



Ausgabe 1 | Februar 2010

Kommende Kongresstermine Seite 2

GESUNDHEITSPOLITIK

Wo ist Philipp Rösler? Seite 1

Patienten sollen vom Arzt
eine Rechnung bekommen Seite 2

Söder will „Geld-zurück-Garantie“
für Medikamente Seite 2

Bayerns Wirtschaftsminister kritisiert
Seehofers Attacken auf die FDP Seite 3

CDU-Gesundheitsexperte Spahn
rechnet mit Beitragserhöhungen Seite 3

Selektivverträge und Honorare Seite 3

Ärzteverbände bieten Kassen
Selektivverträge an Seite 3

RADIOLOGIE – kurz & bündig

Immer mehr Frauen nutzen
Mammografie-Screening Seite 4

Mammografie und Brustkrebsrisiko Seite 4

Warnung vor Gesundheits-
risiko bei Körperscannern Seite 4

Nutzen der Knochendichtemessung Seite 5

ABRECHNUNGSTIPPS

Zunächst keine Änderungen bei
den Regelleistungsvolumina Seite 5

Fachärztliche Bereitschaftspauschale
Nr. 01435: Auch für Radiologen Seite 5

Liquidation der PRT nach der GOÄ Seite 6

GESUNDHEITSPOLITIK

Wo ist Philipp Rösler?

Das Philipp Rösler so schnell und so viel von seinen Vorschusslorbeeren verspielen würde, hätten selbst seine erklärten Gegner in der Opposition und der Koalition nicht erwartet. Der so visionär und selbstbewusst gestartete Gesundheitsminister hat sich inzwischen schon nach weniger als einhundert Tagen fast vollständig ins politische Abseits manövriert. Dies ist einer Mischung aus inhaltlicher Zögerlichkeit, gebetsmühlenartigen Beschwörungen seiner Zukunftsvisionen für ein solidarischeres Gesundheitssystem und auffälliger tagespolitischer Enthaltensamkeit zuzuschreiben.

Als acht Krankenkassen am 25. Januar kollektiv verkündeten, sie wollten von ihren Mitgliedern bald Zusatzbeiträge in Höhe von acht Euro einfordern, kam vom Minister nur die schon in zahlreichen Interviews gemacht Aussage: Ein neues Krankenversicherungssystem müsse her, die Arbeiten daran sollten bald beginnen, und im Mittelpunkt solle ein Sozialausgleich für jene Bürger stehen, die sich die von der Regierungskoalition angestrebte Gesundheitsprämie nicht leisten können. Jedoch kein konkreter oder handfester Kommentar zur Erhebung des Zusatzbeitrages durch die Kassen.

Weil der FDP-Mann schwieg, musste Landwirtschaftministerin Aigner den Kassen die Leviten lesen und aussprechen, was man eigentlich von Rösler erwartet hätte: Was die Kassen sich derzeit erlauben, sei „nicht akzeptabel“, und schon gar nicht komme es

in Frage, dass DAK und Co. ihren Kunden bereits zum 1. Februar acht Euro extra aufdrückten. Da Frau Aigner auch für den Konsumentenschutz zuständig ist, kann sie sich diese Stellungnahme durchaus erlauben. Trotzdem muss man sich die Frage stellen, warum der Gesundheitsminister bei dieser Gelegenheit nicht mal kräftig auf den Tisch haute, als sich die Kassen dem Verdacht einer konzertierten Abzocke aussetzten. „Dafür sei das Bundesversicherungsamt zuständig“, kam dann als offizielle Stellungnahme aus dem Ministerium. Selbst der Kanzlerin platzte in dieser Situation der Kragen und sie knöpfte sich die Krankenkassen vor. Vor Unionsabgeordneten drohte Frau Merkel, die Sache mit den Zusatzbeiträgen müsse man sich „genau anschauen“ und brachte dabei auch das Kartellamt ins Spiel. Prompt befasst sich jetzt auch das Kartellamt nach eigenem Bekunden mit dem Fall. In dieser Sitzung soll nach Angaben des Handelsblattes unter Berufung auf Zeugen die Kanzlerin den Gesundheitsminister kritisiert haben. Mit Blick auf die knappen Staatsfinanzen habe es keinen Sinn, immer wieder mit Vorschlägen für die Einführung einer Kopfpauschale voranzupreschen. „Dann soll Herr Rösler mal schauen, wie er das haushaltsneutral hinbekommt“, wird Merkel zitiert.

Wo ist Rösler? Merkt er, dass die Luft dünner wird, dass die Finanzmittel für sein Prämienmodell fehlen und er kaum Verbündete für sein Vorhaben auftreiben kann? Finanzminister Schäuble will den Haushalt konsolidieren und nicht Milliarden in eine sozialpolitische Großreform mit ungewissem Ausgang investieren. Herrn

Westerwelle und anderen einflussreichen Liberalen werden im Zweifelsfall Steuersenkungen wichtiger sein als eine bisher wenig verstandene und daher auch unpopuläre Gesundheitsprämie. Aus der CSU ist ohnehin nur heftigster Widerstand zu erwarten, und die Opposition lauert schon darauf, mit einer großen Gesundheitsdebatte ihr sozialpolitisches Profil schärfen zu können.

So bleibt Rösler nur der Glaube an seine Argumente und seine Überzeugungskraft. Diesen Glauben wird er brauchen, zumal er seine Zukunft als Gesundheitsminister vom Gelingen der Gesundheitsprämie abhängig macht. Nach seiner Ansicht ist das bestehende System ungerechter als ein Prämienmodell, bei dem alle Bürger eine Einheitsprämie zahlen, Die Systemgerechtigkeit zwischen Arm und Reich wird über das Steuersystem hergestellt und Geringverdiener erhalten einen Ausgleich. In der heutigen Krankenversicherung werden beispielsweise Einkünfte aus Kapital, Vermietung und Verpachtung in keiner Weise in die Beitragsbemessung eingerechnet. Privatversicherte zahlen gar nichts ein. Besserverdienende tragen, in Prozent ihres Einkommens gerechnet, viel weniger bei als Geringverdienende. Allerdings wäre der politische Aufwand, ein gerechtes Prämienmodell zu etablieren, eine ungeheure und gewaltige Anstrengung. Andererseits sind die Menschen in Deutschland mit ihrem Gesundheitssystem weitgehend zufrieden und haben den Eindruck, dass ihre Versorgung zufriedensstellender ist als in manchen anderen Industrieländern. Es gibt keine erkennbare Rationierung und damit keinen Leidensdruck für eine grundlegende Gesundheitsreform.

Die von Rösler geplante Reform wird dementsprechend viel Zähigkeit, Kraft, Zeit und Aufwand verbrauchen. Die könnte dann in anderen Feldern der Gesundheitspolitik fehlen, die einen noch dringlicheren Handlungsbedarf haben. Dringende Baustellen

Kommende Kongresstermine

4. - 8. März 2010
– Wien –

ECR 2010

12. - 15. Mai 2010
Berlin – Messe
(Eingang Süd)

**91. Deutscher
Röntgenkongress**

sind beispielsweise die Reform der Pflegeversicherung, die Kostendämpfung und die ärztliche Bedarfsplanung. Gegenwärtig wirkt aber der Hoffnungsträger wie paralysiert.

Auf die Aufforderung von Bayerns Gesundheitsminister Markus Söder, endlich mit Einsparungen zu beginnen, hat er allerdings, als hätte er nur darauf gewartet, reagiert und kündigt folgsam an, verstärkt nach Einsparmöglichkeiten bei Arzneimitteln suchen zu wollen. Mit der großen Reform und dem Systemumbau wird es wohl in dieser Legislaturperiode nichts werden. Rösler wird mit den weiter steigenden Kosten und den zukünftigen Anstiegen der Krankenkassenbeiträge genug zu tun haben. Man kann ihm nur viel Erfolg und Energie bei dem ihm bevorstehenden Arbeitspensum wünschen und hoffen, dass er inzwischen in der politischen Wirklichkeit angekommen ist.

Patienten sollen vom Arzt eine Rechnung bekommen

Nach Ansicht von Verbraucherschutzministerin Ilse Aigner (CSU) sollten gesetzlich Krankenversicherte die Behandlungskosten kennen und deshalb eine Rechnung vom Arzt erhalten. „Es wäre schon ein großer Vor-

teil, wenn jeder Patient eine Rechnung bekommen würde und somit einen Überblick über seine Behandlungskosten hätte“, sagte Aigner der „Rheinischen Post“ vom 29. Januar. Sie forderte darüber hinaus „mehr Wahlmöglichkeiten“ für Versicherte: „Es muss nicht überall nur ein Einheitstarif angeboten werden. Die Verbraucher sollten wie bei anderen Versicherungen die Chance haben, gezielt die für sie passenden Tarife zu wählen.“ Die CSU-Politikerin fügte hinzu: „Dies wird aber nur möglich sein, wenn die Kassen selbst für mehr Transparenz sorgen, was Kosten und Leistungen betrifft. Hier hapert es noch.“ Aigner will „einzelne Elemente der privaten Krankenversicherung in das gesetzliche System integrieren“.

Söder will „Geld-zurück-Garantie“ für Medikamente

Im Streit um die Arzneimittelkosten schlägt Bayerns Gesundheitsminister Markus Söder (CSU) eine „Geld-zurück-Garantie“ für Medikamente vor. Falls verschriebene Arzneien beim Patienten nicht die versprochene Heilwirkung zeigten, sollten die Krankenkassen die Kosten von den Firmen zurückfordern können, sagte Söder in München nach einem Treffen mit zwölf forschenden Pharmaunternehmen aus dem Freistaat. „Gezahlt wird nicht für die Tablette, sondern für die Wirkung“, betonte er.

Der Minister sprach von einer „neuen Vertragsphilosophie“, die ohne „fantasielose Sparrunden“ auskomme. In Richtung seines Bundesressortkollegen Philipp Rösler (FDP) warnte der bayerische Gesundheitsminister vor „Hoppla-Hopp-Beschlüssen“ zur Kostenreduzierung. „Der Patentschutz für innovative Medikamente muss bleiben“, forderte der CSU-Politiker. Nur so könne die Forschung für die Un-

ternehmen attraktiv bleiben. In Bayern gehe es dabei um mehr als 10.000 Arbeitsplätze.

Die Umsetzung seines Garantie-Vorschlags soll in einer Arbeitsgruppe des Ministeriums mit den Pharmafirmen entwickelt werden. Die Teilnehmer des ersten bayerischen Pharmagipfels seien prinzipiell dazu bereit, sagte Söder: „Sie wissen, dass sie was tun müssen.“ Ihm selbst gehe es um einen umfassenden Neuansatz „und nicht um einen schnellen Vorschlag zur Einsparung“.

Bayerns Wirtschaftsminister kritisiert Seehofers Attacken auf die FDP

Der bayerische Wirtschaftsminister Martin Zeil (FDP) rät dem CSU-Vorsitzenden Horst Seehofer zu mehr Zurückhaltung bei schwarz-gelben Konfliktthemen wie der Gesundheitspolitik. Zeil sagte am 1. Februar in München, die Berliner Koalitionspartner sollten „weniger öffentlich diskutieren“ und sich an ihre Vereinbarungen halten. Dies gelte auch für Seehofer.

Zeil fügte hinzu, das bisherige Gesundheitssystem sei ganz offensichtlich gescheitert. Zudem handle es sich bei aktuellen Umfragewerten um die „Mahnung“, dass die Bürger kein Verständnis für Streitereien zwischen Parteien mit einem gemeinsamen Wählerauftrag haben. Seehofer hatte kritisiert, die Pläne der FDP für eine Kopfpauschale im Gesundheitssystem seien „völliger Nonsens“. Er sehe für das gesamte neue Jahrzehnt „nicht die Spur einer Chance“, dass dieses Vorhaben realisiert wird. Seehofer versicherte, er werde die Kopfpauschale „zu verhindern wissen“.

CDU-Gesundheitsexperte Spahn rechnet mit Beitragserhöhungen

Der gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Fraktion, Jens Spahn, rechnet langfristig mit Beitragserhöhungen der Krankenkassen. „Gesundheit wird teurer werden in den nächsten Jahren“, sagte Spahn am 1. Februar im ARD-„Morgenmagazin“. Es müsse nun darüber gestritten werden, ob die Kosten über Steuern, Beiträge oder Prämien finanziert werden. „Wir werden sicher nicht auf alle Zeiten Beitragserhöhungen ausschließen können.“ Im Koalitionsvertrag hätten die beiden Unionsparteien mit der FDP den Einstieg in eine lohnunabhängige Finanzierung der Versorgung beschlossen. Der Umfang hänge von der Haushaltslage ab, zudem müsse der Sozialausgleich ausgearbeitet werden. „Die Union wird sicher nicht zulassen, dass Millionen Menschen in Deutschland zu Antragsstellern werden.“ Die erhobenen Zusatzbeiträge sollten Schritt für Schritt in eine Gesundheitsprämie umgewandelt werden. Dies werde die Regierung in dieser Legislaturperiode jedoch „nicht voll erreichen können“.

Selektivverträge und Honorare

Der erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) hat ein Verfahren zur Honorarberechnung ärztlicher Leistungen unter Berücksichtigung sogenannter Selektivverträge beschlossen. „Wir haben uns für diesen Kompromiss eingesetzt, damit die Honorarbereinigung unter geordneten Bedingungen stattfinden und ein Chaos verhindert werden kann“, kommentiert KBV-Vorstandsvorsitzender Andreas Köhler. Laut KBV sieht der Beschluss vor, dass der Fallwert des

Regelleistungsvolumens (RLV) der jeweiligen Arztgruppe als Folge der Bereinigung um maximal 2,5 Prozent steigen oder sinken darf. Wenn dieser Schwellenwert überschritten wird, soll der darüber hinaus gehende Mehrbetrag ausschließlich von den Ärzten geschultert werden, die an Selektivverträgen teilnehmen.

Grundsätzlich gelte, so die KBV, dass Ärzte, die ihre Patienten im Selektivvertrag versorgen, für diese kein Honorar mehr über das RLV erhalten. Sie werden über den Selektivvertrag vergütet. Das RLV wird deshalb um die Leistungen reduziert, die diese Patienten vor der Einschreibung in einen Selektivvertrag in der Praxis in Anspruch genommen haben. Die Bereinigung gilt der KBV zufolge für alle Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung, für besondere ambulante Versorgungsformen und zur Integrierten Versorgung. Damit stellt sich die Frage, ob sich der im Beschluss festgelegte Schwellenwert von 2,5 Prozent des Fallwertes auf den jeweiligen einzelnen Vertrag bezieht. Das sei umso spannender, als bereits momentan ungefähr 1.800 Schiedsamtverfahren allein für §73b-Verträge anhängig seien.

Ärzteverbände bieten Kassen Selektivverträge an

Der Bundesverband der Ärztegenossenschaften, MEDI Deutschland und der NAV-Virchow-Bund wollen mit den Gesetzlichen Krankenkassen über weitere Selektivverträge verhandeln. „Die niedergelassenen Ärzte brauchen zur Sicherung ihrer Praxen in Zukunft ein Nebeneinander zwischen Kollektiv- und Selektivverträgen“, fordert der MEDI Vorsitzende Werner Baumgärtner. Ohne die bessere Vergütung in den Haus- und Facharztverträgen stünden viele Praxen vor dem finanziellen Aus, weil mit dem Regelleistungsvolumen die Pra-

zen definitiv nicht finanzierbar seien. Zudem nähmen die ständig wechselnden Rahmenbedingungen des Kollektivvertrages den Praxen jegliche Planungssicherheit und gefährdeten die wohnortnahe ambulante Versorgung. Als Vorreiter für Selektivverträge sehen die Verbände Baden-Württemberg, wo bereits Anbiertergemeinschaften zwischen regionalen Facharztverbänden und der Mediverbund Dienstleistungs GmbH bestehen. Die Ärzteverbände wollen entsprechend auch in anderen Regionen ähnliche Verträge mit Facharztverbänden und fachübergreifenden Ärzteorganisationen bilden.

RADIOLOGIE – KURZ & BÜNDIG:

Immer mehr Frauen nutzen Mammografie-Screening

Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) nehmen immer mehr Frauen das Angebot einer kostenlosen Brustkrebsfrüherkennung an. Laut KVSH ist die Teilnahmequote auf durchschnittlich 43 Prozent gestiegen, in der Region Südwest liegt sie sogar bei knapp 50 Prozent. Gleichzeitig stieg seit Beginn des Mammografie-Screenings im Jahr 2007 die Anzahl der frühzeitig erkannten Krebserkrankungen von 165 auf bislang 687. „Die Zahlen widerlegen den Zweifel am medizinischen Nutzen dieser Früherkennungsuntersuchungen“, so Timo Gomille, Sprecher der Screening-Ärzte in Schleswig-Holstein. Im Gegenteil: Mammografie sei eine der sichersten Methoden zur Erkennung von Brustkrebs. Zudem könne sie bereits kleine Tumoren aufspüren und so die Heilungschancen verbessern. Der Anteil der Tumoren von einer maximalen Größe bis zehn Millimeter liegt laut KVSH in Schleswig-Holstein

bei knapp 35 Prozent und damit über dem Bundesdurchschnitt. Bei mehr als drei Viertel aller im Programm entdeckten Tumoren waren die Lymphknoten noch nicht befallen. „Fast alle Frauen mit kleinen Tumoren, die nicht gestreut haben, werden wieder vollständig gesund.“

Mammografie und Brustkrebsrisiko

Frauen mit einem genetisch oder familiär erhöhten Brustkrebsrisiko wird häufig schon in jungen Jahren zur jährlichen Mammografie geraten. Das Screening könnte nach einer Meta-Analyse, die auf der Jahrestagung der Radiological Society of North America in Chicago vorgestellt wurde, jedoch das Brustkrebsrisiko weiter erhöhen.

Frauen ohne erhöhtes Risiko wird erst ab dem 40. Lebensjahr und nach den neuesten Leitlinien der US Preventive Services Task Force erst ab dem 50. Lebensjahr zur Mammografie geraten. Frauen mit Mutationen in den BCRA1/2-Genen oder einer positiven Familienanamnese erkranken jedoch häufig schon früher an einem Mammakarzinom. Die American Cancer Society rät ab einem Lebenszeitrisiko von 20 Prozent zu einer jährlichen Mammografie ab dem 30. Lebensjahr. Einige Experten befürchten, dass die weibliche Brust in jungen Jahren besonders „röntgensensibel“ ist. Beides könnte dazu beitragen, dass Frauen zu ihrem ohnehin genetisch bedingten Risiko durch die Mammografien einer zusätzlichen Gefahr ausgesetzt werden. Genau hierfür wollen Epidemiologen von der Universität Groningen jetzt Hinweise gefunden haben. Ihre Meta-Analyse stützt sich auf 5 Studien, die regelmäßige Teilnehmerinnen an der Mammografie mit solchen, die auf diese Vorsorge verzichteten, verglichen. Vier Studien wurden

an Frauen mit Krebsmutationen durchgeführt, an der fünften Studie hatten Frauen mit einer positiven Familienanamnese teilgenommen. Die Epidemiologin errechnet eine gepoolte Odds Ratio von 1,63 für die Gesamtgruppe. Die Mammografie würde demnach das Brustkrebsrisiko tendenziell um 63 Prozent erhöhen. Da aber das Signifikanzniveau verfehlt wurde, könnte es sich aber auch um ein Zufallsergebnis gehandelt haben. Die American Cancer Society, welche Frauen ohne genetisches Risiko auch weiterhin die Mammografie ab 40 empfiehlt, hat gegenüber der Presse die Ergebnisse relativiert. Ein Sprecher stellte die Methodik der Groninger Studie infrage und warnte davor, jüngeren Frauen die strahlenfreie Kernspintomografie als Alternative zu empfehlen, da hier nicht alle Tumore rechtzeitig entdeckt würden. Da das auch für die Mammografie gilt, tendieren jetzt viele Ärzte bei Frauen mit erhöhtem Risiko dazu, alle diagnostischen Möglichkeiten auszuschöpfen, zu denen als dritte Option auch eine Sonografie gehört.

Warnung vor Gesundheitsrisiko bei Körperscannern

In der Debatte um den Einsatz von Körperscannern an Flughäfen hat der Strahlenschutzexperte der Bundesregierung vor Gesundheitsrisiken gewarnt. Die Röntgenstrahlung habe das Gefährdungspotenzial, langfristig Krebs und Leukämie zu erzeugen, sagte der Vorsitzende der Strahlenschutzkommission, Rolf Michel, dem Radiosender HR-Info. Bei einer einzelnen Durchleuchtung seien Menschen zwar nur einer sehr geringen Menge von Röntgenstrahlen ausgesetzt, das Risiko steige aber mit jeder Kontrolle. „Für Vielflieger und Menschen, die häufiger gescannt würden, wäre das Risiko doch nicht vernach-

lässigbar.“Die Strahlenschutzkommission und das Bundesumweltministerium hielten den Einsatz von Röntgenscannern deswegen für „nicht gerechtfertigt“, sagte Michel. Auch Durchleuchtungsgeräten, die mit der sogenannten Terahertz-Strahlung arbeiten, stellt Michel keine Unbedenklichkeitsbescheinigung aus. „Wir haben bisher nur marginale Hinweise, dass sie gefährlich werden könnten. Das Problem ist allerdings für uns, dass noch nicht genug Informationen zu dem Thema vorliegen. Es wird allerdings intensiv geforscht, ob biologische Wirkungen zu befürchten sind“, sagte der Experte.

Nutzen der Knochendichtemessung

Über 65-jährige Frauen können von einer Knochendichtemessung profitieren, auch wenn sie keine Vorfraktur haben. Das ist das vorläufige Ergebnis einer Untersuchung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Demnach liefern Studien Hinweise, dass die Osteodensitometrie Frauen erkennt, die durch eine Behandlung ihr Risiko für Knochenbrüche senken können. Laut IQWiG bezahlen die Gesetzlichen Krankenkassen die Osteodensitometrie bislang nur bei Patienten, bei denen es bereits zu Knochenbrüchen gekommen ist, die auf eine stark verminderte Knochendichte hinweisen. „Einige Fachgesellschaften empfehlen den Einsatz der Methode aber auch schon für Frauen und Männer, die noch keinen Bruch erlitten haben, jedoch bestimmte Risikofaktoren für eine Fraktur aufweisen“, so das Institut. Zwar fanden die Wissenschaftler keine Studien, welche die gesamte Kette von Diagnostik und Therapie abdecken. Aussagen zum Nutzen oder Schaden einer Versorgungsstrategie mit und ohne Knochendichte-

messung seien deshalb nicht möglich. Allerdings fand das IQWiG neun Therapiestudien, bei denen eine erniedrigte Knochendichte ein Einschlusskriterium war. In allen Therapiestudien war die Knochendichte der Frauen zu Beginn mit der Standardmethode „Dual-Energy X-Ray Absorptiometry“ (DXA) gemessen worden. „Aus den Studien ergab sich Hinweise, dass die Behandlung mit bestimmten Medikamenten wirksam Hüft-, Wirbelkörper- und anderen Knochenbrüchen vorbeugen kann“, erklären die Wissenschaftler. Allerdings sei dieser Nutzen im Wesentlichen auf Frauen beschränkt, die eine sehr stark verminderte Knochendichte aufweisen.

ABRECHNUNGSTIPPS

Zunächst keine Änderungen bei den Regelleistungsvolumina

Im Bewertungsausschuss stehen zahlreiche Änderungen zur Debatte. Hierbei sind insbesondere diverse qualifikationsabhängige Zusatzbudgets für Radiologen relevant: Zusatzbudgets für Sonografie, CT, MRT und Angio-MRT und Labor. Die jetzt schon ausufernde Bürokratie bei der Abrechnung der erbrachten Leistungen würde aber nochmals um eine Zehnerpotenz in die Höhe geschraubt, wenn die zahlreichen vom Bewertungsausschuss geplanten Zusatzbudgets beschlossen worden wären. Nicht zuletzt deshalb sind im Bewertungsausschuss die entsprechenden Beschlussfassungen erst einmal vertagt worden. Ganz davon Abstand genommen hat er allerdings (noch) nicht. Wir werden über Ergänzungen zu den RLV umgehend berichten, wenn sich eine klare Beschlusslinie abzeich-

net. In den ersten beiden Quartalen 2010 bleibt also erst einmal alles beim gegenwärtigen Sachstand.

Fachärztliche Bereitschaftspauschale Nr. 01435: Auch für Radiologen

Weithin unbekannt ist es bei Radiologen, dass auch die fachärztliche Bereitschaftspauschale Nr. 01435 EBM (250 Punkte / 8,75 €) für diese Facharztgruppe berechnungsfähig ist. Die Bereitschaftspauschale Nr. 01435 ist laut Leistungslegende für die telefonische Beratung eines Patienten im Zusammenhang mit einer Erkrankung bei Kontaktaufnahme durch den Patienten berechnungsfähig bzw. für andere unmittelbare Arzt-Patienten-Kontakte. Andere unmittelbare Arzt-Patienten-Kontakte sind z. B. Beratungen von Angehörigen – entweder persönlich oder per Telefon – so z. B. bei Kindern oder älteren Patienten, die selbst die Beratung nicht wahrnehmen können. Die Auswertung der Abrechnungen von Radiologen zeigt, dass die Nr. 01435 von dieser Facharztgruppe nur sehr selten angesetzt wird. Das mag an den auf den ersten Blick verwirrenden Abrechnungsausschlüssen liegen: In demselben Arztfall, in dem ein Radiologe eine Konsiliarpauschale (Nrn. 24210 bis 24212) abrechnet, kann die Bereitschaftspauschale Nr. 01435 nicht angesetzt werden. Aber: Die meisten Radiologen sind in Gemeinschaftspraxen niedergelassen. Werden verschiedene Ärzte einer Gemeinschaftspraxis von demselben Patienten im Laufe eines Quartals in Anspruch genommen (ggf. auch telefonisch), resultieren daraus entsprechend viele Arztfälle. Ausgeschlossen ist die Berechnung der Bereitschaftspauschale Nr. 01435 in demselben Quartal nur für den Arzt einer Gemeinschaftspraxis, der zuvor bei demselben Patienten eine Konsiliarpauschale abgerechnet hat.

Zur Erläuterung ein Beispiel: Bei einem Patienten wird eine radiologische Untersuchung oder ein interventioneller Eingriff (z. B. eine CT-gesteuerte Intervention) durchgeführt. Nach der Untersuchung bzw. Behandlung und Entlassung des Patienten aus der Praxis ruft dieser später an demselben Tag oder auch an einem Folgetag wegen Beschwerden an. Die telefonische Beratung wird nicht durch den Arzt in der Gemeinschaftspraxis erbracht, der zuvor den Patienten behandelt und die Konsiliarpauschale berechnet hat. Durch die Kontaktaufnahme mit einem anderen Arzt der Gemeinschaftspraxis entsteht ein neuer Arztfall, weshalb die Ausschlussbestimmung der Berechnung der Nr. 01435 neben einer Konsiliarpauschale in demselben Quartal nicht greift. Der in der Folge in Anspruch genommene andere Arzt kann die Nr. 01435 unter seiner Arztnummer abrechnen.

Die Bereitschaftspauschale Nr. 01435 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig. Nimmt derselbe Patient später im Quartal telefonischen Kontakt mit der Praxis auf und erfolgt die Beratung wiederum durch einen anderen Arzt, ist die Nr. 01435 nicht noch einmal berechnungsfähig, weil die gesamte Behandlung in einer Gemeinschaftspraxis durch alle beteiligten Ärzte insgesamt ein Behandlungsfall ist.

Paradox: Kommt der Patient persönlich in die Praxis und wird der Folgekontakt ebenfalls von einem anderen Arzt wahrgenommen als dem, der zuvor die Konsiliarpauschale berechnet hat, ist dieser persönliche Zweitkontakt nicht berechnungsfähig, da laut Leistungslegende die Nr. 01435 ausschließlich für telefonische Beratungen des Patienten bzw. für mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte berechnungsfähig ist und damit nicht für persönliche Arzt-Patienten-Kontakte. Radiologen in Gemeinschaftspraxen sollten darauf achten, dass die Nr. 01435 in den berechtigten Fällen zum Ansatz kommt.

Liquidation der PRT nach der GOÄ

Während es im EBM für CT-gesteuerte Interventionen mit der Nr. 34502 eine eigenständige Komplexposition gibt, findet sich in der GOÄ keine entsprechende Komplexposition. Damit stellt sich die Frage, wie periradikuläre Therapien (PRT) bei Privatpatienten zu liquidieren sind.

Zur Berechnung der PRT nach der GOÄ kommt es darauf an, welche Strukturen infiltriert werden. Wird ein Arzneimittel, z. B. ein Kortikoid, an eine Nervenwurzel appliziert (perineural), kann dafür die Nr. 255 der GOÄ angesetzt werden, wegen der Schwierigkeit der Ausführung mit entsprechender Begründung ggf. mit dem Steigerungsfaktor 3,5-fach (Nr. 255 GOÄ, 95 Punkte, 2,3-fach: 12,74 € bzw. 3,5-fach: 19,38 €).

Erfolgt die Injektion in den Periduralraum, ist dafür die Nr. 256 der GOÄ anzusetzen (185 Punkte, 2,3-fach: 24,80 € bzw. 3,5-fach 37,74 €).

Die PRT wird in der Regel mit einer Stichkanalanästhesie durchgeführt, abzurechnen nach Nr. 490 GOÄ (61 Punkte, 2,3-fach: 8,18 € bzw. 3,5-fach 12,44€).

Werden mittels PRT mehrere Segmente der Wirbelsäule behandelt und erfolgt jeweils separat eine Applikation des Lokalanästhetikums, und werden an verschiedenen Stellen unterschiedliche neurale Versorgungsgebiete ausgeschaltet, sind die Positionen entsprechend mehrfach berechnungsfähig.

Die PRT wird überwiegend CT-gestützt durchgeführt. Die CT-Steuerung ist nach Nr. 5378 GOÄ abzurechnen (1000 Punkte, 1,8-fach: 104,92 € bzw. 2,5-fach: 145,72 €, reduzierter Gebührenrahmen). Falls ergänzende CT-Serien erforderlich sind, sind diese mit dem Zuschlag Nr. 5377 GOÄ abzurechnen (800 Punkte, 1-fach: 46,63 €, nur einfacher Gebührensatz berech-

nungsfähig). Das Landgericht Köln hat diesen Berechnungsmodus für die CT-Steuerung bei PRT in einem Urteil vom 6. Mai 2009 bestätigt (Az.: 23 O 173/03).

IMPRESSUM

Herausgeber:

Dr. Timo Bender
b.e.imaging gmbh
Dr.-Rudolf-Eberle-Str. 8-10 · 76534 Baden-Baden

Redaktion:

Dr. med. Manfred Albring
(verantwortlich)

albring & albring
pharmaceutical relations GmbH
Warnauer Pfad 3 · 13503 Berlin

Layout:

Atelier für Gestaltung · Mike Göhringer
76530 Baden-Baden

Hinweis:

Der Inhalt des Informationsservices ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel in der in ihm behandelten Rechtsmaterie machen es jedoch notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. VISIONupdate® gibt nicht in jedem Fall die Meinung der b.e.imaging gmbh wieder.