

Gesundheitspolitik

Der Koalitionsvertrag: Wissenswertes für Leitende Krankenhausärzte der Radiologie

Auch wenn ein Koalitionsvertrag noch kein Gesetzentwurf ist, viele Fragen zwischen den Koalitionspartnern erst noch geklärt werden müssen und ohnehin der gesamte Vertrag unter Finanzierungsvorbehalt steht, lassen sich bereits jetzt Weichenstellungen erkennen.

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung

Eine fundamentale Änderung: Statt einkommensabhängiger Beiträge soll ein Pauschalbetrag erhoben werden („Kopfpauschale“), über das Steuersystem soll ein sozialer Ausgleich erfolgen. Der Arbeitgeberanteil an den Gesundheitskosten wird eingefroren.

Die Zukunft von PKV und GOÄ

Musste man nach Aussagen von SPD-Gesundheitspolitikern früher noch eine Abschaffung der PKV befürchten, erfolgt nun ein klares Bekenntnis: Die PKV ist ein „konstitutives Element in einem freiheitlichen Gesundheitswesen“. Durch drei Instrumente soll die PKV gestärkt werden:

- Beschränkung der Wahltarife in der GKV,
- Überprüfung des Basistarifs und
- Wegfall der Drei-Jahres-Frist mit Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze, die für einen Wechsel in die PKV erforderlich ist.

Noch wichtiger ist die Novellierung der GOÄ: „Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wird an den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst. Dabei sind Kostenentwicklungen zu berücksichtigen.“

Ambulante Leistungserbringung am Krankenhaus

Im neuen MVZ sollen nur noch Ärzte das Sagen haben: „Wesentlich ist dabei vor allem, dass die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte Ärztinnen und Ärzten zusteht und das MVZ ... verantwortlich geführt wird.“ Auch Krankenhäuser können damit zukünftig nicht mehr alleiniger Träger eines MVZ sein (mit Ausnahmen in unterversorgten Gebieten).

Inhalt

Guerbet-Workshop

„Vernetzung und Kooperation in der Radiologie“

Leserforum

Aufklärungsfrist bei intraartikulärem KM

Privatliquidation

3D-Sonografie: Zuschlag Nr. 5733
GOÄ analog berechenbar

Die ambulante Leistungserbringung nach § 116b SGB V, wo es erhebliches Konfliktpotenzial mit Niedergelassenen gibt, kommt auf den Prüfstand: „Das Verfahren, das die Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen regelt, wird kritisch überprüft und gegebenenfalls präzisiert.“

Dauerbaustelle „EBM“

Die Ärztinnen und Ärzte brauchen einen gesicherten Rahmen für ihre Arbeit. Eine Grundvoraussetzung ist ein einfaches, verständliches Vergütungssystem, das die Leistungen adäquat abbildet. Dabei werden regionale Besonderheiten Berücksichtigung finden. Nach kritischer Überprüfung wird die Honorarreform unter dieser Zielsetzung zusammen mit den Beteiligten den erforderlichen Kurskorrekturen unterzogen.

Die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten kann bedeuten, dass kein oder nur ein abgeschwächter länderübergreifender Risikostrukturausgleich stattfinden soll. Das ist gut für Ärzte in einkommensstarken Regionen wie Baden-Württemberg und Bayern, schlecht für Ärzte in strukturschwachen Regionen. Interessant ist ferner, dass die Koalition die Möglichkeit der Kostenerstattung ausbauen will.

Guerbet-Workshop „Vernetzung und Kooperation in der Radiologie“ § 116b SGB V – Sozialgericht gewährt Rechtsschutz

von RA René T. Steinhäuser, Rechtsanwältin Wigge, www.ra-wigge.de

Das Sozialgericht (SG) Dresden beschloss am 29. September 2009 (Az: S 11 KA 114/09 ER, nicht rechtskräftig) in einem Eilverfahren, dass ein Vertragsarzt der Zulassung eines Krankenhauses zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V widersprechen kann. Rechtsanwalt Dr. Peter Wigge stellte diesen Fall den Teilnehmern des Guerbet-Workshops „Vernetzung und Kooperation in der Radiologie“ auf dem „Radiologie Kongress RUHR“ am 5. November in Bochum vor. Nachfolgend die wichtigsten Aussagen aus dem Beschluss:

Das Gebot der Rücksichtnahme

Das SG Dresden stellte in seinem umfassenden Beschluss fest, dass der Gesetzgeber den Vertragsärzten keinen Vorrang einräume. Er müsse aber der Berufsausübung der Vertragsärzte in einem regulierten Markt im Verhältnis zu den Krankenhäusern Rechnung tragen, in dem die Bestimmung des Krankenhauses zu erfolgen hat, „soweit es unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden ist.“

Den ruinösen Wettbewerb zulasten der Vertragsärzte habe der Gesetzgeber, so das SG, mit der Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung weder beabsichtigt noch in Kauf genommen. Vielmehr habe er der bestehenden Struktur mit der Versorgung durch die niedergelassenen Ärzte und der vorhandenen Versorgungssituation eine grundlegende Funktion beigegeben, die mit einer Teilnahme der Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung nicht gefährdet, sondern ergänzt werden soll.

Das SG weiter: Die Formulierung „unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation“ normiere, dass bei einer Erteilung einer Bestimmung das Gebot der Rücksichtnahme auf die Interessen des bereits niedergelassenen

Vertragsarztes, der in demselben räumlichen Bereich wie das ersuchende Krankenhaus bereits eine Position am Markt der Leistungserbringer inne hat, zu wahren sei.

Keine Bedarfsprüfung

Das SG betonte, dass die Prüfung des Bedarfs für eine ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus nicht Voraussetzung für die Erteilung der Teilnahme ist. Eine Bedarfsprüfung finde daher nicht statt. Das Absehen von einer Bedarfsprüfung bedeute lediglich, dass die Bestimmung des Krankenhauses nicht auf den Fall des Bestehens einer Versorgungslücke beschränkt ist. Umgekehrt hieße dies nicht, dass auch im Falle einer bestehenden sichergestellten Versorgung die Bestimmung ohne Einschränkung zu erfolgen habe.

Wettbewerbsvorteil des Krankenhauses

Das Krankenhaus und die ermächtigten Krankenhausärzte haben nach den Feststellungen des SG gegenüber den Vertragsärzten einen Wettbewerbsvorteil. Nach einer Tumoroperation in einem Krankenhaus befinde sich der Patient in einer besonderen Situation, die die Entscheidung im Hinblick auf die weitere Therapie beeinflusse. Der Patient habe zu den stationär behan-

delnden Ärzten ein Vertrauensverhältnis aufgebaut und dies überlagere seine Entscheidung, die weitere Therapie an einem anderen Ort und bei einem anderen Arzt durchführen zu lassen. Daneben liege es nahe, dass sich ein Patient dem konkreten Angebot der Krankenhausärzte, die Therapie im Krankenhaus durchzuführen, nur schwer entziehen könne. Das SG weist dabei auf die nicht oder nur unzureichende Information des Patienten hin, dass er die Möglichkeit hat, die Behandlung durch niedergelassene Ärzte fortzusetzen.

Zur Begründung ziehen die Richter die Anlage 3 der Richtlinie des G-BA zur Bereitstellung von Informationsmaterial heran. Es hebt dabei hervor, dass das Krankenhaus nur verpflichtet ist, das Informationsmaterial über die Erkrankung und die Behandlungsalternativen industrieunabhängig und kostenlos zur Verfügung zu stellen. Die Notwendigkeit der Aufklärung über die Möglichkeit, die Therapie in entsprechend onkologisch-qualifizierten Praxen niedergelassener Ärzte durchführen zu lassen, sei damit nicht vorgeschrieben.

Abgrenzung teilstationäre und ambulante Behandlung

Das SG konnte der Argumentation des Klinikums auch an einer anderen Stelle nicht folgen. Es trug bezüglich der wirtschaftlichen Folgen vor, dass es die bisher teilstationär erbrachten Leistungen durch die Krankenkassen nicht vollständig vergütet bekam und dies nun über die Bestimmung zur ambulanten Versorgung erfolgen soll.

Zutreffend äußerte das SG Bedenken, weil nicht damit gerechnet werden kann, dass die teilstationären nun als ambulante Behandlungen abgerechnet werden dürfen.

Fazit

Der Beschluss des SG Dresden schafft nun noch mehr Rechtssicherheit für Krankenhäuser und Vertragsärzte. Nachdem das Bundesverfassungsgericht im letzten Jahr die Vertragsärzte mit ihrer Klage gegen § 116b SGB V an die Sozialgerichte verwies, hat das SG Dresden die Klage eines Vertragsarztes gegen die Bestimmung eines Krankenhauses zur ambulanten Versorgung zugelassen und einen greifbaren Maßstab für die Zulassung gebildet.

Wenn auch keine Bedarfsprüfung stattfindet, so wirkt sich eine bestehende gesicherte Versorgung der Versicherten durch die bereits tätigen Vertragsärzte aufgrund des Gebots der Rücksichtnahme als erhebliche Hürde für das Klinikum aus. Jedenfalls in dem Bereich einer sichergestellten Versorgung dürften regelmäßig die Rechte der bereits tätigen Vertragsärzte überwiegen. Das Sächsische Landessozialgericht (Az: L 1 KA 37/09 B ER) muss nun über den Fall entscheiden. Es wird sich zeigen, ob die umfangreiche Begründung des Sozialgerichts einer Überprüfung standhalten kann.

Leserservice: Ab der nächsten Ausgabe des „Contrast Forum“ wird es eine Serie zum Thema „Vernetzung und Kooperation in der Radiologie“ geben. Hierbei werden Fragen zur Zusammenarbeit zwischen Niedergelassenen und Krankenhausradiologen besprochen, ein intersektorales Modell zwischen Fachärzten und Krankenhäusern vorgestellt und die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V genauer beleuchtet. Wenn Sie Fragen oder konkrete Themenwünsche haben, schicken Sie eine kurze E-Mail mit Ihren Themen an mareck@iww.de.

Leserforum**Aufklärungsfrist bei intraartikulärem KM**

Frage: Für Patienten, die regulär zu einer MRT-Untersuchung der Schulter einbestellt werden – welche üblicherweise in nativer Technik durchgeführt wird –, ergeben sich manchmal erst am Tag der Untersuchung diagnostische Fragen, die nur mit weiterführenden Verfahren zu beantworten sind. Diese sind aufklärungspflichtig, da

- im einfachsten Fall nur intravenös Kontrastmittel (KM) appliziert werden muss (= indirekte Arthrografie). Hier ist alles klar. Der Patient wird unmittelbar vor der Untersuchung aufgeklärt (Bogen + Arztgespräch).
- gegebenenfalls intraartikulär KM injiziert werden muss (zum Beispiel das Medikament Artirem = direkte Arthrografie). Dieses Szenario stellt eine invasive Methode dar und ist mit einem höheren Komplikationsrisiko verbunden.

Nun die Frage: Ist für diese „rein“ diagnostische, jedoch „invasive“ Vorgehensweise eine Aufklärung und Einverständnisaussage am Untersuchungstag zulässig oder muss sie 24 Stunden vorher, also am Vortag erfolgen?

Dazu RA R. Hellweg, Kanzlei Schroeder-Printzen, Hannover

Grundsätzlich kann zunächst nach dem oben dargelegten Sachverhalt keine generelle Handlungsempfehlung dahingehend gegeben werden, die Aufklärung auch bei intraartikulärer Injektion des Kontrastmittels direkt vor der Untersuchung durchzuführen.

Die rechtliche Problematik

Es gibt nach der Rechtsprechung keine klare Trennung, wonach bei bestimmten Eingriffen die Aufklärung mindestens 24 Stunden vorher erfolgen muss und bei anderen Eingriffen Aufklärung und Einwilligung direkt vor Untersuchungsbeginn ausreichend sind.

Es wird vielmehr abhängig vom Einzelfall gefordert, dass die Aufklärung des Patienten so rechtzeitig erfolgt, dass dieser ohne vermeidbaren Zeitdruck eine hinreichende Abwägung der für und gegen den Eingriff sprechenden Gründe vornehmen und damit sein Selbstbestimmungsrecht in angemessener Weise wahren kann.

Risikoarme Eingriffe

Es gibt jedoch eine Tendenz der Rechtsprechung dahingehend – und darauf spielt die eingangs genannte Frage an –, dass bei kleineren und risikoarmen ambulanten und insbesondere bei diagnostischen Eingriffen in diesem Sinne eine Aufklärung des Patienten am Tag des Eingriffs als zulässig erachtet wird.

Risikoreiche Eingriffe

Dagegen wird bei risikoreichen Eingriffen die Aufklärung am Tag des Eingriffs vorher nicht für ausreichend gehalten. Teilweise muss der Patient sogar mehr als einen Tag vorher aufgeklärt werden und einwilligen.

Sehr große und riskante OPs

Bei sehr großen und riskanten Operationen wird manchmal verlangt, dass nach der Aufklärung einige Tage vorher kurz vor dem geplanten Eingriff diese wiederholt und der Patient nochmals einwilligen muss. Das heißt, es muss eine sogenannte „Doppelaufklärung“ durchgeführt werden.

Maßgeblich: Zwischen Risiken und Nutzen des Eingriffs abwägen

Maßgeblich sind jedoch immer die Umstände des Einzelfalls, wobei eine Abwägung zwischen Risiken und Nutzen des Eingriffs zu erfolgen hat. Wenn sich zum Beispiel ein Patient schon länger beim Radiologen in Behandlung befindet und er mit diesem über den geplanten diagnostischen Eingriff schon vorher mehrfach gesprochen hat, kann es im Einzelfall ausreichend sein, wenn er den Patienten nochmals am Tag des Eingriffs selbst aufklärt und dieser dann abschließend einwilligt.

Praxistipp: Ausgehend davon, dass es bei der Problematik um einen rein diagnostischen Eingriff geht, ist im Rahmen der Risiken-Nutzen-Abwägung zu berücksichtigen, dass der elektive Eingriff nicht lebensnotwendig ist und zu keinem direkten Heilerfolg führt, sondern ausschließlich zu diagnostischen Zwecken erfolgt. Bei einem solchen Sachverhalt werden von der Rechtsprechung höhere Anforderungen an die Rechtzeitigkeit der Aufklärung gestellt. Angesichts des vorstehend Erörterten ist zu empfehlen, das Aufklärungsgespräch und die Einwilligung des Patienten mindestens am Vortag des geplanten Eingriffs durchzuführen, um größtmögliche Rechtssicherheit zu erlangen.

Guerbet-Service Checklisten für Mitarbeitergespräche

Viele Krankenhausradiologen befinden sich jetzt in den Mitarbeiterjahresgesprächen und fragten nach den Checklisten aus den Ausgaben Nr. 7 und 8/2009. Diese haben wir für Sie aufbereitet. Fordern Sie die Checklisten unter mareck@iww.de an.

Privatliquidation

3D-Sonografie: Zuschlag Nr. 5733 GOÄ analog berechenbar

von Dr. med. Bernhard Kleinken, PVS Consult, Köln

Der Zuschlag für die computergesteuerte Analyse bei 3D-Sonografien ist mit der Nr. 5733 GOÄ analog (46,63 Euro) berechenbar. Doch einige Krankenversicherungen behaupten etwas anderes. Welches Argument diese vorbringen und wie Sie als liquidationsberechtigter Chefarzt dem entgegenreten können, erfahren Sie im folgenden Beitrag.

Das Problem

Die Krankenversicherungen behaupten, die 3D-(auch 4D-)Sonografie sei nur mit einem höheren Faktor zu den sonografischen Leistungen zu berücksichtigen. Sie berufen sich dabei auf den „Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte“. Der Kommentar, den die Krankenversicherungen hierbei nicht namentlich nennen, ist der von „Brück“ aus dem Deutschen Ärzteverlag. Dort steht zur Nr. 5377 GOÄ (Zuschlag zu CT-Leistungen), dass dieser nicht für „andere Computeranwendungen“ berechenbar sei. Bei der Nr. 5733 GOÄ fehlt eine solche Interpretation, die zur Nr. 5377 GOÄ ist aber übertragbar.

Die Lösung

Der an sich sehr verdienstvolle GOÄ-Kommentar ist hier aber leider auf dem Stand von 2002. Die Urteile des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 13. Mai 2004 (Az: III ZR 344/03) zur Analogabrechnung von Leistungen des medizinischen Fortschritts und vom 5. Juni 2008 (Az: III ZR 239/07) zu dem, was mit einer „Zielleistung“ abgegolten ist, sind im Kommentar nicht auf sonografische Leistungen angewandt worden. Die Kommentierung zu sonografischen Leistungen befindet sich, mit Ausnahme der Nr. 415 GOÄ, noch auf dem Stand von 2002.

Praxistipp: Kommentare sind nicht rechtsverbindlich. Ihre Ausführungen sind aber rechtswirksam, wenn die Begründungen stichhaltig sind.

Halten Sie dem Argument der Krankenversicherungen Folgendes entgegen: Der GOÄ-Kommentar von Hoffmann (Kohlhammer-Verlag) stellt auf dem Stand vom Oktober 2008 sowohl die Art des 3D-/4D-Verfahrens bei Sonografien als auch die Berechenbarkeit des Zuschlags treffend dar. Lassen Sie sich also nicht verunsichern!

Leserservice: Die Urteile des BGH vom 13. Mai 2004 (Az: III ZR 344/03) und vom 5. Juni 2008 (Az: III ZR 239/07) können kostenlos unter mareck@iww.de angefordert werden.



Impressum

Herausgeber: Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11, 65843 Sulzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0, <http://www.guerbet.de>, E-Mail: info@guerbet.de

Verlag: IWW Institut für Wirtschaftspublizistik Verlag Steuern Recht Wirtschaft GmbH & Co. KG, Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen, Telefon 02596 922-0, Telefax 02596 922-99

Redaktion: RAin Heike Mareck (verantwortlich); RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin)

Lieferung: Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der

Guerbet GmbH

Hinweis: Der Inhalt des Contrast Forum ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der in ihm behandelten Rechtsmaterie machen es jedoch notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Das Contrast Forum gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.