (GOP) einbezogen. Bei unzureichender oder fehlender Dokumentation werden die betroffenen GOP gestrichen.

10-jährige Aufbewahrungsfrist

Gemäß § 57 Bundesmantelvertrag sind alle erbrachten Leistungen in geeigneter Weise zu dokumentieren und die ärztlichen Aufzeichnungen mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht andere Vorschriften (z. B. nach der Strahlenschutzverordnung bei Strahlenbehandlungen) eine abweichende Aufbewahrungsfrist vorschreiben. Die Aufbewahrungsfrist gilt auch über den Tod von Patienten hinaus oder nach Aufgabe der Praxis.

Kapitel 26 EBM

In Kapitel 26 des EBM sind die fachtypischen urologischen GOP gelistet. Bei den GOP, die eine Untersuchung beinhalten, ergibt sich die notwendige Dokumentation aus der Erbringung des obligaten Leistungsinhalts. Bei einer Zystoskopie nach GOP 26310 oder 26311 oder einer Urethradruckprofilmesung nach GOP 26312 werden die Untersuchungsergebnisse in der Regel direkt in den Behandlungsunterlagen vermerkt.

Onkologiepauschale GOP 26315

Die meisten Beanstandungen von Dokumentationen betreffen die Onkologiepauschale GOP 26315. Diese GOP kann bis zwei Jahre nach einer spezifischen Tumorthherapie (Zytostatika- oder Strahlenbehandlung, operative Behandlung) für die Nachbetreuung berechnet werden. Dementsprechend wird die GOP 26315 in der Regel bei den betreffenden Patienten in bis zu acht Quartalen nach Beendigung der spezifischen Tumorbehand-

lung oft routinemäßig abgerechnet. Insbesondere bei Abrechnung der GOP 26315 in Folgequartalen wird häufig versäumt, die Erbringung *aller* obligaten Leistungsinhalte zu dokumentieren. Unter insgesamt sechs Spiegelstrichen sind die obligaten Leistungsinhalte der GOP 26315 gelistet, die in jedem Quartal mit Abrechnung dieser Position erbracht und dokumentiert werden müssen. Haben sich gegenüber den Vorquartalen keine Änderungen ergeben, wird es als ausreichend angesehen, wenn auf die im Vorquartal erhobenen Befunde verwiesen wird.

Kleinchirurgie GOP 26350 bis 26352

Kleinchirurgische urologische Eingriffe sind nach den GOP 26350 bis 26352 abzurechnen. Diese Positionen sind jeweils nur einmal am Behandlungstag und nicht nebeneinander an demselben Tag berechnungsfähig. Bei Abrechnung dieser Positionen ist zu dokumentieren, dass zumindest einer der in den Leistungslegenden genannten obligaten Leistungsinhalte erbracht wurde. Besonderheit der GOP 26350: Zur Berechnung ist lediglich ein operativer Eingriff mit einer Dauer von bis zu fünf Minuten erforderlich. Gemäß 4.3.7.2 der allgemeinen Bestimmungen des EBM setzen operative Eingriffe die Eröffnung von Haut oder Schleimhaut oder eine Wundversorgung voraus. Punktionen und Biopsien sind nicht als operative Eingriffe zu werten. Eingriffe von bis zu fünf Minuten Dauer im Sinne der GOP 26350 sind auch sekundenschnelle Eingriffe, so z. B. die Eröffnung einer Haarfollikel oder einer entzündeten Talgdrüse im Intimbereich.

Ultraschall

Bei Ultraschalluntersuchungen ist die Darstellung der untersuchten Organe zu dokumentieren, entweder mit einem Bild oder mit digitaler Aufzeichnung. Die Aufzeichnungen müssen mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt werden und jederzeit abrufbar sein. Die Aufnahmen sind jeweils mit eindeutiger Patientenidentifikation zu versehen. Bei einer Restharnbestimmung, bei der sich die Harnblase vollständig entleert hat, ist eine Bildokumentation nicht erforderlich.

GOP 34255

Die Berechnung der Ausscheidungsurografie nach GOP 34255 setzt eine Leeraufnahme vor Kontrastmitteleinbringung und mindestens eine Aufnahme nach Kontrastmittelegabe voraus. Wird nur eine Niere untersucht, ist eine halbseitige Aufnahme ausreichend.

GOP 35100 und 35110

Ein Großteil der Urologen hat die Genehmigung zur Abrechnung der Psychosomatikpositionen 35100 und 35110. Bei Abrechnung der GOP 35100 sind die ätiologischen Zusammenhänge der somatischen und der psychosomatischen Erkrankung zu dokumentieren, eine entsprechende Diagnose aus dem Kapitel 5 des ICD-10 (Psychische und Verhaltensstörungen, F00 bis F99) ist anzugeben. Zur Abrechnung der Differentialdiagnostik nach GOP 35100 ist der Verdacht auf eine entsprechende Erkrankung (Zusatz V) ausreichend, bei Abrechnung verbaler Interventionen nach GOP 35110 ist eine F-Diagnose mit dem Zusatz G anzugeben.

Beispiel für Urologen: Patient mit ED (N48.4) und einer sexuellen Verhaltensstörung (F65.9) oder Versagensängsten (F43.9).

Datenschutz

DSGVO-Auskunftsanspruch des Patienten umfasst kostenlosen PDF-Versand der Patientenakte

von Rechtsanwältin Doris Mücke, Bad Homburg

Wenn Patienten mangel- oder fehlerhafte ärztliche Leistungen vermuten, möchten sie oft ihre Behandlungsunterlagen einsehen. Ein Patient kann seinen Anspruch auf die Herausgabe von Behandlungsunterlagen dabei sowohl auf § 630g Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) als auch auf Art. 15 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) stützen. Beide Ansprüche stehen gleichberechtigt nebeneinander. Zur Erfüllung des Datenschutz-Auskunftsanspruchs muss die erstmalige Herausgabe kostenlos erfolgen. Dies hat das Landgericht (LG) Dresden bestätigt (Urteil vom 29.05.2020, Az. 6 O 76/20). Doch wie weit reicht der DSGVO-Anspruch? Sind danach wirklich alle Patientendaten kostenfrei zu übermitteln?

Hintergrund

Ein Patient macht von dem ihm zustehenden Recht auf Einsichtnahme in seine Behandlungskartei bzw. Patientenakte i. d. R. nur in zwei Fällen Gebrauch, nämlich

- in Arzthaftungsfällen wegen vermeintlich fehlerhafter ärztlicher Behandlung und
- in Fällen, in denen ein Krankenversicherer „zur Prüfung seiner Leistungspflicht“ von dem bei ihm versicherten Patienten die Übersendung erhobener Befunde, unter Umständen auch die Einsicht in die Behandlungsdokumentation verlangt.

Wenn der *Versicherer*, nach Einholung einer individuellen Schweigepflichtentbindung seitens des Patienten, direkt an den Arzt herantritt und im Namen des Patienten die Übersendung der betreffenden Behandlungsunterlagen geltend macht, wird der Auskunftsanspruch auf eine versicherungsvertragliche Obliegenheitsverpflichtung des Patienten gestützt (§ 9 Musterbedingungen [MB/KK] bzw. § 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Versicherers).

Die eingeforderte Auskunft hat in diesem Fall nicht ihren Ursprung in dem informationellen Selbstbestimmungsrecht des Patienten, das in Art. 15 DSGVO Eingang gefunden hat. Die gegenüber dem Versicherten bestehende Kostenerstattungspflicht des Versicherers für die von ihm veranlassten Kosten für Arztauskünfte und Auslagenerstattung resultiert daher aus den versicherungsvertraglichen Bestimmungen.

Anders verhält es sich, wenn ein Patient direkt an den Arzt herantritt und eine Kopie bzw. elektronische Abschrift seiner Patientenakte nebst sämtlicher über ihn geführter Gesundheitsdaten wünscht.

Zwei Anspruchsgrundlagen

Wie in **§ 630g Abs. 1 BGB** im Rahmen des sog. Patientenrechtegesetzes geregelt, ist es die Pflicht des Behandlenden, dem Patienten auf dessen Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. **§ 630g Abs. 2 BGB** regelt, dass der Patient auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen kann.

Der Auskunftsanspruch gegenüber dem Arzt besteht nur Zug um Zug gegen Bezahlung der Vergütung des Arztes für die erbrachte Dienstleistung und seiner Auslagen.

Mit Einführung der DSGVO eröffnete sich eine alternative Anspruchsgrundlage: Nach **Art. 15 Abs. 3 DSGVO** hat der „Verantwortliche“, d. h. derjenige, der die Daten erhebt, der betroffenen Person eine Kopie der personenbezogenen Daten, die Gegenstand der Verarbeitung sind, zur Verfügung zu stellen, und zwar kostenfrei. Die Kostenfreiheit gilt allerdings nur für die Erstkopien bzw. eine Erstaufbereitung der personenbezogenen Daten. Für weitere Kopien, d. h. einen weiteren Satz der Kopien, kann der

Verantwortliche ein angemessenes Entgelt verlangen.

Der Fall des LG Dresden

Mit der Abgrenzung beider vorstehend skizzierten Anspruchsgrundlagen hatte sich das LG Dresden im eingangs genannten Urteil zu befassen. Ein anwaltlich vertretener Patient hatte von dem Universitätsklinikum, in dem er behandelt worden war, die unentgeltliche Übermittlung seiner vollständigen Behandlungsdokumentationen im PDF-Format gefordert. Dabei stützte der Anwalt des Patienten das Auskunftsbegehren ausdrücklich auf Art. 15 Abs. 3 der DSGVO. Die Klinik verweigerte die Übermittlung und zog sich auf den Standpunkt zurück, eine Übersendung der Unterlagen auf einem Datenträger sei lediglich gegen ein Entgelt von 5,90 Euro zzgl. Versandkosten möglich.

Das LG urteilte, dass dem Patienten unentgeltlich Auskunft durch Übersendung der gespeicherten personenbezogenen Daten zu gewähren sei, da Art. 15 Abs. 3 DSGVO ein unentgeltliches Auskunftsrecht vorsehe und eine Nachrangigkeit der DSGVO gegenüber § 630g BGB nicht gegeben sei. Wenn also der Patient sein Auskunftsrecht ausdrücklich auf Art. 15 Abs. 3 DSGVO stütze, sei dieses dort verankerte Auskunftsrecht unentgeltlich zu erfüllen.

Fazit

Angesichts der Pflicht zur kostenlosen Auskunft stützen Patienten ihre Herausgabeverlangen zunehmend häufig (auch) auf Art. 15 DSGVO. Fraglich ist, ob dieser Anspruch seinem Umfang nach tatsächlich genauso weit reicht wie die Ansprüche aus § 630 BGB. Denn in Art. 15 Abs. 3 S. 1 DSGVO ist lediglich von einer Kopie der „personenbezogenen Daten“ und gerade nicht von einer Kopie der Unterlagen, Dokumente oder Akten, in denen diese enthalten sind, die Rede. Zudem zielt der Zweck des Auskunftsanspruchs der DSGVO primär auf datenschutzrechtliche Belange ab. Die eigentlich zu beantwortende Frage dürfte jedoch sein, ob es sich lohnt, für ein paar Euro einen Rechtsstreit zu riskieren.

Leserforum

Rechnung für ein Ausfallhonorar – diese Punkte sollten Sie beachten!

Frage: „Einer unserer Patienten, der bereits mehrfach Termine ohne Absage hat verstreichen lassen, ist nun trotz unterschriebener Terminvereinbarung und ohne Absage erneut nicht erschienen und wir konnten den Termin nicht anderweitig vergeben. Nun wollen wir das Ausfallhonorar einfordern. Worauf ist bei der Erstellung der Rechnung zu achten?“

Antwort: Alles, was für die Rechnung allgemein gilt, gilt auch in diesem Fall. Dabei ist es von Vorteil, wenn sich folgende Punkte in der Rechnung wiederfinden:

- So sollte sich die Summe, die in der Rechnung gestellt wird, möglichst mit der Summe auf der Vereinbarung decken.
- Die Position sollte als Ausfallhonorar für eine geplante, aber versäumte Behandlung gekennzeichnet sein.
- Üblich ist zudem noch der Bezug zu der Terminvereinbarung und
- der Hinweis, dass kein Ersatzpatient behandelt wurde.

(mitgeteilt von RAin, FAin für MedizinR
Dr. Birgit Schröder, Hamburg)

Bewertungsausschuss

Berücksichtigung von Hygienekosten: Entscheidung vertagt

Der Berufsverband der Urologen – und auch andere Facharztverbände – fordern seit Jahren eine angemessene Vergütung ihrer Hygienekosten. Dies gilt vor allem für die Aufbereitung von Medizinprodukten in Praxen, die ambulant operieren.

Im Bewertungsausschuss konnte im Dezember 2020 jedoch keine einvernehmliche Entscheidung getroffen werden. Die KBV hat deshalb den **Erweiterten Bewertungsausschuss** angerufen. Mit einer Entscheidung ist im Laufe der nächsten Monate zu rechnen.

Vertragsarztrecht

Beantragung einer Fortbildungsververtretung: Ärzte zur Mitwirkung und Auskunft verpflichtet

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

Bei der Beantragung der Genehmigung einer Fortbildungsververtretung sind Vertragsärzte auch verpflichtet mitzuteilen, um welche Fortbildung es sich konkret handelt, denn die vertragsärztliche Pflicht zur fachlichen Fortbildung umfasst nicht nur rein medizinische Fortbildungen (Sozialgericht [SG] München, Urteil vom 16.07.2020, Az. S 38 KA 112/19).

Der Fall

Eine Vertragsärztin teilte der KV mit, sie lasse sich ab dem 01.01.2018 von einem angestellten Arzt jeweils mittwochs von 7:30 bis 14:00 Uhr vertreten, da sie an Fortbildungen teilnehme. Die Art der Fortbildung wurde trotz Nachfrage der KV nicht angezeigt. Diese verwehrt der Ärztin daraufhin die Vertretungsgenehmigung. Widerspruch und Klage der Ärztin blieben erfolglos.

Die Entscheidung

Das Gericht bezeichnete die Ablehnung der begehrten Genehmigung als rechtmäßig. Zwar stelle die Teilnahme an einer ärztlichen Fortbildung grundsätzlich einen in § 32 Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV (neben Krankheit, Urlaub usw.) ausdrücklich genannten Vertretungsgrund dar. Der Antrag der Ärztin zielt jedoch auf eine Vertretung jeweils mittwochs von 7:30 bis 14 Uhr ab, was einer mit § 32 Abs. 2 S. 6 Ärzte-ZV nicht zu vereinbarenden Dauerververtretung gleichkomme. Der Vorschrift zufolge ist die Dauer der Beschäftigung eines Vertreters zu befristen. Aus diesem Grund habe die KV den Genehmigungsantrag zu Recht abgelehnt. Im Übrigen habe die Ärztin die Auskunft darüber verweigert, um welche Art der Fortbildung es sich eigentlich handele. Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung sei die KV berechtigt zu überprüfen, ob überhaupt eine Fortbildung im Sinne der Ärzte-ZV stattfindet, um welche Fortbildungsart es sich handelt und welchen Umfang die Fortbildung hat, die einen Vertretungsfall im Sinne von § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV begründen soll. Mache ein Vertragsarzt hierzu keine Angaben, sei eine solche Überprüfung nicht möglich, und der Antrag sei daher abzuweisen.

Fazit

§ 95d SGB V statuiert die Pflicht zur fachlichen Fortbildung. Unter den Fortbildungsbegriff fallen nicht nur rein medizinische Fortbildungen. Es sind davon alle Fortbildungen erfasst, die mit der ärztlichen Tätigkeit einhergehen und damit zusammenhängen. Also können etwa auch betriebswirtschaftliche und rechtliche Fortbildungen einen Vertretungsfall i.S.v. § 32 Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV begründen. Vertragsärzte, die eine Fortbildungsververtretung beantragen, sollten die beschriebenen Auskunftspflichten beachten, um den Erfolg ihres Antrags nicht zu gefährden.

Krankenversicherungsrecht

Tumordiagnostik: Kosten-erstattung für PET-CT/MRT-Untersuchung durch GKV

von RA Tim Hesse und RRef Lena Krenz, Kanzlei am Ärztehaus, Münster/Dortmund
Nicht anerkannte diagnostische Maßnahmen können im Falle einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unterfallen, wenn die standardgemäßen diagnostischen Methoden ausgeschöpft oder keine hinreichenden Erkenntnisse zu liefern in der Lage sind. Dies hat das Sozialgericht (SG) Leipzig mit Gerichtsbescheid vom 22.04.2020 bestätigt (Az. S 8 KR 1743/19).

Der Fall

Ein Patient beantragte gegenüber seiner Krankenversicherung die Kostenübernahme für eine PET-CT/MRT-Untersuchung. Die Kasse lehnte die Übernahme mit der Begründung

ab, dass es sich um keine von der GKV zu übernehmende Leistung handele; dafür müsse der diagnostische bzw. therapeutische Nutzen nachgewiesen sein. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) habe den Nutzen einer PET/PET-CT aber nur für bestimmte medizinische Indikationen festgestellt. Hiergegen legte der an einem Hodentumor im Stadium III leidende Patient Widerspruch ein. Seine behandelnde Urologin sprach sich für eine PSMA-PET-CT aus, da die herkömmliche Bildgebung für die Unterscheidung von nekrotischem und vitalem Tumorgewebe nicht ausreichte. Die Versicherung wies den Widerspruch des Patienten unter Bezugnahme auf ein MDK-Gutachten zurück.

Die Entscheidung

Auf die Klage des Patienten stellte das SG einen Anspruch auf Kostenerstattung fest. Er habe einen Anspruch auf Krankenbehandlung nach § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V, und auch auf die streitgegenständliche PET-CT/MRT-Untersuchung. Zwar liege dafür keine positive Bewertung oder Empfehlung des G-BA vor, eine Kostenübernahme komme aber trotzdem in Betracht, wenn eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vorliege, für diese Erkrankung keine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung zur Verfügung stehe und wenn durch die Behandlung eine nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bestehe. Diese drei Voraussetzungen sah das Gericht in diesem Fall als erfüllt an.

Merke

In seinem Bescheid verwies das SG auf eine notstandsähnliche Situation des Patienten. CT oder MRT allein waren nicht geeignet, die Vitalität weiterer Lymphknotenmetastasen feststellen zu können. Die spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf könne auch darin liegen, lebensbedrohliche Risiken von Therapieoptionen – hier: PET-CT/MRT bei Hodentumor und mehreren abgebrochenen Chemotherapien – überhaupt erst abzuklären.

Krankenversicherungsrecht

Keine Kostenerstattung einer Grafting-OP durch die GKV: Penisverkrümmung ist nicht lebensbedrohlich

Wenn es für eine Krankheit keine zugelassene Behandlungsmethode bei Kassenärzten mehr gibt, kann die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in extremen Ausnahmefällen auch unkonventionelle Methoden übernehmen. Hierzu hat das Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen entschieden, dass eine Induratio penis plastica (Penisverkrümmung) keinen solchen Ausnahmefall darstellt (Urteil vom 17.11.2020, Az. L 16 KR 143/20).

Der Fall

Geklagt hatte ein 59-jähriger Mann, der an einer angeborenen Penisverkrümmung leidet. Von seiner Krankenkasse verlangte er die Kostenübernahme von rund 13.400 Euro für eine sog. Grafting-Operation bei einem Privatarzt. Er verwies auf einen erheblichen psychischen Leidensdruck und die Dringlichkeit der OP. Die Kasse lehnte den Antrag ab. Leistungen von Privatärzten dürften von der GKV nicht übernommen werden. Außerdem sei die Behandlungsmethode nicht anerkannt. In solchen Fällen käme eine Kostenübernahme nur in schweren Ausnahmefällen wie lebensbedrohlichen oder vergleichbaren Erkrankungen in Betracht.

Demgegenüber meinte der Mann, dass eine solche Erkrankung bei ihm vorliege. Er erhob Widerspruch und trug vor, dass er die Operation ambulant habe durchführen lassen. Denn bei fehlender Behandlung drohten in mehr als der Hälfte der Fälle dauerhafte Erektionsstörungen. Damit sei der Verlust einer herausgehobenen Körperfunktion zu befürchten. Es seien Behandlungskosten in Höhe von 13.600 Euro, 190 Euro für Hotellerie und 500 Euro für Rechtsanwaltsgebühren entstanden.

Weiterhin legte er ein Schreiben seines Hausarztes vor, wonach die angewandte OP-Technik in Krankenhäusern in der näheren Umgebung nicht angeboten werde. Die Maßnahme sei einzig erfolgversprechend und richtig. Den Widerspruch wies die Kasse als unbegründet zurück, wogegen der Kläger zunächst Klage vor dem Sozialgericht und dann vor dem LSG als nächster Instanz erhob.

Die Entscheidung

Das LSG hat die Rechtsauffassung der Krankenkasse bestätigt und ausgeführt, dass nicht anerkannte Behandlungsmethoden bei Privatärzten grundsätzlich nicht von der GKV zu übernehmen seien. Es liege auch kein Ausnahmefall vor. Denn eine bislang nur leichte Beeinträchtigung der Erektion eines 59-jährigen Mannes sei weder lebensbedrohlich noch wertungsmäßig damit vergleichbar. Eine Einschränkung der Lebensqualität reiche nicht aus. Sie könne nicht als drohender Verlust einer herausgehobenen Körperfunktion qualifiziert werden, zumal auch die OP selbst ein gesteigertes Risiko von postoperativen Erektionsstörungen beinhalte. Im Übrigen dürften psychische Leiden auch nur psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch auf Kosten der GKV behandelt werden.

Impressum



Herausgeber und Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-80
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg
E-Mail: uro@iww.de

Redaktion

Dr. phil. Stephan Voß (Chefredakteur, verantwortlich)

Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der

Hexal AG

Industriestr. 25, 83607 Holzkirchen
Telefon: 08024 908-0, Telefax: 08024 908-1290
E-Mail: service@hexal.com

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugswise 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 Hexal AG wieder.