

## Rechtsreport

## KV darf Plausibilitätsprüfungen ausweiten

Hat ein Vertragsarzt in einem Quartal überdurchschnittlich häufig am selben Tag eine Kombination aus Ordinationskomplex und Beratung abgerechnet, ist die Kassenärztliche Vereinigung (KV) berechtigt, auch für die Folgequartale eine Plausibilitätsprüfung vorzunehmen. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden und die Revision eines Orthopäden gegen Honorarrückforderungen der KV zurückgewiesen. Nach § 106 a Abs. 2 Sätze 1 und 2 SGB V (jetzt § 106 d SGB V) stellt die KV die sachliche und rechnerische Richtigkeit der vertragsärztlichen Abrechnung fest. Sie gilt als falsch, wenn die Prüfung der vom Arzt an einem beliebigen Tag abgerechneten Leistungen erkennen lässt, dass diese unter Berücksichtigung des erforderlichen persönlichen Zeitaufwands nicht erbracht werden konnten. Im vorliegenden Fall war bei der Ab-

rechnungsprüfung eines Orthopäden aufgefallen, dass dieser in einer Vielzahl von Fällen am selben Behandlungstag neben dem orthopädischen Ordinationskomplex nach GOP 18210 bis 18212 EBM-Ä die Leistung nach GOP 18220 angesetzt hatte. Die Kombination unterstellt einen mindestens 20-minütigen Arzt-Patienten-Kontakt. Dadurch ergab sich an 28 Arbeitstagen eine Überschreitung der Tagesarbeitszeit von zwölf Stunden. Weil die KV vermutete, dass sich die hohe Quote der Parallelabrechnungen nicht auf das geprüfte Quartal I/2006 beschränkte, erweiterte sie ihre Prüfung auf die Quartale II/2006 bis IV/2007, in denen sich teilweise noch höhere Überschreitungen der Tagesarbeitszeit ergaben. Der Orthopäde wendete ein, dass die Aufgreifkriterien der Tages- und Quartalszeitprofile nur im Quartal I/2006 – und dort auch nur hin-

sichtlich der Tageszeitprofile – erfüllt gewesen seien. Die KV sei daher nicht berechtigt gewesen, ihre Prüfung auszuweiten. Dem folgte das BSG nicht. Nach Auffassung des Gerichts darf die KV zu viel gezahltes Honorar für die acht geprüften Quartale zurückfordern. Denn die Abrechnung des Orthopäden erfülle in allen Quartalen das Aufgreifkriterium einer mehr als zwölfstündigen Arbeitszeit an mehr als drei Tagen im Quartal. Die Mindestzeit des Arzt-Patienten-Kontaktes von 20 Minuten ergebe sich unmittelbar aus der GOP 18220 EBM-Ä. Der Arzt hätte deshalb nach Auffassung des BSG die Fehlerhaftigkeit seiner Abrechnung erkennen müssen. Die Leistungslegende der GOP 18220 EBM-Ä habe nicht missverstanden werden können.

BSG, Urteil vom 24. Oktober 2018, Az.: B6 44/17 R  
RAin Barbara Berner

## GOÄ-Ratgeber

## Geriatrisches Basis-Assessment – Koordination

Während im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) Gebührenpositionen für das hausärztlich-geriatrische Basis-Assessment als Komplexleistungen enthalten sind, gibt es solche Komplexe in der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nicht.

Die beiden Gebührenpositionen im EBM beinhalten einen Komplex für die körperliche und geistige Befunderhebung (EBM-Nr. 03360) und einen Komplex für Beratung und Betreuung (EBM-Nr. 003362). Bei diesen Komplexleistungen werden zahlreiche obligate und fakultative Leistungen jeweils mit einer Pauschale vergütet. Dies ist in der GOÄ nicht möglich. Daher wurden die Leistungen der EBM-Komplexe einzelnen Leistungen der GOÄ (soweit möglich) zugeordnet. Zu Untersuchungs- und Beratungsleistungen sowie Testverfahren sind vier unterschiedliche GOÄ-Ratgeber bereits veröffentlicht worden (vergleiche die Ratgeber zum „Geriatrischen Basis-Assessment“ in Heft 42 und 44/2018 sowie 1–2 und 4/2019).

Das geriatrische Basis-Assessment zeichnet sich durch eine hohe koordinative

Tätigkeit des Arztes aus. Bei der EBM-Nr. 003362 wird die flankierende und kontinuierliche Koordination und Durchführung verschiedener therapeutischer Maßnahmen wie der Medikation und der Verordnung und Einleitung physiotherapeutischer beziehungsweise ergotherapeutischer Maßnahmen vorausgesetzt. In der GOÄ gibt es hierzu die Leistung nach Nr. 15 GOÄ: „*Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken*“ (300 Punkte).

In der Begründung der Bundesregierung zur 4. Änderungsverordnung der GOÄ heißt es: „*Die Gebührenordnungsnummer 15 soll eine adäquate Honorierung der hausärztlichen Koordinierungsfunktionen im Rahmen der ambulanten Behandlung chronisch Kranker sicherstellen (Gespräche mit anderen behandelnden Ärzten, Vor- und Nachbereitung von Krankenhausaufenthalten, regelmäßige Überprüfung der Medikation, Kontakte zu sozialen Einrichtungen oder Versicherungsträgern)*.“ Die Formulierung „*während der kontinu-*

*ierlichen ambulanten Betreuung*“ bedeutet eine fortlaufende Information des Arztes über den Stand der therapeutischen und sozialen Maßnahmen im Hinblick auf das angestrebte Behandlungsergebnis. Als soziale Maßnahmen sind Tätigkeiten, die einen Kontakt beispielsweise zu ambulanten Pflegediensten oder Pflegeheimen, sozialen Einrichtungen, Kureinrichtungen, Krankenversicherungen, Sozialarbeitern oder Ähnliche voraussetzen, zu verstehen. Die Formulierung der Leistungslegende setzt die Koordination von therapeutischen und sozialen Maßnahmen für den Ansatz der Nr. 15 GOÄ voraus. Unerheblich ist dagegen, ob der Schwerpunkt der Koordinationstätigkeit bei den therapeutischen oder den sozialen Maßnahmen liegt.

Die Nr. 15 GOÄ ist nur einmal je Kalenderjahr ansatzfähig. Dies bedeutet aber nicht, dass diese Leistung erst nach Ablauf eines Jahres angesetzt werden kann, sondern die Berechnung kann z. B. zu Beginn der Betreuung eines Patienten in der geriatrischen Grundversorgung zum Ansatz kommen.  
Dr. med. Anja Pieritz