

Mandantenbrief

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 180. Sitzung vom 20.04.2009 weitere Korrekturen am Beschluss besprochen:

1. Die Fallzählung erfolgt auf der Basis der Behandlungsfälle
2. Gemeinschaftspraxen erhalten einen Zuschlag von 10 % auf das RLV
3. Fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften erhalten für jede beteiligte Fachrichtung einen Zuschlag von 5 % bis maximal 30 %, über 30 % wird ein Zuschlag für jede weitere Facharztgruppe von 2,5 % bis maximal 40 % festgelegt.
4. Die Narkosen des Kap. 5 werden extrabudgetär vergütet
5. Nephrologische Leistungen der Abschnitte 4 und 13
6. Psychiatrische Gesprächs- und Betreuungsleistungen werden aus dem RLV herausgenommen
7. Bronchoskopien werden extrabudgetär vergütet
8. Absenkung der Rückstellungen für abgestaffelte Vergütungen von Leistungen, die das RLV überschreiten
9. Die Verrechenbarkeit der arztbezogenen RLV in einer Praxis
10. Im Rahmen des Konvergenzbeschlusses können die Vorwegabzüge in die einzelnen Fachgruppen gesteuert werden

Diese Regelungen können zum 01.07.2009 umgesetzt werden, die Regelung nach Punkt 7. muss mit den Krankenkassen abgestimmt werden.

Für den Erweiterten Bewertungsausschuss plant die KBV einen Antrag zur Umbasierung des EBM auf den Kostensatz von 5,11, diese Maßnahme würde ein Volumen von ca. 10 Mrd. Euro benötigen. Auf die Argumentation des Schiedsamtsvorsitzenden Herrn Professor Wasem darf man gespannt sein; die Krankenkassen lehnen dieses Ansinnen schon jetzt ab.

Nachbesserung der Honorarreform

In seiner letzten Sitzung am 20.04.2009 hat sich der Bewertungsausschuss, d. h. die ihm angehörige Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen, darauf geeinigt, bestimmte Leistungen aus dem sogenannten Regelleistungsvolumen (RLV) herauszunehmen und damit extrabudgetär zu vergüten. Hierzu gehören beispielsweise Gesprächsleistungen für Psychiater. Des Weiteren soll die Patientenversorgung in vertragsärztlichen Berufsausübungsgemeinschaften weiterhin gefördert werden. Hierzu soll das praxisbezogene RLV für fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppen um 10 % erhöht werden. Für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppe bzw. Schwerpunkten soll sich das RLV um 5 bis maximal 40 % erhöhen.

Die vorgenannten Beschlüsse gelten ab dem 01.07.2009. Diese im Rahmen der Konvergenzregelung den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen zugewiesenen Spielräume können nunmehr von diesen umfassend zur Verteilung der Vergütung ihre Ärzte genutzt werden.

Die inhaltliche Verbesserung der Honorarreform soll keine neuen Belastungen für die Beitragszahler nach sich ziehen. Weitere Änderungen sollen mit Wirkung ab 01.07.2009 durch den Bewer-

tungsausschuss ggf. vorgenommen werden:

- das für das Regelleistungsvolumen relevante Verfahren der Fallzählung;
- die Notwendigkeit der Steuerung der Leistungen im Vorwegabzug gemäß Beschluss Teil F Anlage 2, Nummer 2 des Erweiterten Bewertungsausschusses;
- die Notwendigkeit einer Steuerung der Leistungen von Arztgruppen, die bisher keiner Mengensteuerung unterliegen;
- die Notwendigkeit einer bundeseinheitlichen Steuerung der Leistungen von Arztgruppen mit geringer regionaler Arztzahl;
- die Notwendigkeit der nichtgenehmigungspflichtigen und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie;
- Fallwertzuschläge zum Regelleistungsvolumen sowie die darin enthaltenen Leistungen gemäß Schlussteil F Anlage 1, Nummer 5 und 6 des Erweiterten Bewertungsausschusses;
- die Zuordnung der Gebührenpositionen für Bronchoskopien, Gastroskopien, Narkosen des Abschnittes 5.3, nephrologische Leistungen sowie Gesprächsleistungen der Psychiater, Nervenärzte und Kinder- und Jugendpsychiater zu den Regelleistungsvolumen gemäß Beschluss Teil F 2.

Im Zusammenhang mit diesen zu treffenden Beschlüssen sind laut Bewertungsausschuss Auswirkungen auf die Höhe der für 2009 vereinbarten morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung nicht vorgesehen, was bedeutet, dass kein weiteres Geld über die Gesamtvergütung hinaus von den Krankenkassen zur Verteilung gezahlt werden wird.

Bevorzugte Terminvergabe für Privatsprechstunde zulässig

© RA Horst Meurers, Fachanwalt für Medizinrecht

Eine schnellere und bevorzugte ärztliche Terminvergabe für Privatpatienten bzw. für Kassenpatienten, die eine privatärztliche Behandlung und Abrechnung wünschen, ist generell zulässig.

Die seit dem 01.01.2009 geltenden EBM-Regelungen mit den oft recht dürftigen Regelleistungsvolumina und Fallpauschalen für die Behandlung von Kassenpatienten beweisen erneut: Aufgrund der unzureichenden Finanzierung der vertragsärztlichen Versorgung durch gesundheitspolitische Vorgaben ist in den meisten Arztpraxen eine kräftige Quersubventionierung der vertragsärztlichen Leistungen durch privatärztliche Medizin und sonstige Selbstzahlerleistungen unerlässlich.

Damit hat auch die alte Diskussion über die Zulässigkeit oder Unzulässigkeit einer bevorzugten Terminvergabe für privatärztlich abzurechnende Leistungen wieder an Aktualität gewonnen. Denn als Reaktion auf die seit diesem Jahr geltenden weiteren Restriktionen im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung sind nicht nur Ärztestreiks oder Forderungen nach Vorkasse vor der Behandlung zu beobachten, sondern auch eine - verständliche - Reduktion überobligatorischer, nicht vergüteter vertragsärztlicher Leistungen bei gleichzeitig erhöhter Konzentration auf die Privatliquidation. Denn nur so können es sich viele Arztpraxen überhaupt noch leisten, im Umfang von Pflicht und Notwendigkeit vertragsärztlich tätig zu sein. Ärzte, die glauben, solche wirtschaftlichen Zwänge nicht beachten zu müssen, sind deswegen vielleicht ganz schnell pleite und lassen damit ihre Patienten letztlich besonders hart im Stich.

Bleibt also infolge der aktuellen Gesundheitspolitik nicht mehr die Frage ob, sondern nur noch in welchem Umfang und mit welcher Kommunikation eine Begrenzung vertragsärztlicher Leistungen bei gleichzeitiger Ausweitung privatärztlicher Leistungen zulässig ist. Ein Vertragsarzt mit vollem Versorgungsauftrag ist gem. § 17 Abs. 1a Bundesmantelvertrag-Ärzte verpflichtet, an seinem Vertragsarztstz persönlich mindestens 20 Wochenstunden in Sprechstunden zur Verfügung zu stehen. Viele Ärzte stehen ihren Patienten ohne entsprechende Vergütung bislang das Doppelte bis Dreifache dieser Zeit zur Verfügung. Das können sich viele Ärzte bei dem aktuellen Vergütungssystem nicht mehr leisten. Dann muss es so kommen, dass die Kassensprechstunde in Richtung des notwendigen Maßes reduziert und stattdessen das Angebot privatärztlicher Leistungen ausgeweitet wird. Da ein Arzt die Zahl seiner (voll) privatversicherten Patienten nicht unmittelbar erhöhen kann, bietet sich also das Angebot an GKV-Versicherte an, sie als Privatpatienten zu behandeln. Dies könnte dem ein oder anderen Kassenpatienten auch dadurch schmackhaft gemacht werden, dass er für die privat zu bezahlenden Leistungen einen früheren Termin bekommt. Erhält der GKV-Versicherte beim Gang zum Arzt die Auskunft, dass er als Kassenpatient erst in 2 oder 3 Monaten einen Termin wahrnehmen könne, da die pflichtgemäß angebotenen GKV-Sprechstunden so lange im Voraus ausgebucht sind, während er bei ausdrücklichem Wunsch einer privatärztlichen Liquidation auch für die Folgeweche einen Termin in der Privatsprechstunde bekäme, ist dagegen rechtlich nichts einzuwenden und das dahinter stehende Interesse des Arztes verständlich. Natürlich ist dabei zu

beachten, dass gem. § 13 Abs. 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte ein Vertragsarzt nur in begründeten Fällen die (vertragsärztliche) Behandlung eines Versicherten ablehnen darf. Eine akute Behandlungsbedürftigkeit wie in Notfällen berechtigt ihn selbstverständlich überhaupt nicht zur Ablehnung der vertragsärztlichen Behandlung. Aber eine zur Ablehnung berechtigende Begründung ist der Rechtsprechung zufolge die Auslastung der ärztlichen Kapazitätsgrenzen. Legt man nun zugrunde, dass in dem oben beschriebenen Fall ja keine völlige Ablehnung des Kassenpatienten, sondern nur eine Terminvergabe in der Reihenfolge der zahlreichen Anmeldungen bei pflichtgemäß angebotenen Kassensprechstunden erfolgen soll, während gleichzeitig in den Privatsprechstunden noch Kapazitäten frei sind, spricht nichts gegen das Angebot einer vorzeitigen Terminierung für die dann selbstverständlich privatärztlich zu vergütende Selbstzahlersprechstunde.

Enorm wichtig ist die gelungene Kommunikation dieses Angebots. Denn es soll bei einigen Ärzten schon Unmutsäußerungen von Kassenpatienten gegeben haben, denen dann im Zusammenhang mit der Terminvergabe offenbar die dahinter stehenden wirtschaftlichen Zwänge nicht klar genug vermittelt werden konnten. Hier sollte der Arzt ebenso wie sein Personal mit dem entsprechenden Fingerspitzen- und Feingefühl alles seinerseits Mögliche tun, um seinen Patienten die eigene wirtschaftliche Situation und deren Abhängigkeit von einer mangelhaften Finanzierung durch die Gesundheitspolitik verständlich zu machen. Denn letztlich sind Ärzte und Patienten gemeinsam Opfer der Lebenslüge des öffentlich-rechtlichen Gesundheitswesens, mit weniger Geld pro Behandlungsfall gleichzeitig den steigenden Leistungsbedarf und höhere Kosten abdecken zu können.

So lange ein Arzt also selbst im erforderlichen Maße Sprechstunden anbietet und ethisch sauber die Ausnahmen wie z.B. Notfallversorgung beachtet, ist bei wahrheitsgemäßer und sympathischer Kommunikation nichts gegen eine bevorzugte Terminvergabe für Privatsprechstunden einzuwenden. In diesem Zusammenhang erleichtert auch die Zunahme von Privat-Zusatzversicherungen bei Kassenpatienten die Akzeptanz solcher Privatsprechstunden. Und da auch die Gesundheitsversorgung nicht völlig frei von ökonomischen Überlegungen sein muss: Warum soll nicht auch ein Arzt, da wo er mehr Vergütung bekommt, mehr Service bieten? Und Service kann neben zusätzlichen Leistungen, dem räumlichen Ambiente und einem erhöhten Maß an Zuwendung eben auch in geringeren Wartezeiten und einer kurzfristigeren Terminvergabe bestehen. Und wenn diese sachlich begründete Differenzierung unter Beachtung der besonderen ethischen Anforderungen an den ärztlichen Beruf und mit sympathischer Kommunikation erfolgt, ist eine solche Privatsprechstunde nicht nur eine legitime, sondern für die meisten Vertragsarztpraxen sogar eine äußerst ratsame Maßnahme. In formeller Hinsicht genügt in der Regel dann die schriftliche Erklärung des Patienten gem. § 18 Abs. 8 Nr. 2 bzw. Nr. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte. Eine dieser beiden Fälle wird für die Inanspruchnahme der Privatsprechstunde durch Kassenpatienten regelmäßig vorliegen. In selteneren Fällen wird sich ein Patient vielleicht auch von der behandlungsübergreifenden Wahl der Kostenerstattung gemäß § 13 Absatz 2 SGB V überzeugen lassen.

§ 18 Abs. 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte lautet auszugsweise wie folgt:

Der Vertragsarzt darf von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern 1. (...), 2. wenn und soweit der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden, und dieses dem Vertragsarzt schriftlich bestätigt, 3. wenn für Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, vorher die schriftliche Zustimmung des Versicherten eingeholt und dieser auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten hingewiesen wurde. § 13 Abs. 2 SGB V lautet auszugsweise: Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Der Versicherte hat die erfolgte Beratung gegenüber dem Leistungserbringer schriftlich zu bestätigen. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. (...) Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Jahr gebunden. (...).