

# »EXTRACTA gynaecologica

## Dem Zervixkarzinom einen Schritt voraus

Prävention von HPV-Impfung bis Kolposkopie.

## PCOS: Ursachen, Diagnostik, Therapie

Das Syndrom der polyzystischen Ovarien und seine vielen Facetten.



## Stolperstein Umsatzsteuer

Wann Praxismgemeinschaften mit höheren Abgaben rechnen müssen.

Bei Privatpatienten

# Richtig abrechnen: So geht Bares nicht verloren

Präventive Leistungen und IGeL bestimmen bei Gynäkologen schon in wichtigen Teilen den Umsatz. Aber dennoch lohnt es sich, auch bei der Privatabrechnung genauer hinzuschauen, meint Abrechnungsexpertin Ursula Klinger-Schindler. In ihren Beratungen vor Ort durchleuchtet sie u. a. die PKV-Abrechnung und zeigt auf, wo häufig unnötigerweise Euros verbrannt werden.

Neben der Betrachtung von organisatorischen Abläufen, Zeit- und Qualitätsmanagement führt Klinger-Schindler in Praxen auch immer einen Gesamtcheck der Kassen- und Privatabrechnung durch. Hierbei stößt die Praxisberaterin und Fachreferentin für das Abrechnungswesen sehr häufig auf Mängel und Defizite, die optimiert werden können.

## Ziffer 7: im Ansatz innerhalb des Behandlungsfalls nicht beschränkt

So stellt die Beraterin immer wieder fest: In der Gynäkologie ist die GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte)-Ziffer 7 (Untersuchung eines Organsystems: 21,45 EUR bei 2,3-fachem Satz) die häufigste Leistung. Zwar kommt hier die Anwendung des § 5 selten vor, aber dennoch ist ein höherer Steigerungsfaktor, z. B. bei einer starken Abwehrhaltung bei schmerzhaften Bewegungseinschränkungen, möglich. Bei der Ziffer 7 sollte das Praxisteam in jedem Fall darauf achten: Bei der Kontrolluntersuchung darf die Nr. 7 erneut in Ansatz gebracht werden. Bitte hier aber auch an die Dokumentation denken, unterstreicht Klinger-Schindler – und ganz wichtig: Die Nr. 7 ist im Ansatz innerhalb des Behandlungsfalls (ein Monat plus ein Tag) nicht beschränkt!

Im Übrigen darf die Nr. 7 auch neben der Beratung bei somatoformen Störungen nach Ziffer 849 (30,83 EUR bei 2,3-fachem Satz) abgerechnet werden. Anders als im GKV-Bereich muss keine Qualifikation für diese Leistung gegenüber der Krankenversicherung vorgelegt werden. Wird der Zeitaufwand von 20 Minuten für die Leistung berücksichtigt, ist sie gerade bei seelischen Krankheiten mit funktioneller Symptomatik und Organbeschwerden, bei denen eine organische Ursache ausgeschlossen werden kann (beispielsweise unklare Unter-/Oberbauchbeschwerden), angebracht.

## Im Bereich der Ziffer 3 viel Geld verschenkt

Dagegen strittig ist die häufig in Ansatz gebrachte Nr. 804A für ein therapeutisches Gespräch oder ein Operationsaufklärungsgespräch, da eine Leistung nur dann „analog“ angesetzt werden kann, wenn die GOÄ hierzu eine Lücke lässt. Mit Ansatz der 804A kann zwar der Sonderleistungsausschluss neben der Ziffer 3 umgangen werden, nach § 6 Absatz 2 GOÄ kommt eine Analogbewertung jedoch nur für Leistungen in Betracht, die nicht im Gebührenverzeichnis aufgelistet sind. Dies ist bei Beratungen nach den Nrn. 1 oder 3 aber nicht der Fall, macht Klinger-Schindler aufmerksam.

Dennoch wird im Bereich der Ziffer 3 häufig viel Geld verschenkt.

Schließlich ist ein mehrfacher Ansatz der Nr. 3 im Behandlungsfall erlaubt – dann aber bitte auch immer an die Begründung denken, sagt Klinger-Schindler. Begründungen könnten z. B. sein: eine Therapieresistenz, ein Aufklärungsgespräch für einen ambulanten oder stationären Eingriff oder eine Arzneimittelinteraktion. Liegt der Zeitaufwand bei mehr als 20 Minuten, kommt wiederum ein höherer Steigerungssatz in Frage. »

## Praxisberatung steht an?

# Fördergelder: bis zu 6000 EUR möglich



Viele Ärzte wissen nicht, so Ursula Klinger-Schindler, dass es Zuschüsse zu Praxisberatungen gibt, die von ihnen in Anspruch genommen werden können.

Gefördert werden neben allgemeinen Beratungen zur Unternehmensführung z. B. auch Beratungen zu Qualitätsmanagement (QM), Kooperationen, Mitarbeiterbeteiligungssystemen oder die Beseitigung von ratingrelevanten Schwachstellen im Vorfeld eines anstehenden Ratings.

Das Geld, das Ärzte drei Monate nach Abschluss einer Beratung beantragen können, kommt teilweise aus dem Europäischen Sozialfond (ESF), teilweise werden die Beratungen vom Bund finanziert. Voraussetzung, um Fördermittel zu erhalten ist lediglich, dass die Praxis bereits ein Jahr besteht und weniger als 50 Mio. EUR Umsatz erwirtschaftet bzw. weniger als 250 Mitarbeiter beschäftigt.

Wer sich für einen Zuschuss zu einer Praxisberatung interessiert, findet detaillierte Hinweise unter [www.bafa.de/bafa/de/wirtschaftsfoerderung/index.html](http://www.bafa.de/bafa/de/wirtschaftsfoerderung/index.html) sowie ein Antragsformular unter [www.beratungsfoerderung.net](http://www.beratungsfoerderung.net) (Muster Anlage 2). Informationen gibt es außerdem beim Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle (BAFA), Frankfurter Str. 29–35, 65760 Eschborn, Tel.: 06196 908-570, Fax: 06196 908-800.



## Krebsvorsorge zwei Mal pro Jahr abgerechnet

# Ätsch! Honorarkürzung verjährt

Obwohl die Krebsvorsorge nur einmal jährlich von der Krankenkasse übernommen wird, führte ein Kollege diese bei einigen seiner Patientinnen zwei Mal durch. Daraufhin kürzte die Kassenärztliche Vereinigung (KV) sein Honorar entsprechend. Vor Gericht zeigte der Gynäkologe der KV aber eine lange Nase.



Der Kollege bestritt dabei gar nicht, dass er Krebsvorsorgen zu häufig durchgeführt hatte, argumentierte aber, dass die Kürzung verjährt sei. Und bekam vor dem Sozialgericht Düsseldorf in erster Instanz Recht.

Die Honorarberichtigungen bzw. -kürzungen der KV Nordrhein betrafen die Quartale III/03 bis IV/04, meldet der Informationsdienst [www.medizinrecht-aktuell.de](http://www.medizinrecht-aktuell.de) der Kölner Anwaltskanzlei Dr. Halbe. Der Kürzungsbescheid war auf den 28.10.2008 datiert. Vor Gericht bestritt der Gynäkologe die rechtliche Richtigkeit der Streichungen nicht, meinte aber, dass die Ansprüche der KV verjährt bzw. verwirkt seien. Denn zwischen den betroffenen Quartalen und den Berichtigungsbescheid lägen zum Großteil mehr als vier Jahre.

*Angeschmiert: Die KV kam zu spät mit der Kürzung des Honorars ...*

Die Düsseldorfer Richter gaben dem Kollegen Recht: So war der Abrechnungsbescheid für das Quartal II/04 beispielsweise auf den 25.10.2004 datiert, der Berichtigungsbescheid aber auf den 28.10.2008. Damit sei für die Rückforderung nicht die erforderliche Vierjahresfrist eingehalten bzw. diese überschritten worden. Dies gelte insgesamt für die Quartale III/03 bis II/04.

### Rückforderung nur bei grober Fahrlässigkeit möglich

Eine Rückforderung käme höchstens dann noch in Betracht, so die Düsseldorfer Richter weiter, wenn der Arzt grob fahrlässig gehandelt habe. Davon könne im vorliegenden Fall aber nicht die Rede sein. Schließlich ergäbe sich die Limitierung: „einmal pro Jahr“ nicht unmittelbar aus der Leistungslegende der entsprechenden EBM-Abrechnungsziffer, sondern lediglich über den Verweis auf die Krebsfrüherkennungsrichtlinien. Zwar habe der Frauenarzt sicherlich fahrlässig, nicht aber grob fahrlässig gehandelt.

Ob der Arzt in höherer Instanz ebenfalls Recht bekommt, bleibt abzuwarten. Die Berufung zum Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen wurde jedenfalls zugelassen. (AT)

*Sozialgericht Düsseldorf, Urteil vom 04.11.2009, Az. S 2 KA 108/09*

- » Bei geplanten ambulanten Eingriffen wird nicht selten der Ansatz der Nr. 4 (29,49 EUR bei 2,3-fachem Satz) vergessen. Diese darf in der GOÄ nämlich nicht nur bei der „Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken“ sondern auch bei der „und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en)“ in Ansatz gebracht werden. Neben der Nr. 4, so Klinger-Schindler, ist die Beratung nach Ziffer 1 (10,72 EUR bei 2,3-fachem Satz) möglich.

### Knackpunkt Ziffer 34

Ein weiterer Knackpunkt: Die Nr. 34 (40,22 EUR bei 2,3-fachem Satz) darf innerhalb von sechs Monaten zwei Mal in Ansatz gebracht werden. Weiterhin darf die Nr. 34 nach der Frist von sechs Monaten erneut zwei Mal abgerechnet werden und zwar immer dann, wenn eine erhebliche Verschlimme-

rung der lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung festgestellt wird.

Und wenn die Gesprächsdauer bei der Nr. 34 z. B. bei 30 Minuten liegt, sollten Ärzte sich nicht scheuen, auch hier einen höheren Steigerungssatz nach § 5 ins Auge zu fassen. Hierbei ist es nur immer sehr wichtig, den erhöhten Steigerungsfaktor, z. B. 2,8-fach 3,0-fach oder 3,4-fach, entsprechend zu begründen. Die Begründung, so Klinger-Schindler, könnte beispielsweise lauten: „Zeitintensive Erörterung 30 oder XX Minuten wegen der Berücksichtigung der Langzeitbehandlung mit Medikamenten bei Neufeststellung einer lebensbedrohenden Erkrankung.“ (AT)

*Weitere Infos zur Abrechnungsexpertin Ursula Klinger-Schindler unter [www.abrechnungsexperten.de](http://www.abrechnungsexperten.de)*