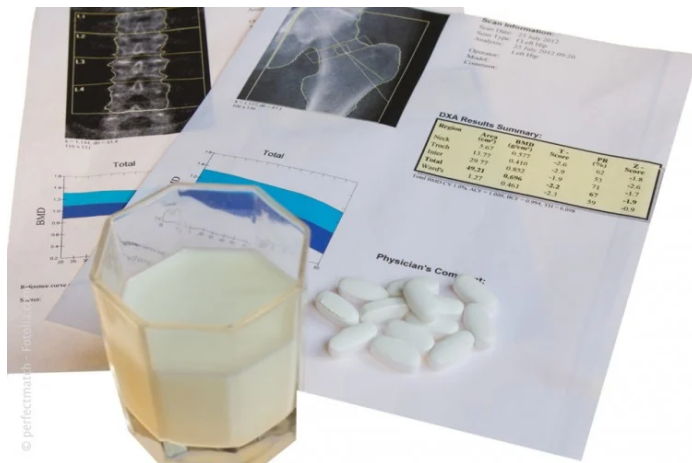


01.08.2014 IGeL

Osteodensitometrie mittels DXA als Kassenleistung nach GOP 34601 EBM

J. Heberer



Durch den Beschluss des G-BA vom 21.02.2013, der am 21.05.2013 in Kraft getreten ist, wurden die Indikationen für die Durchführung einer Knochendichtemessung mittels einer zentralen DXA zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erweitert. Zugelassen ist seit dem die Verordnung von Osteodensitometrie zu Lasten der GKV auch ohne Vorliegen einer Fraktur zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung. Dies bedeutet, dass seit 21.05.2013 GKV-Patienten einen Anspruch auf diese Leistung als Kassenleistung haben. Zur Erbringung und Abrechnung dieser Leistung ist eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich. Aufsehen und teilweises Unverständnis erregte sodann die Einführung dieser Leistung zum 01.01.2014 in den EBM unter der GOP 34601 unter den Ärzten, die eine solche Genehmigung besitzen, da hierin die Leistung nur noch mit EUR 16,31 bewertet wird.

Leistungsinhalt nach dem EBM

Der obligate Leistungsinhalt der GOP 34601 EBM lautet nun:

„Osteodensitometrische Untersuchung(en) am Schenkelhals und/oder an der LWS nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr.7 in der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung,

mittels einer zentralen DXA [Dual-Energy X-ray Absorption] Therapieentscheidung, wenn aufgrund konkreter Befunde eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose

Nummer 7 der Anlage I der G-BA-Richtlinie bestimmt, ist zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung Befunde, beispielsweise bei klinisch manifester Wirbelerkrankung, für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose. Eine Therapieentscheidung kann die Osteodensitometrie für eine Osteoporose aufgrund besonderer therapierelevanter anamnestischer Befunde geboten ist.

Vor Einführung dieser Regelung in den EBM konnte die Leistung nicht abrechnet werden. Eine kostendeckende Erstattung, die eine solche KV-Genehmigung besitzen, nicht mehr Konsequenzen für deren Praxen befürchten. Es stellt sich die Möglichkeit, diese Leistung gegenüber dem Kostenträger

Möglichkeit der Rückgabe der Genehmigung

Wenn der Vertragsarzt ein DXA-Gerät und die KV-Genehmigung die Leistungslegende erfüllt sind, muss er dem Patient die

Allein die Rückgabe der Genehmigung macht die Leistung nunmehr eine Privatleistung, denn sie bleibt weiterhin im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung. In jedem Fall die Hinweispflicht des Arztes ist und der Patient deshalb Anspruch hierauf als Kasse hat, sodann an einen anderen Arzt überweisen müsste, falls

Überdies ist aus Sicht des Verfassers die Rückgabe der Leistung zukünftig nur noch als Privatleistung den GKV-Patienten zu erbringen. Rechtsprechung des BSG ist ein Vertragsarzt nicht befugt, GKV-Versicherten einzuengen. Alle – der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringbaren – ärztlichen Leistungen seines Fachgebietes und Privatpatienten zu erbringen, wenn dafür medizinische Gründe vorliegen. Differenzierungsverbot.

Das BSG hat in seinen Grundsatzentscheidungen vom 12.12.2013 (B 12/13 R) ferner entschieden, dass ein Arzt, der an der Versorgung der GKV-Patienten zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrags GKV-Patienten zu seinem Fachgebiet gehören. Sofern die hier beschriebenen Leistungen des Fachgebiets des jeweiligen Arztes gehört, darf dies nicht anders umgangen werden.

Der Vertragsarzt darf nach dem BSG ebenfalls dem GKV beispielsweise aus Gründen der Kostenunterdeckung r Zuzahlung abhängig zu machen. Das BSG hat entschie einen Vertragsarzt nicht berechtigen, den Versicherten der vertragsärztlichen Versorgung zukommen zu lasse B 6 KA 54/00 R).

Es ist aus juristischer Sicht auch zwingend zu raten, vo Rechtsprechungsgrundsätze Abstand zu nehmen, da d sich nach Auffassung des Verfassers leider wohl auch c ist, die Kassenleistung aus finanziellen Gründen nicht auch wenn er die erforderliche Genehmigung zurückge

Im Übrigen sieht die Qualitätssicherungsvereinbarung oder die Rücknahme der Genehmigung durch die KV v Genehmigungsveraussetzungen wegfallen. Rein form: Vertragsarzt grundsätzlich nicht vorgesehen. Allerdings durchaus unterschiedlich. Einige KVen akzeptieren ein Rückgabe erst mit Zustellung eines schriftlichen Besch strikt ab mit dem Hinweis auf die obige BSG-Rechtspre

Aufgrund der differierenden Ansicht selbst unter den k diesem Sachverhalt kann jedoch nicht vorhergesagt w Rückgabe der Genehmigung entscheiden werden. Selb stellt sich ohnehin die Frage, ob dies überhaupt finanz Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärung und Überweisu Kassenleistung erbringt, bestünde.

Abrechnung als Selbstzahlerleistun

In den Fällen, in denen ein Vertragsarzt eine KV-Geneh Gründen, um diese zukünftig nur noch als Privatleistu zurückgibt, wäre dies nach obigen Ausführungen aus §

Die Privatliquidation ist somit den Ärzten, die eine ent besitzen, seit der Aufnahme der GOP 34601 in den EBM Abrechnung nach dem EBM verpflichtend ist, wenn säi

Hieraus folgt nach Meinung des Verfassers jedoch die , I Nr. 7 der Richtlinie des G-BA und bei Nichterfüllung d eine Privatliquidation trotz Vorliegens einer KV-Geneh Anforderungen des § 18 Abs. 8 Nr. 2 BMV-Ä erfüllt werd (beispielsweise die oben genannten medizinischen Voi vertragsärztliche Versorgung“) nicht erfüllt wird, der P verlangt, dass er auf eigene Kosten behandelt werden

Abrechnung der Knochendichtemessung als Privatleistung
Selbstverständlich ist der Patient zwingend wirtschaftlichen Voraussetzungen eine Leistungspflicht besteht und der Patient ohne Mehrkosten als GKV-Leistung erhalten kann.

In diesem Zusammenhang ist jedoch dringend darauf hinzuwirken, dass nach § 128 Abs. 5a SGB V ein Vertragsarzt Versicherte zur Inanspruchnahme der ihnen zustehenden Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichten kann, wenn er sich nicht an die vertragsärztliche Versorgung angeschlossen hat. Dies kann zu disziplinar- und zulassungsrechtlichen Sanktionen führen.

Ein weiterer zulässiger Weg könnte die Wahl der Kosten der Krankenkasse sein. Dies bedeutet jedoch, dass der Arzt die gesamte ärztliche Behandlung treffen muss, nicht nur die Knochendichtemessung, und wirtschaftlich aufgeklärt werden muss. Er erhält auch für die Knochendichtemessung von der Krankenkasse bezahlt.

Nach derzeitiger Auffassung des Verfassers ist eine Abrechnung der Osteodensitometrie gemäß Nr. 7 Anlage I Richtlinien nur den Vertragsärzten noch möglich, die noch nie eine Genehmigung besessen haben, wenn sie die Leistung beruflich genehmigt haben. Die Genehmigung muss aufgeklärt werden und die vorgenannten Voraussetzungen der wirtschaftlichen Aufklärung des Patienten vollumfänglich erfüllt sein. Die Rechtsprechung ist noch aus.

Empfehlung

Selbstverständlich ist dem Verfasser die Problematik der niedrigen EBM-Bewertung sehr gut verständlich und eine Genehmigung allein aus finanziellen Gründen zurückzulegen, kann aus juristischer Sicht dennoch abgelehnt werden. Insbesondere dann, wenn auch eine Genehmigung vorliegt. Auch von Versuchen zur Umgehung dieser Genehmigung ist abzuraten.

Nach derzeitiger Auffassung besteht somit wohl keine Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung der Osteodensitometrie. Die Voraussetzungen der Leistungslegende der GOP 34601 als Kassenleistung nach dem EBM ist somit in diesen Fällen nicht erfüllt.

Ein Ausnahmefall läge nach Meinung des Verfassers dann vor, wenn der Arzt die Leistung der GOP 34601 EBM i. V. m. Nr. 7 Anlage I der Richtlinie genehmigt hat. Allerdings muss er dann darüber aufgeklärt werden, dass eine Leistungspflicht besteht und diese Osteodensitometrie als Privatleistung erbracht werden kann.

Inwieweit die zukünftige sozialgerichtliche Rechtsprechung als zulässig bestätigt, kann derzeit leider nicht vorhergesagt werden.
Eine gesicherte Rechtsauskunft kann somit zum jetzigen Zeitpunkt nicht gegeben werden.

Kommentar

Die rechtliche Bewertung durch unseren Justiziar, Herr Dr. jur. Jörg Heberer, ist ein betriebswirtschaftliches Problem für diejenigen Kollegen, die dem GOÄ-Honorar als IGeL gerechnet haben. Diese Leistungen sind wie bei anderen Leistungen auch entbunden. Dies bindet das Bundessozialgericht jedoch nicht von der Verpflichtung, Leistungen anzubieten. Davon ausgenommen sind allerdings Leistungen außerhalb des Leistungsumfanges, z. B. wenn Patienten ohne triftigen Grund eine fünf-Jahresfrist wünschen sollten.

In weitaus größerem Umfang als die niedergelassenen Orthopäden. Von einzelnen orthopädischen Kollegen wird ein solches Verhalten provoziert. Der Ausgang solcher Sachverhalte sollte vorerst nur empfohlen werden, die rechtliche Beurteilung um nicht in die Gefahr disziplinarischer Maßnahmen zu geraten.

Dr. Peter Kalbe
Referatsleiter Niedergelassene Chirurgen im BDC

*Heberer J. Osteodensitometrie mittels DXA als Kassenleistung
2014 August; 4(08): Artikel 04_01.*

Autor des Artikels



Dr. jur. Jörg Heberer

Justiziar des BDC, Rechtsanwalt und Fachanwalt für
Medizinrecht
Rechtsanwaltskanzlei Dr. Heberer & Kollegen

[> kontaktieren](#)