

Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

2 | Februar 2016

GOÄ-Reform

Was der Sonder-Ärztetag gebracht hat

Die Mitglieder des außerordentlichen Ärztetags am 23. Januar 2016 in Berlin haben dem von der Bundesärztekammer (BÄK) vorgelegten Fahrplan der GOÄ-Reform zugestimmt. Allerdings fehlt es nach wie vor an Transparenz oder Einzelheiten zum Verhandlungsstand.

von RA Markus Henkel, Geschäftsführer Berufsverband der Deutschen Radiologen e.V., München

Entwicklung

Seit 2009 arbeitet die Bundesärztekammer (BÄK) an der Novellierung der GOÄ. Im Herbst 2015 wies die BÄK darauf hin, dass eine GOÄ-Reform nur noch innerhalb des relativ knappen Zeitfensters bis Herbst / Ende 2016 möglich sei. Danach käme die Forderung der Ärzteschaft nach höheren Honoraren wegen des anstehenden Bundestagswahlkampfes zur Unzeit. Und komme eine Bürgerversicherung, sehe das System keine eigenständige GOÄ mehr vor.

Daraufhin vereinbarten die am Verhandlungstisch zusammengeführten Interessengruppen – die BÄK, der PKV-Verband, die Länder als Träger der Beihilfe, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundeszahnärztekammer – Stillschweigen über den Verhandlungsstand. Dies sorgte

für so viel Unmut bei den Ärzten und Verbänden, dass ein Sonder-Ärztetag einberufen wurde, um über das weitere Vorgehen abzustimmen. Dort wurde zwar der neuen GOÄ an sich zugestimmt, der Vorwurf der mangelnden Transparenz und Geheimniskrämerei aber bleibt.

Inhalt der GOÄ-Reform

Grundlage für die neue GOÄ ist ein konkreter Gesetzesvorschlag zur Änderung der Bundesärzteordnung (www.facharzt.de hat die Unterlagen für die Delegierten des Sonder-Ärztetages veröffentlicht).

Einfachsatz wird festgelegt

Dort wird als wesentliches Kernelement der sogenannte robuste Einfachsatz definiert, der die nicht unterschreitbaren Gebührensätze für die ärztlichen Leistungen festlegt. Der Einfachsatz soll so berechnet werden, dass er mindestens dem derzeitigen Regelhöchstsatz, also der 1,8-fachen bzw. 2,3-fachen Gebühr der jetzigen GOÄ entspricht. Diese Höhe ist weiterhin umstritten.

Inhalt

Kassenabrechnung

Gelenkuntersuchungen mittels MRT 2

Kassenabrechnung

PET/PET-CT setzt Genehmigung der KV voraus 4

QBR-RL

Computertomographie: Stichprobenprüfung kann weiterhin ausgesetzt werden 4

Aktuelle Rechtsprechung

Klinik-Praxis-Kooperation: Kein Wahlleistungsentgelt für den niedergelassenen Radiologen 5

Mammographie-Screening

Merkblatt und Einladungsschreiben überarbeitet 6

Sektorenübergreifendes

Die Rolle der Radiologen bei der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) 7

GeKO wird einberufen

Es wird eine gemeinsame Kommission (GeKO) aus vier Vertretern der BÄK und je zwei Vertretern des PKV-Verbands und der für die Beihilfe zuständigen Bundes- und Landesbehörden geben. Teilweise wird dadurch eine Parallelorganisation zum Gemeinsamen Bundesausschuss in der GKV-Versorgung und damit die „EBM-isierung“ der GOÄ befürchtet. Die GeKO soll nämlich auch Empfehlungen „zur Sicherung der Qualität der medizinischen Versorgung“ erarbeiten, was bisher kein Thema der Gebührenordnung war.

GOÄ-§§ werden neu strukturiert

Der Entwurf zum allgemeinen Paragrafenteil der GOÄ enthält vor allem strukturelle Neuerungen. Es würde an dieser Stelle zu weit führen, die geplanten Einzelheiten in Bundesärzteordnung und GOÄ darzulegen. Der Berufsverband der Deutschen Radiologen (BDR) hat aber die Regelungen kommentiert, die Radiologen betreffen, und Änderungsbedarf formuliert. Mitglieder des BDR können diese Änderungsvorschläge einschließlich der Kommentierung auf der Website des BDR abrufen (unter <http://www.iww.de/sl1768>).

Leistungsbewertung

Für die Gestaltung und Bewertung der konkreten Leistungen bereitet die Ärzteseite zurzeit einen Vorschlag vor, der mit dem Verband der privaten Krankenversicherungen abzustimmen ist. Erst wenn absehbar ist, welche Bewertungssystematik die Grundlage für einen gemeinsamen Vorschlag von Bundesärztekammer und PKV-Verband an den Gesetzgeber wird, können die wirtschaftlichen Auswirkungen der GOÄ-Novelle beurteilt werden.

Kassenabrechnung

Gelenkuntersuchungen mittels MRT

Der technische Fortschritt und die Weiterentwicklung kernspintomographischer Untersuchungen haben es mit sich gebracht, dass bei der bildgebenden Untersuchung der Körpergelenke die traditionellen Röntgenuntersuchungen zunehmend durch Darstellungen mittels MRT ersetzt werden. Diese MRT-Gelenkuntersuchungen werden meistens als Kontrastuntersuchung durchgeführt. Die EBM-Abrechnung ist relativ kompliziert.

Die EBM-MRT-Gelenkpositionen

MRT-Gelenkuntersuchungen sind mit den Nrn. 34450 und 34451 EBM abzurechnen, gegebenenfalls zusätzlich mit dem Zuschlag 34452.

Fakultativer Leistungsinhalt der Nrn. 34450 und 34451 EBM sind (primäre) Kontrastmitteleinbringungen, bei der Nr. 34451 EBM Darstellungen des distalen Unterarms bzw. Unterschenkels und der angrenzenden Gelenke. Damit sind die in der Regel in Radiologiepraxen erbrachten MRT-Gelenkuntersuchungen wie folgt zuzuordnen:

- Nr. 34450 EBM: Kniegelenk, Hüftgelenk, Ellenbogengelenk, Schultergelenk
- Nr. 34451 EBM: Zehengelenk, Sprunggelenk, Fingergelenk, Handgelenk

von Dr. med. Heinrich Weichmann,
 Lippetal

Verzwickte Leistungsbeschreibungen

Laut Leistungslegende zur Nr. 34450 EBM ist diese Position für MRT-Untersuchungen der Extremitäten und / oder deren Teile berechnungsfähig. Aufgrund der Verwendung des Plurals „Extremitäten und oder deren Teile“ kann die Nr. 34450 EBM im Rahmen einer Sitzung nur einmal berechnet werden, egal wie viele Extremitätenteile mit wie vielen Sequenzen dargestellt werden.

In der Leistungslegende zur Nr. 34451 EBM heißt es dagegen: Berechnungsfähig für „MRT-Untersuchung der Hand, des Fußes und/ oder deren Teile“. Die Verwendung des Singulars zeigt klar, dass die Nr. 34451 EBM für die MRT-Unter-

MRT-Untersuchung		
EBM-Nr.	Leistungslegende (Kurzfassung)	Bewertung
34450	MRT-Untersuchung der Extremitäten und/oder deren Teile, mit Ausnahme der nach 34451 abzurechnenden Extremitätenteile	1.213 Punkte
34451	MRT-Untersuchung der Hand, des Fußes und/ oder deren Teile	1.213 Punkte
34452	Zuschlag zu 34450 oder 34451 für mindestens zwei weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung(en)	446 Punkte

suchung beider Hände zweimal berechnet werden kann. Kommt noch die Untersuchung eines Fußes dazu (was selten ist!), wird die Position dreimal angesetzt usw.

Praxishinweis

Die zweifache Abrechnung der Nr. 34451 EBM für die Darstellung beider Hände oder von deren Teilen wird immer wieder beanstandet, dies aber zu Unrecht. Denn hätte der Bewertungsausschuss die beidseitige Untersuchung fakultativ einschließen wollen, hätte eine Formulierung analog zur Nr. 34351 EBM (CT-Untersuchung der Hand oder des Fußes) gewählt werden müssen: Bei der Nr. 34351 EBM ist die beidseitige Untersuchung fakultativ eingeschlossen, bei der Nr. 34451 EBM nicht. Daraus kann nur geschlossen werden, dass bei beidseitiger MRT-Untersuchung die zweimalige Abrechnung der Nr. 34451 EBM ermöglicht werden sollte.

Der Zuschlag 34452

Der Zuschlag 34452 erfordert mindestens zwei weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung. Gemäß der Präambel zu Kapitel 34.4 EBM (Magnet-Resonanz-Tomographie) sind für die Berechnung der MRT-Positionen mindestens vier Sequenzen Abrechnungsvoraussetzung, ausgenommen für MRT-Angiographien nach Kapitel 34.4.7. Für den Zuschlag 34452 sind mindestens sechs Sequenzen erforderlich.

Gelegentlich wird so verfahren, dass zunächst eine Darstellung gemäß dem Inhalt der Nr. 34450 EBM

erbracht und der Patient für die Kontrastuntersuchung gemäß Nr. 34452 EBM noch einmal einbestellt wird. Bei Prüfungen dieser Konstellation wurde festgestellt, dass hier unzulässigerweise die Nr. 34450 EBM anstelle der korrekten Nr. 34452 EBM berechnet wurde.

Praxishinweis

Die Kontrastmitteldarstellung nach Nr. 34452 EBM muss nicht in derselben Sitzung erbracht und abgerechnet werden wie die MRT-Untersuchung nach Nr. 34450 oder Nr. 34451 EBM.

Ablauf der MRT-Arthrographie

In der Regel werden Gelenke mittels direkter MRT-Arthrographie untersucht:

Zunächst wird eine geringe Menge jodhaltiges Kontrastmittel intraartikulär appliziert und die korrekte Lage der Injektionsnadel mittels Durchleuchtung kontrolliert. Ein ggf. vorhandener Gelenkerguss wird zuvor abpunktiert. Die Durchleuchtung (die unter Anwendung von BV/TV durchzuführen ist) kann zusätzlich zu der MRT-Arthrographie mit Nr. 34280 EBM (95 Punkte) berechnet werden. Bei der Darstellung mehrerer Gelenke in einer Sitzung ist diese Position nur einmal ansetzbar, da laut der Leistungsbeschreibung „Durchleuchtung(en)“ auch Durchleuchtungen verschiedener anatomischer Lokalisationen nur mit dem einmaligen Ansatz der Nr. 34280 EBM berechnet werden können.

Die eigentliche Darstellung des zu untersuchenden Gelenks erfolgt dann üblicherweise nach intraartikulärer

Applikation eines gadoliniumhaltigen Kontrastmittels.

Abrechnung der „Begleitleistungen“

Eine ggf. erforderliche Lokal- oder Stichkanalanästhesie zur Durchführung der intraartikulären Injektion ist nicht extra berechnungsfähig. Diese Anästhesien sind unter die Konsiliarpauschalen Nrn. 24210 bis 24212 EBM subsumiert und mit deren Berechnung abgegolten.

Lokalanästhetika können über den Sprechstundenbedarf bezogen werden, ebenso die jod- und gadoliniumhaltigen Kontrastmittel als Mittel für bildgebende Verfahren.

Auch die intraartikuläre Injektion des Kontrastmittels ist – wie alle intraartikulären Injektionen – nicht gesondert berechnungsfähig. Aber: Wird vor der intraartikulären Injektion ein Gelenkerguss abpunktiert, liegt eine nach Nr. 02341 EBM (117 Punkte) berechnungsfähige Punktion vor. In diesem Fall sind auch die verwendeten Einmalpunktionsnadeln gemäß 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM extra berechnungsfähig.

Praxishinweis

Paradox ist: Wird nur eine intraartikuläre Injektion durchgeführt, ist weder die Injektion noch die Einmalnadel berechnungsfähig. Wenn aber mit derselben Nadel eine Gelenkpunktion mit Abpunktion eines Gelenkergusses erbracht und das Kontrastmittel intraartikulär appliziert wird, ist die Punktion mit Nr. 02341 EBM berechnungsfähig; die Kosten für die Einmalnadel können geltend gemacht werden.

Kassenabrechnung**PET/PET-CT setzt Genehmigung der KV voraus**

Im RWF Ausgabe Nr. 1/2016 ist die Aufnahme der Positronen-Emissions-Tomographie (PET), ggf. mit Computertomographie, in den EBM zum 1. Januar 2016 ausführlich dargestellt. Obwohl die entsprechende Qualitätssicherungsvereinbarung noch nicht abgeschlossen wurde, dürfen PET-Untersuchungen in dieser Übergangszeit – entgegen den Verlautbarungen einiger KVen – nur mit entsprechender Abrechnungsgenehmigung abgerechnet werden.

Fachliche Voraussetzungen des Radiologen

Die bis zum Inkrafttreten der Qualitätssicherungsvereinbarung geltenden Qualifikationsvoraussetzungen ergeben sich aus der Anlage 1 Nr. 14 „Anerkannte Untersuchung- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in der Fassung von 2015.

Nach § 2 Abs. 2 dieser Anlage müssen Radiologen, die nach der maßgeblichen Weiterbildungsordnung zur Durchführung der PET berechtigt sind, die folgenden fachlichen Voraussetzungen nachweisen:

- Aktuelle Erfahrung in der Durchführung und Befundung durch Nachweis von mindestens 1.000 PET-Untersuchungen zu onkologischen Fragestellungen in der Regel in den letzten fünf Jahren vor Antragstellung,
- Kenntnisse und Erfahrungen in der Einordnung der PET-Befunde in den diagnostischen Kontext anderer bildgebender Verfahren (z. B. CT oder MRT) sowie
- regelmäßige Fortbildungen zur PET und zu ergänzenden

bildgebenden Verfahren zu onkologischen Fragestellungen, insbesondere auch durch Teilnahme an interdisziplinär besetzten Fallkonferenzen oder Qualitätszirkeln.

Organisatorische Voraussetzungen

Zudem sind diverse organisatorische Voraussetzungen zu erfüllen, so beispielsweise die Indikationsstellung zur PET, Befundbesprechung und Nachbesprechung in einem interdisziplinären Team.

Das verwendete PET-System muss folgende drei Voraussetzungen erfüllen:

- Einsatz eines dezidierten PET-Systems mit einer räumlichen Auflösung von weniger als 7 mm
- Möglichkeit der technischen („softwarebasierten“) Bildfusion mit – ggf. auch zeitversetzt durchgeführter – CT oder MRT und
- Möglichkeit zur semi-quantitativen Auswertung (SUV-Wert).

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Alle Genehmigungsvoraussetzungen finden Sie in der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ auf der Website des G-BA unter <http://www.iww.de/sl1761>.

QBR-RL**Computertomographie: Stichprobenprüfung kann weiterhin ausgesetzt werden**

Bei Computertomographien können die KVen weiterhin auf zufallsgesteuerte Stichprobenprüfungen verzichten. Diese Möglichkeit ist nun bis Ende 2017 verlängert worden (siehe Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik [Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie/QBR-RL] vom 17.9.2015, in Kraft seit 1.1.2016).

Ziel der Stichprobenprüfungen ist Qualitätssicherung

Stichproben dienen bereits seit 1989 der Sicherung und Förderung der Qualität durch die KVen. Hinsichtlich Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfungen gibt es nach § 136 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) V bundeseinheitliche Vorgaben. Die Kriterien zur Qualitätsbeurteilung für die Radiologie (konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie), Kernspintomographie und Arthroskopie sind in der QBR-RL konkretisiert. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bewertet aufgrund der Stichproben regelmäßig die Qualität der Radiologie.

Computertomographie

Die Auswertung der Prüfungsergebnisse bei Computertomographien hat nach wie vor nur „geringe“ oder „kleine“ Beanstandungen ergeben. Aus diesem Grund haben die KVen weiterhin die Möglichkeit, abweichend von den Vorgaben der QBR-RL die Stichprobenprüfungen in diesem Bereich bis zum 31. Dezember 2017 zu reduzieren oder auszusetzen.

Inhalt der QBR-RL

Die QBR-RL regelt bereits seit Oktober 2010 im Einzelnen (ausführlicher Beitrag zur Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie siehe RWF Nr. 8/2010):

- Anforderungen an die Bildqualität für die Prüfungen durch die KVen
- Vorgaben für darüber hinausgehende Prüfungen der Untersuchungs- und Aufnahmetechnik durch die Ärztlichen Stellen
- Einbeziehung von Stichproben für Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen
- Trennung der Stichprobenprüfungen nach konventioneller Röntgendiagnostik und Computertomographie (für den Leistungsbereich Computertomographie kann aber auf Stichprobenprüfungen verzichtet werden)
- Überprüfung der Dokumentation:
 - zugrunde liegende medizinische Fragestellung,
 - rechtfertigende Indikation im Sinne der Röntgenverordnung,
 - optimierte Durchführung der Untersuchung,
 - Darstellung der diagnostisch wichtigen Bildinformationen mit einer medizinisch vertretbar niedrigen Strahlenexposition sowie
 - fachkundige Auswertung der Untersuchung und der dokumentierten Ergebnisse im Befundbericht.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Sie finden die QBR-RL mit allen Änderungsbeschlüssen und tragenden Gründen auf der Website des G-BA unter <http://www.iww.de/sl1762>.

Aktuelle Rechtsprechung

Klinik-Praxis-Kooperation: Kein Wahlleistungsentgelt für den niedergelassenen Radiologen

Veranlasst ein Chefarzt standardmäßig die Hinzuziehung eines externen Arztes (hier Radiologe), so handelt es sich nicht um eine Veranlassung nach § 17 Abs. 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Folglich kann der Radiologe kein Wahlleistungsentgelt von dem Patienten verlangen (Landgericht [LG] Stade, Urteil vom 20.5.2015, Az. 4 S 45/14).

Der aktuelle Fall

Zwischen der (klagenden) radiologischen Praxis und einem Klinikum ohne eigene radiologische Abteilung bestand ein Kooperationsvertrag. Danach wurde die Praxis für alle radiologischen Untersuchungen des Klinikums beauftragt.

Die beklagte Patientin befand sich zur stationären Behandlung in der Klinik. Sie war gesetzlich krankenversichert und hatte eine private Zusatzversicherung für Wahlleistungen. Sie schloss mit dem Chefarzt des Klinikums einen Wahlleistungsvertrag, in dem auf den Kooperationsvertrag von Klinik und Praxis Bezug genommen wurde.

Im Rahmen des stationären Aufenthalts wurden bei der Patientin radiologische Behandlungen durch die Praxisärzte durchgeführt und berechnet. Die private Krankenversicherung der Patientin zahlte aber nur einen Teil und verweigerte die Erstattung der Sachkosten. Das LG Stade wies die diesbezügliche Klage der Praxis gegen die Patientin ab.

Untersuchung war allgemeine Krankenhausleistung

Der Zahlungsanspruch für Wahlleistungen richtet sich nach § 17 Abs. 3

von RA, FA für MedR Philip Christmann, Berlin/Heidelberg, www.christmann-law.de

KHEntgG. Danach sind wahlärztliche Leistungen vom Patienten zu bezahlen, wenn der Wahlarzt diese besonderen Leistungen durch einen externen Arzt veranlasst hat.

Dies ist hier nicht der Fall gewesen. Denn der externe Radiologe wurde zu Leistungen herangezogen, die das Krankenhaus mangels Einrichtung einer entsprechenden medizinischen Abteilung nicht erbringen konnte. Solche allgemeinen Krankenhausleistungen sind keine Wahlleistungen, sondern mit dem (von der Krankenversicherung beglichenen) Krankenhausentgelt nach § 2 KHEntgG abgegolten.

Wahlarztleistung setzt zusätzliche besondere Kompetenz voraus

Mit einer Wahlarztvereinbarung will der Patient gerade die Kompetenz eines qualifizierten Spezialisten „hinzukaufen“. Mithin kann nicht jeder Honorararzt diese besonderen Leistungen erbringen. Dass im vorliegenden Fall ein Wahlarzt die radiologische Untersuchung in Auftrag gegeben hat, kann nicht zu einer anderen Bewertung führen.

Das ist der Konstellation gleichzustellen, wenn die Praxis ohne Wahlleistungsvereinbarung und damit „nur“ aufgrund des Kooperationsvertrags für das Klinikum tätig geworden wäre. Das Klinikum ist durch den Kooperationsvertrag verpflichtet, radiologische Leistungen ausschließlich durch die Praxis erbringen zu lassen. Das Klinikum besitzt auch keine eigene radiologische Abteilung. Dem Klinikum stehen also gar keine Alternativen zur Verfügung.

Stellungnahme

Der vom LG Stade entschiedene Fall ist nicht mit der für Radiologen günstigen Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 4. November 2010 zu vergleichen (Az. III ZR 323/09). Denn hier arbeitete die Klinik standardmäßig und exklusiv mit dem Radiologen zusammen. Das heißt: Alle radiologischen Leistungen mussten über diesen einen Radiologen laufen. Insofern kann nicht von einem gesonderten Hinzukaufen von besonderer Kompetenz externer Ärzte gesprochen werden (s. dazu BGH, Urteil vom 16.10.2014, Az. III ZR 85/14). Darüber hinaus ging es hier nur um das alltägliche „Brot-und-Butter-Geschäft“, während der Radiologe im BGH-Fall von 2010 eine Angiografie mit Gefäßdilatation, also eine hochkomplexe radiologische Leistung erbrachte.

Gestaltung

Niedergelassenen Radiologen ist davon abzuraten, als „ausgelagerte **exklusive** Klinik-Radiologie“ tätig zu werden. Sie können bei dieser Gestaltung keine Wahlarzt honorare erwirtschaften.

Anders liegt der Fall, wenn eine Klinik mehrere Kooperationsradio-

logen vorhält, ein niedergelassener Radiologe von einem Wahlarzt (in der Regel dem Chefarzt) beauftragt wird und der Chefarzt mit dem Patienten eine Wahlleistungsvereinbarung getroffen hat:

- Der niedergelassene Radiologe wird damit beauftragt, den Patienten bezüglich einer medizinischen Fragestellung zu untersuchen und dem Chefarzt davon zu berichten. So kommt der Chefarzt in den Genuss der besonderen Kompetenz des erfahrenen Radiologen.
- Die Anforderung des niedergelassenen Radiologen durch den Chefarzt sollte aus Beweis Zwecken schriftlich erfolgen oder zumindest aktenkundig gemacht werden.
- Der Radiologe sollte sich vor der Untersuchung die Wahlleistungsvereinbarung zwischen Patient und Chefarzt in Kopie vorlegen lassen und ausschließen, dass die (in der Regel komplexe) Vereinbarung formelle Mängel aufweist, die seinem Honoraranspruch gegen den Patienten im Wege stünden.

Mammographie-Screening Merkblatt und Einladungsschreiben überarbeitet

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das Merkblatt und das Einladungsschreiben zum Mammographie-Screening im Rahmen der sogenannten Krebsfrüherkennungs-Richtlinie überarbeitet.

Die Änderungen im Überblick

Das neu gefasste Merkblatt ist ab sofort verfügbar und beinhaltet unverändert die wesentlichen Informationen zum generellen Ablauf des Screenings. Geändert ist die Beschreibung bestehender Widerspruchsrechte und des Umgangs mit den im Programm erhobenen Daten.

Die Informationen zu wesentlichen Vor- und Nachteilen des Screenings wurden auf Basis einer Recherche und Bewertung von systematischen Übersichten und den Ergebnissen des deutschen Mammographie-Programms aktualisiert.

Zudem werden die eingeladenen Frauen nun ausdrücklich auf ihr gesetzlich verankertes Recht auf eine mündliche ärztliche Aufklärung aufmerksam gemacht. Ein Termin für die ärztliche Aufklärung soll künftig in der zuständigen Zentralen Stelle vereinbart werden können.

Einladungsschreiben ab 1. Juli

Das in diesem Sinne ebenfalls überarbeitete Einladungsschreiben wird ab dem 1. Juli 2016 verwendet.

WEITERFÜHENDER HINWEIS

- Sie finden die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie mit dem neuen Merkblatt zum Mammographie-Screening auf der Website des G-BA unter <http://www.iww.de/sl1763>.

Impressum



Herausgeber

Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11,
65843 Sultzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0,
www.guerbet.de, E-Mail info@guerbet.de

Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Tel. 02596 922-0, Fax 02596 922-80, www.iww.de
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg

Redaktion

RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin)

Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der **Guerbet GmbH**.

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.

Sektorenübergreifende Versorgung

Die Rolle der Radiologen bei der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

Die sektorenübergreifende Versorgung nach § 116 Sozialgesetzbuch (SGB) V ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit Beschluss vom 17. Dezember 2015 weiter ausgestaltet worden. Dabei ist zwar das Anliegen der Radiologen, im Rahmen der gynäkologischen Tumoren als Mitglieder des Kernteams verankert zu werden, (zunächst) gescheitert. Abzuwarten ist aber, ob das Bundesministerium für Gesundheit hier nicht doch noch intervenieren wird. Ungeachtet dessen sind die Radiologen für alle der genannten Krankheitsbilder eine maßgebliche Fachdisziplin, die als „hinzuziehende Ärzte“ unverzichtbar sein dürfte.

von RA, FA für MedR, Wirtschaftsmediator Dr. Tobias Scholl-Eickmann, Kanzlei am Ärztehaus, Dortmund, www.kanzlei-am-aerztehaus.de

Hintergrund

Die ASV ist eine ambulante Versorgungsform, die niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhausärzten die Behandlung von Patienten mit entsprechenden Krankheitsbildern und dadurch neue Optionen und extrabudgetäre Verdienstmöglichkeiten eröffnet.

Der G-BA hat jetzt die Rahmenrichtlinien zur ASV (ASV-RL), die Anlagen für die gastrointestinalen Tumoren, die gynäkologischen Tumoren und zum Marfan-Syndrom sowie die Vorgaben für das Krankheitsbild „pulmonale Hypertonie“ geändert. Mit weiteren Konkretisierungen von Krankheitsbildern ist nun in kurzen Abständen zu rechnen.

Handlungsbedarf

Anders als zunächst erwartet ist mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen

Krankenversicherung (Versorgungsstärkungsgesetz [GKV-VSG]) der Bestandsschutz für die alten Institutsambulanzen nach § 116b SGB V alter Fassung entfallen. Die Altbestimmungen werden spätestens drei Jahre nach der ASV-Konkretisierung des betreffenden Krankheitsbilds auslaufen. Dies löst bei den Häusern mit Altbestimmungen Handlungsbedarf aus und wird voraussichtlich zum Wechsel in die ASV führen.

Auch wer sonst an der neuen Versorgungsform teilnehmen möchte, ist gut beraten, sich jetzt zu positionieren.

Zusatz „schwere Verlaufsformen“ entfällt

In der ursprünglichen Gesetzesfassung war das Spektrum der ASV für bestimmte Erkrankungen auf „schwere Verlaufsformen“ begrenzt. Diese Einschränkung wurde mit dem GKV-VSG aufgehoben, sodass nun alle in der Konkretisierung **nach ICD-10 erfassten Gastrointestinaltumoren** unabhängig vom Schweregrad des Verlaufs im Rahmen der ASV behandelt werden können.

Gleiches gilt für die **gynäkologischen Tumoren**.

Höhere Zugangshürden

Da durch den Wegfall der Beschränkung auf die „schweren Verlaufsformen“ die Zahl der potenziell in der ASV behandelungsfähigen Patienten größer ist, hat der G-BA an zwei Stellschrauben die Zugangshürden höher gesetzt:

1. Erhöhung der Mindestmengen

Es wurden die Mindestmengen erhöht, die für den Antrag nachzuweisen sind. So muss ein ASV-Kernteam (nicht der einzelne Arzt!) bei den **gastrointestinalen Tumoren** künftig 230 statt bislang 140 Behandlungen der benannten Indikationen mit gesicherter Diagnose behandeln.

Bei den gynäkologischen Tumoren

stieg die Zahl von 200 Mammakarzinomen und 50 gynäkologischen Tumoren auf 250 und 60.

Die Dispensregelung, wonach zumindest 50 Prozent der Mindestmengen in den zurückliegenden vier Quartalen vor Antragstellung für eine ASV-Zulassung genügen (können), bleibt erhalten. Gleichwohl dürften die Mindestmengen eine relevante Hürde für den Zugang zur ASV bedeuten, was bei der Konzeption des ASV-Kernteams zu berücksichtigen ist.

2. Verkürzte Geltung von Überweisungen

Künftig sind bereits alle zwei statt zuvor alle vier Quartale erneute Überweisungen an das ASV-Team durch Vertragsärzte erforderlich und dann möglich, wenn die Voraussetzungen des besonderen Krankheitsverlaufs weiterhin gegeben sind.

ASV-Fähigkeit ohne spezielle Weiterbildungsbezeichnung

Neben den Fachärzten z. B. für Hämatologie und Onkologie dürfen nun auch andere Fachärzte an der ASV teilnehmen, die spezielle Zulassungen bzw. Genehmigungen für die Leistungserbringung in dem Fachgebiet von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) haben.

Konkretisierung der pulmonalen Hypertonie

Konkretisiert wurden die Vorgaben für die ASV-Leistungserbringung bei Patienten mit pulmonaler Hypertonie. Wenig überraschend müssen im Kernteam ein Kardiologe sowie ein Pneumologe als Facharztkompetenzen vorhanden sein. Soweit Kinder und Jugendliche versorgt werden sollen, müssen Pädiater mit dem Schwerpunkt Kinderkardiologie bzw. der Zusatzweiterbildung Kinderpneumologie im Kernteam sein. Das Kernteam muss mindestens 50 Patienten mit entsprechender Verdachts- oder gesicherter Diagnose im Vorjahr behandelt haben.

BEACHTEN SIE | Zu den im Einzelfall hinzuzuziehenden Ärzten zählen die Disziplinen Humangenetik, Gastroenterologie, Rheumatologie, Labor, Nuklearmedizin, Psychiatrie bzw. psychosomatische Medizin bzw. Psychotherapie sowie die Radiologie.

Keine relevanten Änderungen bei gynäkologischen Tumoren

Bei den gynäkologischen Tumoren ist der G-BA von seinem Beschluss vom 18. Juni 2015 nicht maßgeblich abgewichen: Für das Kernteam sind weiterhin nur Gynäkologen, Strahlentherapeuten und Hämatologen / Onkologen vorgesehen.

BEACHTEN SIE | Der vonseiten der Radiologen geforderten Aufnahme in das Kernteam hat der G-BA hier nicht entsprochen. Mit Spannung bleibt deshalb die Reaktion des Bundesministeriums für Gesundheit abzuwarten. Dieses hatte bereits den seinerzeitigen Beschluss nicht genehmigt, sondern den G-BA aufgrund der Forderung der Radiologen um Stellungnahme gebeten, in das Kernteam aufgenommen zu werden. Inwieweit der G-BA sich bei seiner jetzigen Beschlussfassung mit dieser Frage auseinandergesetzt hat, ist den Beschlüssen nicht zu entnehmen. Das letzte Wort dürfte insoweit noch nicht gesprochen sein.

Exkurs: Onkologie-Vereinbarung

Zum 1. Januar 2016 ist außerdem die neue Onkologie-Vereinbarung in Kraft getreten. Diese Novellierung ist auch mit Blick auf die ASV bedeutsam, da in Anhang 2 Ziffer 5 eine Klarstellung hinsichtlich der Abrechnungsmöglichkeit der Kostenpauschalen erfolgt ist: Werden diese im Rahmen der ASV abgerechnet, sind sie bei demselben Patienten in demselben Quartal bei einer Behandlung im Rahmen der Onkologie-Vereinbarung (also im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung) nicht erneut berechnungsfähig. Es gibt Ausnahmen.

Fazit

Die G-BA-Beschlüsse werden nach Genehmigung durch das Bundesministerium voraussichtlich relativ zeitnah in Kraft treten. Erste Erfahrungswerte aus den bereits konkretisierten und mit ASV-Teams besetzten Bereichen Tuberkulose und Gastrointestinaltumoren haben gezeigt, dass das Anzeigeverfahren je nach Bundesland teilweise mit erheblichen

bürokratischen Hürden verbunden ist und das Ausfüllen der umfangreichen Anzeigeformulare fehleranfällig ist. Die einmal erlangte ASV-Zulassung funktioniert indes nach den bisherigen Erfahrungen reibungslos.

In der Praxis wird bislang vielfach unterstellt, dass die ASV allein eine Option für Krankenhäuser sei. Dies trifft nicht zu: Die ASV eröffnet auch interessante Optionen für niedergelassene Vertragsärzte. Im Sinne des Gesetzgebers ist (erst recht) die sektorenübergreifende Konzeption der ASV wünschenswert und wird in der Praxis auch vielfach umgesetzt.

Der G-BA hat den Weg für eine zügige Bearbeitung weiterer Krankheitsbilder geebnet. Vertragsärzte und / oder Krankenhausärzte, für die die ASV relevant ist, sollten vor diesem Hintergrund zügig agieren, um die „Wunschpartner“ für das ASV-Kernteam zu binden und die Antragstellung zu initiieren.

Die Radiologen sind aktuell als bedeutsam(st)e Disziplin im Rahmen der „hinzuzuziehenden Ärzte“ unentbehrliche Ansprechpartner, um ein ASV-Team zu etablieren. Ihnen bleibt aber im Moment der Status als Kernteam-Mitglied und damit auch die Möglichkeit verwehrt, von sich aus ein ASV-Team zu konzipieren. Es bleibt zu hoffen, dass das Bundesministerium für Gesundheit diesbezüglich noch intervenieren wird.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Sie finden die ASV-RL auf der Website des G-BA unter <http://www.iwww.de/sl1764>.