

Zimmermann



ZIMMERMANN
RECHNET AB



Dr. Gerd W. Zimmermann ist seit 1979 als niedergelassener Allgemeinarzt in Hofheim/Taunus tätig und ebenso lange Mitglied im Deutschen Hausärzteverband. Er ist unser Gebührenordnungsexperte und schreibt regelmäßig für Sie.

Palliativleistungen: Griff ins hausärztliche Portemonnaie

Ab dem 1. Oktober gibt es nicht nur eine Zweiklassen-Geriatrie, sondern auch eine Zweiklassen-Palliativmedizin (*wie berichtet in „Der Hausarzt“ 14*). Wenn man als Hausarzt zu den Auserwählten gehören will, die auch die neu geschaffenen finanziell höherwertigen Leistungen abrechnen dürfen, muss man vorübergehend seine Praxis schließen und wieder die Schulbank drücken. Denn die Abrechnung setzt eine zweiwöchige Hospitation in einer palliativmedizinischen Einrichtung voraus, es sei denn, man hat in den zurückliegenden drei Jahren (also 2014 bis 2016) 15 Palliativpatienten behandelt.

Zusätzlich muss man eine 40-stündige Weiterbildung in der Palliativmedizin absolvieren. Es sei denn, man verfügt über die Weiterbildung „Geriatrische Grundversorgung“ und „Psychosomatische Grundversorgung“.

Dann reduziert sich die palliativmedizinische Weiterbildung auf 20 Stunden; wenn man über die Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ verfügt, sogar auf 18 Stunden. Kontinuierlich muss man jährlich acht CME-Punkte in der Palliativmedizin und das Vorhandensein eines definierten Palliativteams nachweisen. Besonders ärgerlich ist, dass das „neue Honorar“ nicht annähernd den geforderten Aufwand wert ist:

Es gibt eine neue „Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus“ nach Nr. 37300 EBM, die mit 41,28 Euro gerade einmal um 5,37 Euro höher bewertet ist als die bereits vorhandene hausärztliche Nr. 03370 EBM (Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan). Hinzu kommen zwar noch vier weitere (neue) Leistungen wie die Nr. 37302 (Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale für den koordinierenden Arzt, 28,96 Euro), die Nr. 37317 (Zuschlag zur Nr. 37302 für die Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft, 150 Euro), die Nr. 37318 (Telefonische Beratung von mindestens fünf Minuten Dauer außerhalb der Sprechzeiten, 22,43 Euro) und die Nr. 37314 (Pauschale für die konsiliarische Erörterung und Beurteilung, 11,16 Euro).

Die neuen Zuschläge (37305 und 37306 EBM) zu den Hausbesuchen (Nrn. 01410 oder 01413 EBM bzw. 01411, 01412 oder 01415 EBM) sind hingegen deckungsgleich mit den bisherigen Nrn. 03372 und 03373 EBM im Hausarztkapitel und werden wie diese ebenfalls mit 13,05 Euro vergütet. Allerdings ermöglicht die neue Nr. 37320 EBM, die man fünfmal im Krankheitsfall zu je 6,74 Euro ansetzen kann, ein (Zusatz-) Honorar von 33,70 Euro für Fallkonferenzen mit komplementären Fachdisziplinen (etwa Pflegedienst oder SAPV-Team) auch ohne Schulbankdrücken. Die Lösung für dieses von der Kassenärztlichen Bundesvereini-



anrechnung ab

gung (KBV) neu geschaffene „Monstrum“ wäre so gesehen ziemlich einfach: Man macht so weiter wie bisher. Denn auf die „finanziellen Brosamen“, die aus den neuen Leistungen resultieren, kann man getrost verzichten, ohne dass unsere Patienten einen Nachteil erleiden müssen. Das sieht aber nur so aus!



Wenn man sich die gesamten Beschlussunterlagen aus der 398. Sitzung des Bewertungsausschusses (BA) ansieht – und wer macht das schon – wird der erneute Kompetenzzug deutlich, den die KBV auch hier betreibt. Da steht nämlich, dass die neuen Leistungen extrabudgetär vergütet, aber bereits zum 1. Oktober 2019 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) überführt werden sollen. Da die Geldmenge, die dann „eingedeckelt“ wird, von der Leistungsentwicklung abhängt, ist das von Anfang an ein schlechtes „Geschäft“: Kein Hausarzt wird so schnell die notwendige Qualifikation erwerben. Noch mehr verwirrt, dass zeitgleich die vorhandenen hausärztlichen palliativmedizinischen Leistungen der Abschnitte IIIa 3.2.5 und 4.2.5 ebenfalls extrabudgetär vergütet, aber am 1. Oktober 2019 wieder „eingedeckelt“ werden sollen. Was soll das? Die Antwort auf diese Frage findet sich in den „Entscheidungserheblichen Gründen“ des BA-Beschlusses. Der Bewertungsausschuss geht nämlich da-

Neue Palliativziffern ab 1. Oktober		
EBM	INHALT	EURO
37300*	Palliativmed. Ersterhebung	41,28
37302*	Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt	28,96
37317*	Zuschlag Erreichbarkeit/Besuchsbereitschaft zur GOP 37302; außerhalb der Sprechstunde, Sa, So, Feiertage	150,05
37305	Zuschlag zum Hausbesuch (auch in Heim, Hospiz) bei einem Patienten (GOP 01410) oder bei einem Mitbesuch (GOP 01413); je vollendete 15 Min (max. 90 Min./Tag)	13,05
37306	Zuschlag zu einem dringenden Hausbesuch (auch in Heim, Hospiz) bei einem Patienten (GOP 01411, 01412, 01415)	13,05
37314*	Pauschale für die konsiliarische Erörterung und Beurteilung	11,16
37318*	Telefonische Beratung von mindestens fünf Minuten, werktags 19-7 Uhr, Sa, So, Feiertage	22,43
37320	Fallkonferenz (gemäß Anlage 30 BMV-A)	6,74
Bisherige Palliativziffern für Hausärzte		
EBM	INHALT	EURO
03370	Palliativmed. Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan	35,91
03371	Zuschlag zu 03000 EBM für die palliativmed. Betreuung des Patienten in der Arztpraxis	16,74
03372	Zuschlag zu 01410 oder 01413 EBM für die palliativmed. Betreuung in der Häuslichkeit	13,05
03373	Zuschlag zu 01411, 01412 oder 01415 EBM für die palliativmed. Betreuung in der Häuslichkeit	13,05
04370	Palliativmed. Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan	35,91
04371	Zuschlag zur 04000 für die palliativmed. Betreuung des Patienten in der Arztpraxis	16,74
04372	Zuschlag zu 01410 oder 01413 für die palliativmed. Betreuung in der Häuslichkeit	13,05
04373	Zuschlag zu 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmed. Betreuung in der Häuslichkeit	13,05

*erfordert spezielle Voraussetzungen; Quelle: KBV

von aus, dass es mit der Einführung der (neuen) Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.3 zu Einsparungen bei den Gebührenordnungspositionen der (hausärztlichen) Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 kommt. Der BA-Beschluss beschreibt deshalb auch schon exakt den Weg der Ausdeckelung, allerdings so verklausuliert, dass ein „gemeiner“ Vertragsarzt noch nicht einmal die Chance hat, das zu verstehen, was hier geplant ist.

Man muss auch weit zurückblättern, um die „Wurzel des Übels“ zu finden. In seiner 303. Sitzung am 31. Mai 2013 hatte der BA beschlossen, zuvor in der 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 zur Verfügung gestellte 250 Millionen Euro zur gezielten Förderung der geriatrischen und palliativmedizinischen Versorgung zur Verfügung zu stellen. Dieses Volumen wird nun zum 1. Oktober 2017 der MGV entnommen (nach dem jeweiligen

regionalen Anteil) und am 1. Oktober 2019 kommt dieses Geld zurück in der Größenordnung, in der Hausärzte die Nrn. 03370, 03371, 03372 und 03373 EBM abgerechnet haben. Die neuen Leistungen nach den Nrn. 37300, 37302, 37314, 37317, 37318 und 37320 EBM werden in der Größenordnung, in der sie bis zu diesem Zeitpunkt abgerechnet wurden, eingedeckelt.

Wenn der BA in seinem Beschluss davon ausgeht, dass dieses neue Finanzvolumen für die „Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“ durch Einsparungen bei der hausärztlichen „Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV)“ kompensiert werden kann, bedeutet das nichts anderes als dass ein erheblicher Teil dieser 250 Millionen Euro dem „Hausarzttopf“ entzogen werden (soll). Es handelt sich so gesehen um einen geschickt getarnten „Honorarklau“!

Haben Sie Fragen zur Abrechnung oder Praxisführung? Mailen Sie der Redaktion:

info@medizinundmedien.eu. Sie erhalten zeitnah eine persönliche Antwort. Allgemein relevante Themen werden anonymisiert veröffentlicht.



Nr. 60 GOÄ wird oft vergessen

Die Nr. 60 GOÄ steht für die konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten und wird mit 6,99 Euro (Einfachsatz) honoriert. Aber nur etwa ein bis zwei Prozent der Hausärzte setzen die Nr. 60 auch an – das sind erstaunlich wenige. Die Leistung hat keine Zeitvorgabe, kann telefonisch erbracht werden und der Patient muss bei einem solchen Konsil auch nicht anwesend sein.



Die GOÄ sieht vor, dass nur Konsile unter liquidationsberechtigten Ärzten, damit auch von Vertragsärzten berechnet werden können. Gleiches gilt für psychologische Psychotherapeuten. Bei Krankenhausärzten ist zu beachten, dass der Konsiliarpartner ein (liquidationsberechtigter) Chef- oder Oberarzt sein muss.

Konsile in einer Gemeinschaftspraxis (BAG) oder in einer Praxisgemeinschaft zwischen Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung (zum Beispiel Hausarzt, Hausarzt-Internist) sind hingegen nicht berechnungsfähig. Außerhalb einer BAG oder fachgleichen Praxisgemeinschaft sind solche Konsile aber zwischen zwei Hausärzten möglich! Findet ein Konsil außerhalb der üblichen Geschäftszeiten (Sprechzeiten) statt, kann man Zuschläge nach E bis H berechnen. Obgleich eine Schriftform nicht vorgeschrieben ist, sollte man dokumentieren, wann, mit wem, worüber und zu welcher Uhrzeit gesprochen wurde.

Muss man **Online-Kritik** hinnehmen?

Nach einem Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf (OLG) kann man als Praxisinhaber Kommentare in Online-Bewertungsportalen, zum Beispiel zu Behandlungskosten, zwar löschen lassen, ihnen aber kaum vorbeugen. Derartige Äußerungen, die sich um Honorarforderungen drehen, sahen die Richter nämlich nicht als Verletzung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts an (Az.: I-16 U 2/15).



Im konkreten Fall hatte sich ein Patient anonym in einem Bewertungsportal kritisch zu den Kosten einer ärztlichen Behandlung geäußert und den Arzt auf dieser Basis negativ bewertet. Er kommentierte dies aber auch mit Hinweisen wie „Ausbeutung des Schwächeren“ und „Möge der Allmächtige mich, meine Freunde und meine Feinde von solch einem „Arzt“

fernhalten“. Der betroffene Arzt verlangte vom Betreiber des Portals, den Eintrag zu löschen, und eine Unterlassungserklärung. Der Inhaber des Bewertungsportals löschte zwar die Kommentare verwies im Hinblick auf die Unterlassungserklärung aber auf den Verfasser. Das Landgericht Duisburg wies die daraufhin eingereichte Unterlassungsklage aber ab, da dies nicht dem Portalbetreiber angelastet werden könne.

Im Berufungsverfahren bestätigte das OLG das Urteil. Nach Auffassung der Richter handele es sich hier um eine Meinungsäußerung, die grundsätzlich von der Meinungsfreiheit geschützt sei. Außerdem habe sich der Kommentator nur auf die Kosten der ärztlichen Behandlung bezogen, so dass keine Diffamierung und Herabsetzung der Person des Arztes vorliege. Der Portalbetreiber



sei durch die Löschung seinen Prüfpflichten ausreichend nachgekommen. Es bleibt somit bei der bisher in vergleichbaren Fällen vertretenen Rechtsauffassung, dass man sich als Arzt gegen unberechtigte Kritik im Internet zur Wehr setzen kann. Prophylaktische Maßnahmen, wie hier der Versuch, eine Unterlassungserklärung zu erreichen, werden hingegen von den zuständigen Gerichten eher abgelehnt.