VON HAUSARZT ZU HAUSARZT

Dr. Gerd W. Zimmermann

Facharzt für
Allgemeinmedizin
Kapellenstraße 9,
D-65719 Hofheim

Leitlinien für die ambulant-stationäre Kooperation

— Zur Beurteilung von Kooperationen zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern sollen sog. Clearingstellen eingerichtet werden. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Deutsche Krankenhausgesellschaft haben deshalb Leitlinien erarbeitet, die in die Arbeit dieser Clearingstellen einfließen sollen.

Die erste Fassung enthält eine Darstellung der wichtigsten und zum Teil seit Langem geübten Formen der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern nebst jeweiliger Bewertung und Darstellung der diesbezüglichen Rechtsprechung. Der Entwurf ist vom Berufsordnungsausschuss und den Ständigen Konferenzen der Rechtsberater der Ärztekammern und der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie im Nachgang von einer gemeinsam und zudem mit einem Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft besetzten Arbeitsgruppe beraten worden. Dabei ging es insbesondere um die Frage, ob vor- und nachstationäre Krankenhausleistungen in der Arztpraxis erbracht werden dürfen.

Als Ergebnis einvernehmlicher Beratungen in der Arbeitsgruppe wird mit diesem Arbeitspapier – abweichend von einem gemeinsamen Rundschreiben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 4. September 2009 – nunmehr der Standpunkt vertreten, dass eine derartige Form der Zusammenarbeit regelmäßig unzulässig ist.

MMW Kommentar

Künftig können nur solche Kooperationen als unkritisch angesehen werden, in denen der niedergelassene Arzt nicht nur von ihm eingewiesene Patienten nachbehandelt, sondern alle ihm vom Krankenhaus zur Nachbehandlung zugewiesenen Patienten. Unzulässig ist es im Regelfall, wenn der niedergelassene Arzt vor- oder nachstationäre Leistungen des Krankenhauses in seiner Praxis erbringt und dafür ein Entgelt vom Kran-

kenhaus erhält. Anders sieht es aus, wenn ein niedergelassener Arzt während eines stationären Aufenthaltes eines Patienten Leistungen für das Krankenhaus erbringt, weil dies nicht über die entsprechenden Einrichtungen verfügt. Hier können niedergelassene Ärzte ihre Vergütung sogar frei verhandeln und sind dabei nicht an die GOÄ gebunden (Urteil des Bundesgerichtshofes vom 12. November 2009, Az. III ZR 110/09).

Vorsorgeuntersuchungen viel zu wenig genutzt!

— 2008 haben nur rund 60% der 20- bis 40-jährigen Frauen eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung (Nr. 01730 EBM) und sogar nur 41% einen sog. Check-up (Nr. 01732 EBM) in Anspruch genommen. Bei den Männern sind die Werte noch schlechter: 11,8% der 45- bis 49-Jährigen nutzten 2008 das Angebot zur Krebsfrüherkennung (Nr. 01731 EBM), 42,5% ließen im Zweijahreszeitraum einen Check-up durchführen. Aktuelle Analysen des ZI (Zentralinstitut der KBV) zeigen, dass der Anteil der Präventionsleistungen am Gesamtleistungsbedarf bei Hausärzten mit 3,2% erschreckend niedrig angesiedelt ist. Besser machen es die Gynäkologen. Dort liegt der Anteil der Präventionsleistungen am Gesamthonorar bei 45%.

MMW Kommentar

Abgesehen von der medizinischen, gesundheitsökonomischen und auch volkswirtschaftlichen Bedeutung dieser defizitären Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen gibt es auch noch einen betriebswirtschaftlichen Aspekt. Präventionsleistungen gehören immer noch zu den wenigen extrabudgetär nach den Sätzen der Euro-Gebührenordnung vergüteten GKV-Leistungen. Zusammen mit dem neu eingeführten Hautkrebsscreening ergibt sich so bei einem rein präventiven Arzt-Patienten-Kontakt ein Honorar von 74,56 Euro bzw. 107,74 €, wenn noch ein kurativer Anlass hinzukommt. Mehr zum Thema S. 10.

Tabelle 1

Honorar für Präventionsleistungen

Datum	EBM	Leistungsbeschreibung	Euro
	03111	Versicherungspauschale (Alter 55 Jahre)	31,50
	32001	Wirtschaftlichkeitsbonus	1,68
	01731	Krebsvorsorge Mann	14,18
	01734	Test okkultes Blut im Stuhl	2,45
	01732	Check-up	30,98
	01746	Zulassung zu Hautkrebsscreening	16,80
	01740	Beratung präventive Koloskopie	10,15
	SUMME präventiv		74,56
	SUMME gesamt		107,74