



Prüfungen wegen des Zusatzes „H“

Bei der Abrechnung der Gebührenordnungspositionen (GOP) 03220 und 03221 wird derzeit vermehrt geprüft, ob Hausärzte den Zusatz „H“ bei den Ziffern 03220 und 03221 berechtigt angesetzt haben.

Vermehrt werden Hausärzte um Stellungnahmen zur korrekten Abrechnung der Ziffern 04220 und 04221 gebeten. Bei Nichterfüllung der Abrechnungsvoraussetzungen wurden Regresse ausgesprochen. Derzeit ist in einigen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) erneut eine Prüfungswelle zur Abrechnung der Ziffern 03220/03221 unter Beteiligung der Krankenkassen angelaufen. Im Fokus der derzeitigen Prüfungen steht die Angabe des Zusatzes „H“ zusätzlich zu den Ziffern 03220/03221.

Vorbehandlung durch anderen Hausarzt

Den Zusatz „H“ zu den Ziffern 03220/03221 können Hausärzte schon ab Beginn der Behandlung chronisch kranker Patienten ansetzen, wenn derselbe Patient in den Vorquartalen von einem anderen hausärztlich tätigen Arzt wegen derselben chronischen Erkrankung behandelt wurde. Das gilt für Hausärzte auch dann, wenn bei einem Kind die Vorbehandlung durch einen hausärztlich tätigen Kinderarzt durchgeführt wurde und das Kind in die Behandlung eines Hausarztes wechselt.

Prüfungsgrund

Da der Ansatz des Zusatzes „H“ in den letzten Quartalen deutlich zugenommen hat, wurde unter Mitwirkung der Krankenkassen die Berechtigung des Ansatzes von „H“ verstärkt geprüft. Die Mitwirkung der Krankenkassen ist dabei erforderlich, denn nur diese können bei einem Arztwechsel die patientenbezogenen Daten über mehrere Quartale zusammenführen. Festgestellt wurde, dass vielfach die Ziffern 03220/03221 mit dem Zusatz „H“ abgerechnet wurden, dass aber aus den Diagnoseangaben

Wichtig

- Patientenbefragung zur Vorbehandlung reicht für den Ansatz von „H“
- Falls möglich, Namen und Anschrift des vorbehandelnden hausärztlich tätigen Arztes dokumentieren
- Wechselt ein Kind von einem Kinderarzt des hausärztlichen Versorgungsbereichs zu einem Hausarzt und wird die Behandlung wegen derselben chronischen Erkrankung fortgeführt, ist der Zusatz von „H“ gerechtfertigt
- Zusatz „H“ auch berechtigt bei Vorbehandlung durch Nicht-Vertragsärzte, zum Beispiel bei Behandlung im Ausland oder bei Behandlung durch privat tätige Ärzte

der vorbehandelnden hausärztlich tätigen Ärzte Behandlungen wegen verschiedener Erkrankungen ersichtlich waren und keine Dauerdiagnosen vorlagen.

Anfragen bei anderen Ärzten

Einige KVen haben hausärztlich tätige Ärzte aufgefordert, beim Ansatz von „H“ Kontakt zum vorbehandelnden hausärztlich tätigen Arzt aufzunehmen und um Angaben zu den Behandlungszeiträumen sowie Behandlungsdiagnosen zu bitten. Damit bringen die KVen die Ärzte auf ein rechtlich fragwürdiges Terrain. Nur mit **schriftlicher Einwilligung der Patienten** dürfen entsprechende Daten übermittelt werden.

Patientenbefragung reicht

Beim Ansatz von „H“ ist es nach allgemeiner Auffassung ausreichend, die Vorbehandlungen von den Patienten beziehungsweise von Bezugspersonen zu erfragen und, falls der vorbehandelnde hausärztliche

Arzt angegeben wird, dessen Name und Anschrift zu dokumentieren. **Außerdem:** Laut EBM muss in den Vorquartalen eine „hausärztliche“ und nicht eine „vertragsärztliche“ Behandlung stattgefunden haben.

Beispiel 1:

Ein Patient ist wegen derselben chronischen Erkrankung – aus welchen Gründen auch immer – zuvor privat bei einem anderen Arzt hausärztlich behandelt worden und begibt sich dann als „Kassenpatient“ in vertragsärztliche hausärztliche Behandlung.

Beispiel 2:

Ein Patient verweilt über Winter mehrere Monate auf Mallorca und wird dort jedes Quartal hausärztlich betreut. Zurückgekehrt wird der hiesige Hausarzt aufgesucht, der die Behandlung wegen derselben chronischen Erkrankung fortführt. In beiden Fällen ist der Zusatz „H“ gerechtfertigt.

Resümee

Falls Hausärzte wegen des vermeintlich nicht berechtigten Ansatzes von „H“ um Stellungnahmen gebeten oder gar mit einem Regress konfrontiert werden, ist unbedingt Widerspruch einzulegen und darauf zu verweisen, dass eine Befragung der Patienten stattgefunden hat und diese als ausreichend anzusehen ist. Falls Krankenkassen festgestellt haben sollten, dass in Vorquartalen bei einem anderen Arzt andere Diagnosen angegeben wurden und somit eine kontinuierliche Behandlung wegen derselben chronischen Erkrankung nicht vorliegt, kann durchaus darauf verwiesen werden, dass entsprechend andere Angaben gemacht wurden und somit der Ansatz von „H“ berechtigt war.

Alle Tipps finden Sie unter www.abrechnungstipps.de – kostenlos!



Ausfallhonorar bei „No-show-Patienten“ möglich

Wenn Patienten zum vereinbarten Termin nicht erscheinen, ist es gegebenenfalls möglich, ein Ausfallhonorar zu erlangen.

Wenn Patienten einen vereinbarten Termin wegen unvorhersehbarer Ereignisse (z. B. einer akuten Erkrankung oder eines Unfalls) nicht wahrnehmen können, ist die überwiegende Meinung, dass dem Arzt ein Ausfallhonorar nicht zusteht. Allenfalls stände ihm ein Schadenersatz zu, zum Beispiel für die Kosten für extra für den Patienten besorgte und nicht weiter verwendbare Materialien. Auch wenn die Meinungen dazu auseinandergehen, ist es doch im Einzelfall schwierig, dem Patienten nachzuweisen, dass er den Termin rechtzeitig hätte absagen können und meist sind das nicht die Fälle, in denen der Arzt ein Ausfallhonorar unbedingt durchsetzen will.

Erste Voraussetzung: Reservierter Termin

Soll ein Ausfallhonorar erhoben werden, ist die erste Voraussetzung, dass die Behandlungszeit fest für den Patienten reserviert sein muss. Dies sollte schriftlich festgehalten sein. Es muss aber nicht unbedingt eine reine Bestellpraxis sein. Für beispielsweise

- zeitaufwendige Endoskopien
- ambulante Operationen
- psychotherapeutische Behandlungen

wird auch häufig ein fester Termin eingeplant und es stehen in dieser Zeit keine anderen Patienten zur Verfügung, um die Lücke zu schließen. Wenn in der freigewordenen Zeit nämlich ohne weiteres andere Patienten behandelt werden können, wird es schwierig zu belegen, dass dem Arzt durch das Nichterscheinen des Patienten ein Schaden entstanden ist.

Vorherige schriftliche Vereinbarung

Ein (relativ) sicherer Weg, um bei einem Nichterscheinen des Patienten ein Ausfallhonorar verlangen zu können, ist dessen

vorherige schriftliche Vereinbarung mit seiner Unterschrift.

Dabei sollte die Vereinbarung nicht in einem allgemeinen schriftlichen Behandlungsvertrag (z. B. als „Stornogebühr“) versteckt sein, sondern gesondert erfolgen.

In einer solchen Vereinbarung sollte stehen, dass der Patient darüber informiert wird, dass

- die vereinbarte Zeit ausschließlich für ihn reserviert sei
- der Termin beispielsweise spätestens 48 Stunden vorher abgesagt werden müsse
- ihm anderenfalls die ungenutzte Zeit – es sei denn, ihn träfe an der Nichtabsage kein Verschulden – in Rechnung gestellt werde
- der Patient mit dieser Regelung ausdrücklich einverstanden ist

Hilfreiche Informationen dazu gibt zum Beispiel die Landesärztekammer Hessen (Hessisches Ärzteblatt 3/2016, S. 163 ff). Sie weist dabei auf ein Urteil des Arbeitsgerichts (AG) Nettetal vom 12.09.2006 mit einem Ausfallhonorar von sogar knapp 1400 Euro hin und empfiehlt die dazu wiedergegebene Textfassung als „gerichtsfest“.

Die Möglichkeit des Ausfallhonorars ist nicht daran gebunden, dass der Patient privat versichert oder Selbstzahler ist. Auch mit GKV-Versicherten kann ein Ausfallhonorar vereinbart werden.

Höhe des Ausfallhonorars

Darüber gibt es die unterschiedlichsten Meinungen und Gerichtsurteile. Viele Ärzte vereinbaren lediglich eine Art „Erziehungsgeld“ in Höhe von 25 bis 50 Euro. Andere Bemessungen erfolgten nach dem Einfachsatz der GOÄ für die entgangenen Leistungen (was die Ersparnis durch nicht entstandene Kosten berücksichtigt), andere berechneten anhand von Stundensätzen. So gab das AG Bielefeld im Urteil

Wichtig

- Ausfallhonorare sind möglich. Voraussetzungen zur Durchsetzbarkeit sind aber eine fest reservierte Zeit, eine vorherige, schriftliche Terminvereinbarung sowie eine vorherige schriftliche Vereinbarung über ein ggf. zu berechnendes Ausfallhonorar
- Viele Ärzte machen gute Erfahrungen damit, Terminausfällen durch vorherige Anrufe oder E-Mails beim Patienten vorzubeugen
- Der Beitrag gibt nur allgemeine Hinweise. Ggf. sollte Rechtsberatung eingeholt werden

vom 10.02.2017 (AZ 411 C 3/17) einem Zahnarzt Recht, der das Ausfallhonorar nach seinem durchschnittlichen Jahresgewinn, umgerechnet auf die „Leerlaufzeit“, berechnete.

Einkommensteuer beachten

Auch ein Ausfallhonorar unterliegt der Einkommensteuer. Umsatzsteuerlich wird aber davon ausgegangen, dass nur Vorgänge eines Leistungsaustauschs Umsatzsteuer auslösen können, somit nicht ein Ausfallhonorar, das den Charakter eines Schadenersatzes habe.

Selbstverständlich kann man unzuverlässige Patienten auch anders „erziehen“. Der Nicht-Vergabe weiterer Termine sind aber durch die grundsätzliche Behandlungspflicht Grenzen gesetzt, besonders im Rahmen vertragsärztlicher Tätigkeit. An auffällige Patienten nur noch zeitlich „unbequeme“ Termine zu vergeben, dagegen lässt sich aber kaum etwas einwenden. Viele Ärzte machen gute Erfahrungen damit, ihre Patienten zwei Tage vor dem Termin daran zu erinnern.

Alle Tipps finden Sie unter www.abrechnungstipps.de – kostenlos!



Modern und schmerzlos gegen Warzen

Relativ viele Patienten weisen Warzen auf, die sie gerne entfernt hätten. Mit der wassergefilterten Infrarotlicht(wIRA)-Therapie ist das auch beim Hausarzt auf moderne und kostengünstige Art möglich.

Bei der wIRA-Therapie wird hochdosiertes Infrarot-A-Licht angewendet. Die spezielle Bauart der Lampen mit einem vorgeschalteten Wasserfilter erlaubt hochdosierte Bestrahlungen mit hohem Eindringvermögen in das Gewebe mit einer geringen thermischen Oberflächenbelastung. Die Wärme wird von den Patienten als intensiv, aber angenehm empfunden. Im Gewebe werden Durchblutung und Sauerstoffpartialdruck gesteigert.

Gegenüber herkömmlichen Behandlungen von Warzen (z. B. mit Externa oder Kryotherapie) wird über hohe Erfolgsraten und über eine hohe Patientenzufriedenheit berichtet. Zur wIRA-Therapie von Warzen ist schon 2004 eine Studie der Universitätsklinik Jena veröffentlicht worden, auch in der Nachfolgeliteratur sind bei sachgemäßer Anwendung keine Schäden beschrieben.

► Informationen zur Warzenbehandlung finden Sie z. B. online mit der Sucheingabe „Uniklinik Jena Warzentherapie“.

Nach wie vor wenden auch viele Hautärzte zur Warzenbehandlung die wIRA- statt der Lasertherapie an. Sie ist nicht nur für Patienten kostengünstig, sondern erfordert auch vom Arzt geringere Investitionen und Nebenkosten, was sie auch zur Anwendung in der hausärztlichen Praxis geeignet macht.

Durchführung wIRA-Therapie

Die Wasserfilterung ermöglicht lange Anwendungszeiten. Durchschnittlich erfolgen die Behandlungen über 20 bis 30 Minuten. In Abständen von zwei bis drei Tagen werden insgesamt sechs bis 15 Sitzungen durchgeführt. Naturgemäß gibt es

aber kein festes Schema, Anzahl und Frequenz der Anwendungen sind vor allem von der Größe und der Tiefenausdehnung der Warzen abhängig. Manchmal reichen auch schon drei Behandlungen aus. Vor der Behandlung mit wIRA erfolgt eine Behandlung mit keratolytischen Pflastern und der Abtragung der gelösten Hornanteile.

Kosten und Akzeptanz

Die Investitionskosten liegen einschließlich eines Farbfiltersatzes bei etwa 2.000 Euro (ohne Mehrwertsteuer). Der Platzbedarf ist gering. Die Durchführung erfordert nach dem Aufklärungsgespräch und dem IGeL-Behandlungsvertrag fast keine „Arztzeit“ mehr. Die MFA ist mit dem Patienten etwa 15 Minuten beschäftigt. Die Raumbelagungszeit beträgt etwa 45 Minuten pro Patient. Als in der Regel nebenwirkungsfreies, „naturnahes“ Verfahren mit überschaubaren Kosten wird über eine hohe Akzeptanz dieser IGe-Leistung und daraus Wirtschaftlichkeit für den Arzt auch bei kleineren Patientenzahlen berichtet.

Abrechnung

Da die spezielle Form der Infrarotanwendung als „Tiefenwärme“ oder „Farbtiefenwärme“ im EBM nicht enthalten ist, ist die wIRA-Therapie IGeL. Sie ist nach der GOÄ zu berechnen. Für das Aufklärungsgespräch zu dieser Therapie kann die Nr. 1 GOÄ berechnet, bei mindestens zehn Minuten Dauer und wenn keine andere Leistung als die in der Anmerkung zur Nr. 3 GOÄ genannten Ziffern berechnet wird, auch die Nr. 3.

Da es gegenüber den Patienten in der Kostenaufklärung schwierig ist, zwischen „kurzen“ und „langen“ Gesprächen zu differenzieren, kommt meist Nr. 1 GOÄ zum Ansatz. Für die Vorbehandlung kommt Nr. 745 GOÄ zum Ansatz („... Entfernung von jeweils bis zu drei Warzen...“, z. B. 2,3-fach 6,17€). Die keratolytischen Pflaster

Wichtig

- Die Warzenbehandlung mit wIRA ist auch in der hausärztlichen Praxis als IGeL einsetzbar
- Die vorbereitende Keratolyse und Abtragung kann mit Nr. 745 GOÄ berechnet werden. Für die wIRA-Anwendung empfehlen wir die Abrechnung mit der Nr. 567 GOÄ analog (mit 1,8-fachem Faktor 9,55 €). Bei aufwendigerer Behandlung (z. B. Behandlung mehrerer Areale) kann bis 2,5-fach gesteigert werden (13,26 € je Sitzung)

können rezeptiert oder nach § 10 GOÄ als Auslage berechnet werden.

Nr. 567 GOÄ analog

Eine Infrarottherapie gibt es in der GOÄ mit der Nr. 538 (Infrarotbehandlung, 1,8-fach, 4,20€). Diese ist jedoch für herkömmliche „Infrarotlampen“ gedacht. Bei der wIRA-Therapie erfolgt meist die analoge Berechnung mit der Nr. 567 GOÄ (Phototherapie mit selektivem UV-Spektrum, je Sitzung, 91 Punkte, Einfachsatz 5,30€, 1,8-fach, 9,55€).

Begründung bei höherem Faktor

Nr. 567 GOÄ kann auch analog je Sitzung nur einmal berechnet werden. Wenn in einer Sitzung verschiedene Areale (ggf. auch mit unterschiedlichen Einstellungen oder zusätzlicher Farbanwendung) behandelt werden, kann Nr. 567 GOÄ zum Beispiel mit der Begründung „erhöhter Aufwand wegen Behandlung an mehreren Lokalisationen“ bis 2,5-fach gesteigert werden. Mit dem 2,5-fachen Faktor resultieren 13,26 Euro je Sitzung.

Alle Tipps finden Sie auch unter www.abrechnungstipps.de – kostenlos!