

VON HAUSARZT ZU HAUSARZT



Dr. Gerd W. Zimmermann

Facharzt für
Allgemeinmedizin
Kapellenstraße 9,
D-65719 Hofheim

Wer zahlt die Anwaltskosten?

— Nach einem Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Niedersachsen-Bremen vom 17. Oktober 2012 haben Vertragsärzte ein Anrecht auf Erstattung von Anwaltskosten in Vorverfahren. Das Gericht folgte damit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), das bereits klargestellt hatte, dass die Regelung zur Erstattung von Anwaltskosten im Vorverfahren (§63 Abs. 1 SGB X) auch auf die vertragsärztliche Versorgung angewandt werden kann (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 17. Oktober 2012, AZ: L 3 KA 2/12).

MMW Kommentar

Nach Auffassung der Richter sind die im Vorverfahren anfallenden Gebühren und Auslagen allerdings nur dann erstattungsfähig, wenn das Hinzuziehen eines Bevollmächtigten auch notwendig war und der Widerspruch erfolgreich ist. Auch richtet sich die Höhe der zu erstattenden Kosten nach den Bestimmungen des Rechtsanwaltsvergütungsgesetzes. Hier sei von einem 2,0-fachen Gebührensatz auszugehen. Da oft von Anwälten alternativ zu diesen Regelungen ein Stundenhonorar zugrunde gelegt wird, verbleibt deshalb ggf. doch eine Finanzierungslücke beim Widerspruchsführer. Beachtenswert ist auch, dass das LSG die Rechtsfragen der Zulassung oder Ermächtigung als schwierige Rechtsmaterie ansah. Inwieweit das Urteil auf Honorar- oder Arzneimittelregresse angewandt werden kann, bleibt deshalb offen.

Der neue Hausarzt-EBM – Renaissance der alten Hüte?

— Zum 1. Juli 2013 plant die KBV eine recht umfassende Reform des Hausarztkapitels im EBM. Die grundsätzliche Pauschalierung soll bleiben, aber das Leistungsspektrum soll differenzierter abgebildet werden können. Vorgesehen ist, die bisherige Versichertenpauschale in eine Grundpauschale (G), die nur noch die Praxiskosten (TL) beinhaltet und eine in fünf Altersklassen geteilte Versichertenpauschale (V) zu gliedern. Beide Abrechnungspositionen sollen dabei „automatisch“ von der KV zugesetzt werden.

Praxen, die spezielle Leistungen wie z.B. Akupunktur, diabetologische Leistungen oder Psychotherapie abrechnen, sollen nur die Hälfte dieser Grundpauschale G erhalten und auch den Chronikerzuschlags (C) nicht abrechnen können. Der Wert des Chronikerzuschlags wiederum soll künftig von der Anzahl der über ICD 10 kodierten chronischen Erkrankungen abhängen und

ebenfalls „automatisch“ von der KV zugeteilt werden. Bis zu diesem Punkt müssten Hausärzte folglich künftig überhaupt keine Leistungspositionen mehr auf dem Behandlungsausweis geltend machen. Eine Abrechnung wäre dann nur noch für z.T. neu geschaffene Einzelleistungen notwendig. Hier plant die KBV die Wiedereinführung der Abrechnung des Ruhe-EKG sowie die Neueinführung von Leistungspositionen für die ABI-Messung mittels Taschendoppler, für das ausführliche hausärztliche Gespräch sowie für die onkologische, palliativmedizinische und geriatrische Betreuung von Patienten. Darüber hinaus ist eine Neugestaltung bzw. Neubewertung der psychosomatischen Leistungen und der Hausbesuche vorgesehen.

MMW Kommentar

Die geplante Reform wird in erster Linie zu einer gewaltigen Umverteilung innerhalb der Hausärzte führen. Viele Elemente, die in der jüngsten Vergangenheit mühsam verhindert wurden, werden „durch die Hintertür“ wieder eingeführt. Viele Neuerungen sind auch keine, sondern das Wiederaufleben erst kürzlich mit der Reform 2008 abgeschaffter Elemente. Die Grundpauschale für die Praxiskosten gab es bereits als Nr. 03005 EBM und die differenzierte Altersklassenbewertung der Versichertenpauschale hat man in der Vergangenheit immer wieder fallengelassen, weil die Inanspruchnahmen im mittleren Altersbereich sehr nahe zusammen liegen. Hier sind deshalb zwar keine negativen Auswirkungen zu erwarten, die Frage ist allenfalls, was das soll?

Anders sieht es bei der Chronikerziffer aus. Die Zuteilung in Abhängigkeit von ICD-10-Codes ist eine verdeckte Renaissance der „Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR)“, und die Neugestaltung der Abrechnung der Einzelleistungen neutralisiert ebenfalls in ziemlich hinterlistiger Weise die gerade wiedergewonnene regionale Kompetenz in der Honorarverteilung. Sog. „Freie Leistungen“ innerhalb der Gesamtvergütung wird es dann nicht mehr geben.

Fraglich ist auch, ob das eigentliche Ziel dieser Reform, mehr Abrechnungspunkte für die einzelne Praxis zu ermöglichen, angesichts der Pläne der KBV zur Angleichung des Orientierungspunktwertes an den Kalkulationspunktwert, nicht völlig „ins Leere“ läuft.