

Rechtsreport

Triage-Beschluss des Bundesverfassungsgerichts

Menschen mit einer Behinderung sind durch gesetzgeberische Maßnahmen vor Benachteiligungen bei der Entscheidung über die Zuteilung intensivmedizinischer Maßnahmen (Triage) während der Coronapandemie zu schützen. Das hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) entschieden.

Der Gesetzgeber sei verpflichtet, wirksame Vorkehrungen zu treffen, damit niemand bei einer Entscheidung über die Verteilung von pandemiebedingt knappen intensivmedizinischen Behandlungsressourcen aufgrund einer Behinderung benachteiligt wird. Er habe solche Vorkehrungen bislang nicht getroffen. Damit habe er die aus dem Schutzauftrag des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG und der UN-Behindertenrechtskonvention folgende Handlungspflicht verletzt.

Behandelnde Ärztinnen und Ärzte müssen im Fall einer pandemiebedingten Triage entscheiden, wem die nicht ausreichend zur Verfügung stehenden intensivmedizi-

nischen Ressourcen zukommen sollen und wem nicht. In dieser Situation kann es besonders fordernd sein, auch Menschen mit einer Behinderung die notwendige medizinische Versorgung zukommen zu lassen. Das gelinge nur, wenn sichergestellt ist, dass allein nach der aktuellen und kurzfristigen Überlebenschance entschieden wird.

Das aktuelle ärztliche Berufsrecht gewährleiste den Schutz vor Benachteiligung nicht hinreichend wirksam. Insofern genüge es nicht, auf das sogenannte Genfer Gelöbnis zu verweisen, wonach eine Behinderung nicht zwischen die ärztlichen Pflichten und ihre Patientinnen/Patienten treten darf. Bei seiner Entscheidung habe der Gesetzgeber einerseits die Sachgesetzmäßigkeiten der klinischen Praxis, etwa die aus medizinischen Gründen gebotene Geschwindigkeit von Entscheidungsprozessen zu beachten. Andererseits müsse er die Letztverantwortung des ärztlichen Perso-

nals für die Beurteilung medizinischer Sachverhalte im konkreten Einzelfall berücksichtigen, die in deren besonderer Fachkompetenz und klinischer Erfahrung begründet liegt. Dabei könne er selbst entscheiden, ob er Vorgaben zu den Kriterien von Verteilungsentscheidungen oder Vorgaben zum Verfahren macht. Sofern dies nach seiner Einschätzung einen wirksamen Grundrechtsschutz verspricht, kann er sich für ein Mehraugenprinzip bei Auswahlentscheidungen oder für Vorgaben zur Dokumentation entscheiden. Denkbar seien auch Regelungen zur Unterstützung vor Ort. Dazu komme die Möglichkeit spezifischer Vorgaben für die Aus- und Weiterbildung in der Medizin und Pflege und insbesondere des intensivmedizinischen Personals. Der Gesetzgeber sei gehalten, seiner Handlungspflicht unverzüglich durch geeignete Vorkehrungen nachzukommen.

BVerfG, Beschluss vom 16. Dezember 2021, Az.: 1 BvR 1541/20 *RAin Barbara Berner*

GOÄ-Ratgeber

Abrechnung des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz

Am 17. Dezember 2020 wurde die Richtlinie (RL) „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ um das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erweitert. Da das kontinuierliche Telemonitoring im Gebührenverzeichnis der GOÄ nicht enthalten ist, muss bei telemonitorischer Überwachung von nicht gesetzlich Versicherten eine analoge Berechnung nach § 6 Abs. 2 GOÄ erfolgen. Auf Empfehlung des Ausschusses „Gebührenordnung“ hat der Vorstand der Bundesärztekammer am 9./10. Dezember 2021 Abrechnungsempfehlungen zum Telemonitoring beschlossen.

Die RL des GBA definiert das Telemonitoring wie folgt: „Telemonitoring bei Herzinsuffizienz [...] ist ein datengestütztes, zeitnahes Management, das grundsätzlich in Zusammenarbeit zwischen einer primär behandelnden Ärztin oder einem primär behandelnden Arzt (PBA) und einem ärztlichen telemedizinischen Zentrum (TMZ) erfolgt.“ Der Arzt des TMZ verantwortet die

Funktionsfähigkeit der technischen Ausstattung, die regelmäßige Datenerfassung und Analyse, die Sichtung von Warmmeldungen (Datenmanagement) und die Übermittlung an den PBA. Die Daten werden mittels implantierter Aggregate oder durch externe Messgeräte erhoben. Im Regelfall erfolgt das Datenmanagement von Montag bis Freitag und kann patientenindividuell auf Wochenenden und Feiertage ausgedehnt werden. Zu Beginn der Behandlung ist der Patient zum Telemonitoring anzuleiten.

Die Anleitung des Patienten ist analog Nr. 33 GOÄ „Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindesdauer von 20 Minuten“ einmal zu Beginn der Behandlung zu berechnen. Die Überwachung kardialer implantierter Aggregate ist analog Nr. 661 GOÄ „Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers“ einmal je Kalenderwoche zu berechnen, während beim Einsatz von externen Messgeräten der analoge Ansatz der Nr. 653 GOÄ „Elektrokardiographische Untersu-

chung auf telemetrischem Wege“, einmal je Kalenderwoche, zu wählen ist. Eine tägliche Abrechnung der Nrn. 661 beziehungsweise 653 GOÄ ist betriebswirtschaftlich nicht gerechtfertigt. Erfolgt das Datenmanagement auch an Wochenenden oder Feiertagen, ist dies über die Wahl eines geeigneten Steigerungsfaktors – gegebenenfalls unter Ausschöpfung des Gebührenrahmens – der Nrn. 661 beziehungsweise 653 GOÄ zu berechnen. Die konsiliarische Erörterung zwischen beteiligten Ärzten zur Überwachung an Wochenenden und Feiertagen und zur Erörterung von Warmmeldungen stellt den originären Leistungsinhalt der Nr. 60 GOÄ dar. Hierbei ist zu beachten, dass die Nr. 60 GOÄ für ein Gespräch, in dem sowohl Warmmeldungen als auch die Ausdehnung der Überwachung erörtert wird, nur einmal („und/oder“) berechnungsfähig ist. Die rein technische Übermittlung von Warmmeldungen ohne persönliche Erörterung ist über die Nrn. 661 beziehungsweise 653 GOÄ abgegolten.

Dr. med. Markus Stolaczyk