

Rechtsreport

Dialysevereinbarung ist rechtmäßig

Die Partner des Bundesmantelvertrags dürfen die Mitnahme eines Versorgungsauftrags für die Dialyse beschränken (§ 2 Abs. 7 BMV-Ä i.V.m. Anlage 9.1 BMV-Ä). Das hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) entschieden. Es nahm deshalb die Verfassungsbeschwerden von zwei Nephrologen nicht zur Entscheidung an. Diese hatten eine Verletzung ihrer Grundrechte nach Art. 12 GG geltend gemacht. Denn § 4 Abs. 1b der Anlage 9.1 BMV-Ä bestimmt, dass bei gemeinschaftlicher Berufsausübung der Versorgungsauftrag in der Dialysepraxis bleibt, wenn ein Arzt aus der Praxis ausscheidet. Eine entsprechende Gesetzesgrundlage fänden die streitigen Regelungen in § 72 Abs. 2 i.V.m. § 82 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Bedenken gegen eine ausreichende demokratische Legitimation der Partner des Bundesmantelvertrags sah das Gericht nicht.

Nach § 72 SGB V sei die vertragsärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gewährleistet sei. Dabei hätten die Vertragspartner jedoch keine unbegrenzte Gestaltungsfreiheit. Das Gesetz enthalte hinreichend bestimmte Vorgaben zu den Regelungszielen und zur Reichweite des Ermächtigungsrahmens.

Die streitigen Regelungen tragen nach Auffassung des Gerichts dem vom Gesetzgeber hervorgehobenen Gemeinschaftsinteresse einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung hinreichend Rechnung. Durch die beschränkte Erteilung von Versorgungsauf-

trägen für Dialyseleistungen und das Mitnahmeverbot würden Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung gesichert. Denn die Regelungen verhinderten, dass Dialysepraxen mit geringer Auslastung betrieben würden und dadurch aus Kostengründen an der Qualität der Versorgung sparten. Außerdem förderten die Regelungen die gemeinsame Berufsausübung. Das trage ebenfalls zur Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung bei. Denn Dialysepatienten bedürften einer umfassenden ärztlichen Betreuung, die unter anderem eine permanente Erreichbarkeit erfordere (§ 5 Abs. 4 Qualitätssicherungsvereinbarung zu Blutreinigungsverfahren) und in ärztlicher Kooperation besser gewährleistet werden könne. BVerfG, Beschluss vom 15. August 2018, Az.: 1 BvR1780/17, BvR 1781/17

RAin Barbara Berner

GOÄ-Ratgeber

Geriatrisches Basis-Assessment – Beratungen (1)

Im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) gibt es seit einiger Zeit Gebührensätze für das hausärztliche geriatrische Basis-Assessment. Diese Komplexleistungen beinhalten einmal eine Art körperliche und geistige Befunderhebung (EBM-Nr. 03360) und zum anderen eine Art Beratungs- und Betreuungspaket (EBM-Nr. 003362).

Die fachlichen Anforderungen an die Ärzte, die im EBM für das geriatrische Basis-Assessment gefordert werden, wurden auch für die Bewertung dieser Leistungen nach der Amtlichen Gebührenordnung (GOÄ) für Ärzte vorausgesetzt. Ebenfalls vorausgesetzt wurde, dass die Patienten eine entsprechende geriatrisch geprägte Versorgung benötigen.

Bei den Komplexleistungen des EBM werden zahlreiche obligate und fakultative Leistungen mit einer Pauschale vergütet. Pauschalen sind in der GOÄ jedoch explizit ausgeschlossen. Aus diesem Grund wurde (soweit möglich) eine Zuordnung der in den Komplexen aufgeführten Leistungen des EBM zu einzelnen Gebührenpositionen der GOÄ vorgenommen und

hierzu werden fünf Ratgeber erscheinen. Im Vordergrund bei dem geriatrischen Basis-Assessment stehen vor allem unterschiedliche Arten von Gesprächen (mit dem Patienten, ggf. den Angehörigen, Konsil mit dem mitbehandelnden Arzt/Ärztin, dem Pflegedienst etc.), Erhebung und Monitoring des altersspezifischen Gesundheitszustandes und des Gefährdungspotenzials (zum Beispiel Sturzgefahr) sowie weitere koordinierende Tätigkeiten.

Die Gesprächsleistungen unterliegen in der GOÄ zahlreichen Ausschlüssen, sodass auch wichtige gebührenrechtliche Hinweise Erwähnung finden. So sind Beratungsleistungen grundsätzlich nicht nebeneinander berechnungsfähig. Sollten im Ausnahmefall zwei Gespräche an einem Tag notwendig sein, so können durch die Angabe der Uhrzeiten auf der Rechnung oft Missverständnisse und Rückfragen vermieden werden. Für die Anleitung zur Anpassung des familiären und häuslichen Umfeldes sind beispielsweise sowohl Gespräche mit dem Patienten, den Angehörigen und gegebenenfalls dem Pflegepersonal notwendig.

Die „Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung – auch mittels Fernsprecher“ nach Nr. 3 GOÄ (150 Punkte) steht in der GOÄ für Gespräche, die länger als zehn Minuten dauern. Allerdings kann diese Leistung nur als einzige Leistung oder nur neben Untersuchungsleistungen nach den Nrn. 5, 6, 7, 8, 800 und 801 GOÄ stehen. Sobald weitere Leistungen (wie z. B. EKG, Laboruntersuchungen oder Injektionen) hinzukommen, kann die Nr. 3 GOÄ nicht mehr angesetzt werden. Auch muss ab der zweiten Berechnung der Nr. 3 GOÄ in demselben Behandlungsfall (Zeitraum ein Monat plus ein Tag) auf der Rechnung eine Begründung aufgeführt werden. Wenn keine der nachfolgend genannten Beratungsleistungen infrage kommen und die Nr. 3 GOÄ wegen weiterer Leistungen ausgeschlossen ist, kann auf die Nr. 1 GOÄ (80 Punkte) gegebenenfalls mit erhöhtem Steigerungssatz und entsprechender Begründung (gemäß § 5 Abs. 2 ff. GOÄ) zurückgegriffen werden.

Dr. med. Anja Pieritz