

Rechtsreport

Arztsitze: Zulassungsgremien haben Auswahlermessen

Werden Arztsitze besetzt, die aufgrund des Demografiefaktors ausgeschrieben werden, können die Zulassungsgremien den Versorgungsbedarf älterer Menschen besonders berücksichtigen, wenn sie zwischen Bewerbern auswählen. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden. Im vorliegenden Fall hatte der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beschlossen, den Planungsbereich Jena teilweise für Orthopäden zu entsperren und einen Vertragsarztsitz neu zu besetzen. Hintergrund war die Einführung des Demografiefaktors bei der Bedarfsplanung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Juli 2010. Es bewarben sich zwei Orthopäden, die beide länger als fünf Jahre als Fachärzte tätig waren. Bei der Auswahl zogen die Zulassungsgremien die Dauer der ärztlichen Tätigkeit und das Approbationsalter nicht als maß-

gebliches Kriterium heran. Dagegen klagte der unterlegene Bewerber. Das BSG bestätigte jedoch die Entscheidung der Zulassungsgremien. Deren Auswahlkriterien seien nicht zum Nachteil des Klägers fehlerhaft. Die Kriterien „Approbationsalter“ und „Dauer der ärztlichen Tätigkeit“ zielten auf Erfahrung und einen gewissen fachlichen Standard der Bewerber. Dem BSG zufolge dürfte dieser in den meisten ärztlichen Tätigkeitsfeldern fünf Jahre nach Abschluss der Weiterbildung erreicht sein. Eine längere Berufstätigkeit begründe daher im Regelfall keinen weiteren fachlichen Vorsprung.

Die Zulassungsgremien entscheiden über Anträge in einem bislang überversorgten Planungsbereich nach § 95 Abs. 2 i. V. m. § 103 Abs. 3 SGB V sowie den konkretisierenden Bestimmungen des § 16 b Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

(Ärzte-ZV) und des § 23 Bedarfsplanungs-Richtlinie 2007 des G-BA. Nach § 23 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie 2007 (inhaltsgleich mit § 26 Bedarfsplanungs-Richtlinie) ist der Aufhebungsbeschluss mit der Auflage zu versehen, dass Zulassungen nur in dem Umfang erfolgen dürfen, bis für die Arztgruppe Überversorgung eingetreten ist. Das ist dem BSG zufolge rechtmäßig. Das Gericht teile daher nicht die Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit, der G-BA sei nicht dazu befugt, in der Bedarfsplanungs-Richtlinie steuernde Regelungen zu treffen (<http://daeb.de/NW82>). Das treffe in dieser Allgemeinheit nicht zu, so das BSG. Den Zulassungsgremien stehe ein Auswahlermessen zu, das sie pflichtgemäß ausüben hätten.

BSG, Urteil vom 27. Juni 2018, Az.: B 6 KA 33/17 R
RAin Barbara Berner

GOÄ-Ratgeber

Geriatrisches Basis-Assessment – Beratungen (2)

Schon länger gibt es im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) 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).

Bei den Komplexleistungen des EBM werden obligate und fakultative Leistungen mit einer Pauschale vergütet. Pauschalen sind in der GOÄ jedoch explizit ausgeschlossen. Aus diesem Grund wurden (so weit möglich) die in den EBM-Komplexen aufgeführten Leistungen einzelnen Gebührenpositionen aus der GOÄ zugeordnet.

Im Vordergrund bei dem geriatrischen Basis-Assessment stehen vor allem unterschiedliche Arten von Gesprächen (mit dem Patienten, ggf. den Angehörigen, Konsil mit dem/den mitbehandelnden Arzt/Ärzten, dem Pflegedienst etc.), Erhebung und Monitoring des Gesundheitszustandes und des Gefährdungspotenzials sowie koordinierende Tätigkeiten.

Zu den Beratungen gegenüber dem Patienten siehe GOÄ-Ratgeber „Geriatrisches

Basis-Assessment – Beratungen“ (DÄ Heft 42/2018). Die Beratung beispielsweise von Angehörigen oder Pflegekräften kann ggf. auch nach den schon beschriebenen Beratungsleistungen in Rechnung gestellt werden. Allerdings kommen ggf. auch andere Beratungsleistungen infrage:

Die „Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) – im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken“ nach Nr. 4 GOÄ (220 Punkte) wird möglicherweise für die Umgestaltung, Anpassung und Überwachung des häuslichen Umfeldes bei diesen Patienten zutreffen und kann dann ggf. in Rechnung gestellt werden. Die Nr. 4 GOÄ ist auf die Abrechnung einmal im Behandlungsfall beschränkt. Neben den Nrn. 30, 34, 801, 806, 807, 816, 817 und/oder 835 ist die Nr. 4 GOÄ ausgeschlossen.

Mit der Nr. 34 GOÄ wird die „Erörterung (Dauer mindestens 20 Minuten) der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheb-

lichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung – gegebenenfalls einschließlich Planung eines operativen Eingriffs und Abwägung seiner Konsequenzen und Risiken –, einschließlich Beratung – gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen –“ vergütet. Zum Ansatz der Nr. 34 GOÄ siehe auch GOÄ-Ratgeber DÄ Heft 12/2017, Heft 15 und 17/2015, Heft 50/2009).

Mit der Nr. 60 GOÄ wird die „Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt“ vergütet. Weitere Hinweise zur Nr. 60 GOÄ sind den ergänzenden Bestimmungen zu entnehmen. Wird nach dem konsiliarischen Gespräch nachrichtlich ein „Ausführliche(r) schriftliche(r) Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und ggf. zur Therapie“ an den/die mitbehandelnde/r Arzt/Ärzte verschickt, so kann (alternativ) statt Nr. 60 GOÄ die Nr. 75 GOÄ einschließlich des Portos als Auslage berechnet werden.
Dr. med. Anja Pieritz