

Plausi-Zeiten sind manchmal alles andere als plausibel!

— Krankenkassen und KVen müssen laut § 106a SGB V die Plausibilität der vertragsärztlichen Abrechnungen prüfen. Primäres Aufgreifkriterium ist der Zeitaufwand der je Tag abgerechneten Leistungen. Als Grundlage gelten festgelegte Plausibilitätszeiten. Übersteigt die so ermittelte Arbeitszeit an mindestens drei Tagen eines Quartals 12 Stunden, oder liegt die Gesamtzeit im Quartal über 780 Stunden, werden ergänzende Abrechnungsprüfungen eingeleitet. Das

kann dann zu Honorarkürzungen führen – obgleich ja auf der anderen Seite der größte Teil der hausärztlichen Leistungen im EBM pauschaliert ist.

MMW-KOMMENTAR

Es lohnt sich also, seine Tages- und Quartalsprofile regelmäßig und spätestens vor Abgabe der Quartalsabrechnung auf die zeitliche Plausibilität hin zu überprüfen, wenn man eine derartige Honorarkürzung vermeiden will.



Plausibilitätszeit für den Hausbesuch: 35 Minuten.

Im Pflegeheim wären es 0 Minuten!

© LPETIET / Getty Images / iStock (Symbolbild mit Fotomodellen)



Dr. Gerd W. Zimmermann
Facharzt für
Allgemeinmedizin
Kapellenstraße 9
D-65719 Hofheim

Bei dieser internen Kontrolle sollte man aber auch darauf achten, dass man sein Honorar nicht selbst kürzt! Viele EBM-Leistungen haben nämlich keine Zeitvorgabe. In der Regel sind das Leistungen der Abschnitte II 1.1 und II 1.2 des EBM, welche im Rahmen des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes oder zu Sonderzeiten erbracht werden. Aber auch im normalen hausärztlichen Alltag gibt es Nrn. ohne Zeitvorgaben – und an einigen Stellen sind die Regelungen alles andere als plausibel geraten.

Einen Extremfall stellt der Besuch und die Behandlung eines Palliativpatienten dar. Für einen dringenden Besuch, auch im Pflegeheim, stehen die Besuchsgebühren nach den Nrn. 01 411, 01 412 und 01 415 und der Zuschlag nach Nr. 03 373 zur Verfügung. Diese Leistungen gehen nicht in das Plausibilitätsprofil ein.

Versorgt man einen identischen Palliativpatienten hingegen in seiner häuslichen Umgebung, werden die Nrn. 01 410 bzw. 01 413 sowie 03 372 angesetzt. Diese schlagen mit 20 bzw. 7 Minuten für den Besuch und 15 Minuten für die Palliativversorgung zu Buche. Aufpassen und rechnen lohnt sich hier also doppelt!

GOÄ-Analogziffern einfach finden

— Die aktuelle GOÄ ist alt, und eine Novellierung scheint immer noch in weiter Ferne. Wenn man heute bei Privatpatienten Leistungen erbringt, die nicht eindeutig im Verzeichnis aufgelistet sind, sollte man sich deshalb auf den § 6 Abs. 2 der GOÄ stützen, nach dem „entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung“ abgerechnet werden kann.

MMW-KOMMENTAR

Leider muss man sich dann aber etwas mit dem Gesamtwerk beschäftigen. Die Analogabrechnung ist nämlich nur bei „selbständigen“ ärztlichen Leistungen möglich. Was das ist, definieren die §§ 1 und 4 der GOÄ exakt. Bevor man aber selbst zum Rechtsexperten wird, sollte man zuerst nachschauen, was es an Entscheidungen zur analogen Bewertung bereits gibt. Seit 1983 existiert eine stetig

wachsende Liste von Analogbewertungen, an deren Erstellung sich ärztliche Fachverbände, GOÄ-Kommentatoren und die Bundesärztekammer (BÄK) beteiligt haben. Die so entstandene „Analogliste der BÄK“ ist zwar kein amtliches Papier, wird aber in der Regel von Kostenträgern akzeptiert.

• Die Analogliste ist online verfügbar unter www.bundesaerztekammer.de/aerzte/gebuehrenordnung/abrechnung/analogue-bewertungen