

# VON HAUSARZT ZU HAUSARZT



**Dr. Gerd W. Zimmermann**

Facharzt für  
Allgemeinmedizin  
Kapellenstraße 9,  
D-65719 Hofheim

## Aufklärung auch, wenn der Patient Arzt ist

— Das Oberlandesgericht Braunschweig hat entschieden, dass auch Ärzte als Patienten durch Arztkollegen umfassend über die spezifischen Risiken einer Behandlung aufgeklärt werden müssen (Aktenzeichen: 1 U 29/09). Eine Aufklärungspflicht entfällt nur dann, wenn der jeweilige Patient aufgrund seines Vorwissens ein ausreichend genaues Bild von den Risiken einer bestimmten Behandlung hat, zum Beispiel aufgrund einer eigenen medizinischen Fachqualifikation im betreffenden Bereich.

### MMW Kommentar

*Im konkreten Fall hatte sich ein Kinderarzt wegen einer Rückenverletzung in die Behandlung eines Orthopäden begeben. Von diesem erhielt er eine Epiduralanalogie. Der Patient erlitt nach dem Eingriff eine Spondylodiscitis und Arachnoiditis, in deren Folge er berufsuntauglich wurde. Nach Auffassung der Richter hatte es der Orthopäde unterlassen, den Patienten darüber aufzuklären, dass diese Erkrankungen durch eine Infektion im Rahmen der Epiduralanalogie entstehen könnten. Auch wenn es sich hier um einen sehr speziellen Fall handelt, sollte dies Anlass sein, bei wirbelsäulennahen Behandlungsmaßnahmen die notwendige Vorabklärung nicht zu vergessen.*

## Langfristverordnung bei Heilmitteln: Weiterhin Vorsicht geboten!

— Seit dem 1. Juli 2011 gilt die geänderte Heilmittel-Richtlinie (HeilmRL) und damit auch der neue §8 Abs. 5 SGB V. Dieser sieht vor, dass die Krankenkassen bei Patienten mit besonders schweren und dauerhaften Erkrankungen eine Verordnung von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls langfristig (auch über ein Jahr hinaus) genehmigen können. Nach dem zu Jahresbeginn in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz sind diese genehmigten Behandlungen dann nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Da viele Fragen insbesondere zum Genehmigungsverfahren nicht geklärt sind, findet die neue Regelung zu langfristigen Heilmittelverordnungen bislang kaum Anwendung. Bezüglich der Umsetzung des §8 Abs. 5 ist aber nun eine Lösung in Sicht: Der Gesetzgeber hat mit dem Versorgungsstrukturgesetz den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, „das Nähere, insbesondere zu den Genehmigungsvoraussetzungen“ zu regeln (§32 Abs. 1a SGB V). Damit wird es bundesweit einheitliche Vorgaben zur Anwendung der neuen Regelung geben. Der G-BA wird seine Beratungen hierzu im Februar aufnehmen.

Für Vertragsärzte sind zuvor folgende Punkte wichtig: Es hat sich mit der überarbeiteten Heilmittel-Richtlinie nichts geändert. Eine Verordnung über eine langfristige Behandlung erfolgt unverändert wie eine Verordnung außerhalb des Regelfalls. Eine gesonderte, darüber hinausgehende Begründung ist nicht erforderlich. Das GKV-VStG regelt in §106 Abs. 2 SGB V, dass Verordnungen für Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf, die von der Krankenkasse genehmigt sind, nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Richtgrößen unterliegen. Doch Achtung: Erst bei Vorlage der entsprechenden Genehmi-

gung der Krankenkasse kann der Vertragsarzt davon ausgehen, dass er bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls (hier Langfristverordnungen) von der Regressbedrohung durch Richtgrößenprüfungen befreit ist.

### MMW Kommentar

*Keinesfalls sollten Vertragsärzte auf Hinweise von Heilmittelerbringer-Verbänden vertrauen, dass Vertragsärzte – unter Bezug auf das GKV-VStG – Langfristverordnungen ohne Regressangst ausstellen können. Es muss immer die Genehmigung der Krankenkasse vorliegen. Auch gibt es noch keinen neuen gültigen Fragen-Antworten-Katalog zu den geänderten Heilmittel-Richtlinien. Ein im Umlauf befindlicher Katalog, den der GKV-Spitzenverband erstellt hat, ist nicht mit der KBV abgestimmt. Er enthält für die Vertragsärzte fragwürdige und nachteilige Auslegungen der HeilmRL. Stattdessen gilt der zwischen GKV-Spitzenverband und KBV konsentrierte Fragen-Antworten-Katalog aus dem Jahr 2005 nach wie vor weiter.*

## Nr. 01436 EBM korrekt ansetzen

— Die Konsultationspauschale nach Nr. 01436 EBM ist auch von Hausärzten unter bestimmten Voraussetzungen berechnungsfähig. Obligater Leistungsinhalt ist der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt. So kann die Leistung z. B. bei einer Überweisung (gezielt, konsiliarisch oder zur Mit- und Weiterbehandlung) ausschließlich zur präoperativen Diagnostik nach Abschnitt 31.1 des EBM (Nrn. 31010–31013 EBM) neben dem entsprechenden Komplex be-