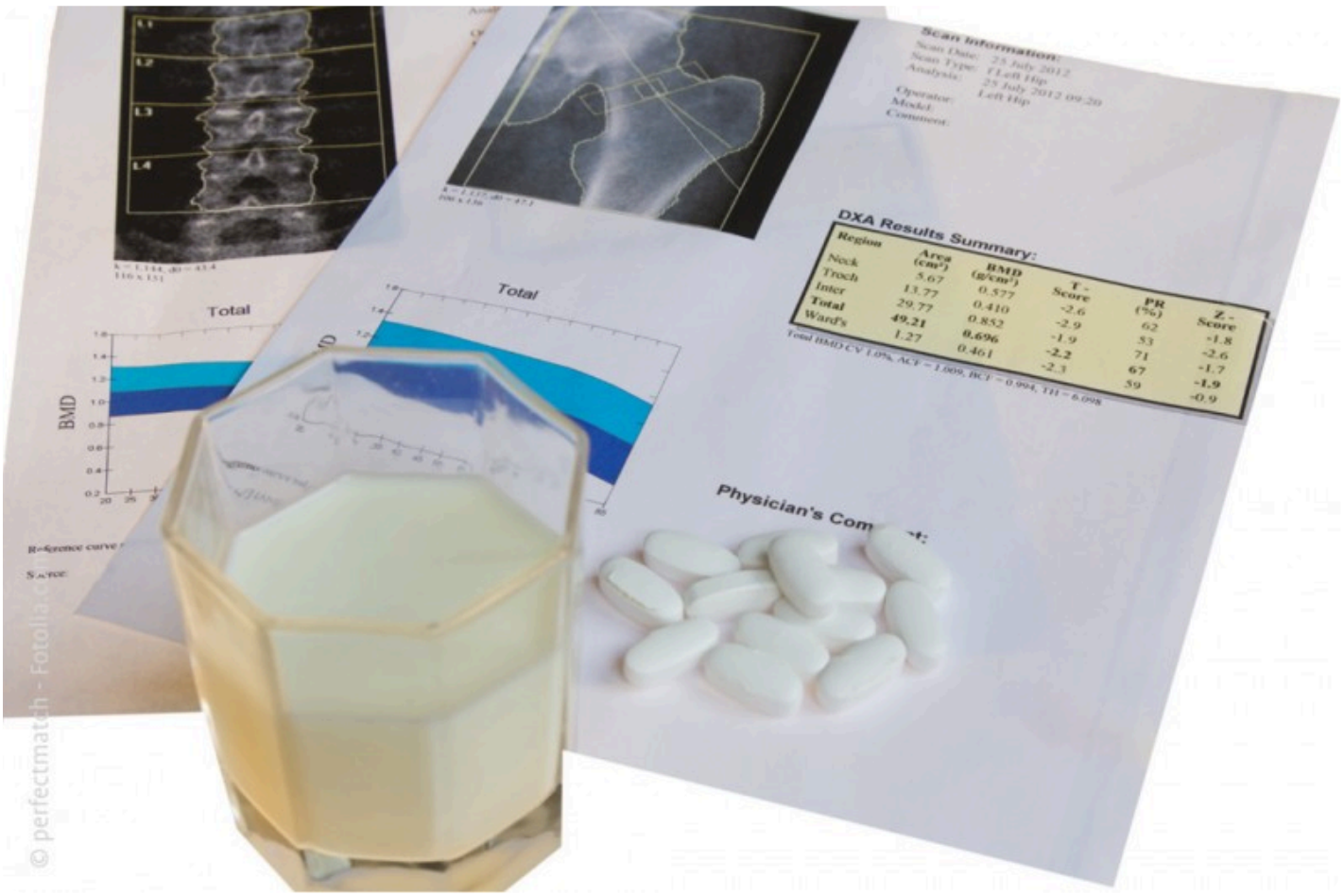
VERGÜTUNG 01.08.2014

Osteodensitometrie mittels DXA als Kassenleistung nach GOP 34601 EBM



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 Absorptiometrie]) zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung, wenn aufgrund konkreter anamnestischer und klinischer Befunde eine Absicht für*

eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht“.”

Nummer 7 der Anlage I der G-BA-Richtlinie bestimmt, dass die Leistung zu Lasten der GKV erbring- und abrechenbar ist zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung, wenn aufgrund konkreter anamnestischer und klinischer Befunde, beispielsweise bei klinisch manifester Wirbelkörper- oder Hüftfraktur ohne adäquates Trauma, eine Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht. Zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung kann die Osteodensitometrie frühestens nach 5 Jahren wiederholt werden, es sei denn, dass aufgrund besonderer therapierelevanter anamnestischer und klinischer Befunde eine frühere Osteodensitometrie geboten ist.

Vor Einführung dieser Regelung in den EBM konnte die Leistung nach der GOÄ und damit ein wesentlich höherer Betrag abgerechnet werden. Eine kostendeckende Erbringung dieser Leistung ist nach Auffassung der Vertragsärzte, die eine solche KV-Genehmigung besitzen, nicht mehr möglich, sodass diese erhebliche negative wirtschaftliche Konsequenzen für deren Praxen befürchten. Es stellt sich somit die Frage, ob es trotz der Aufnahme in den EBM noch eine Möglichkeit gibt, diese Leistung gegenüber dem Kassenpatienten privat nach der GOÄ zu liquidieren.

Möglichkeit der Rückgabe der Genehmigung

Wenn der Vertragsarzt ein DXA-Gerät und die KV-Genehmigung hierfür besitzt und die Voraussetzungen der Leistungslegende erfüllt sind, muss er dem Patient diese Leistung als Kassenleistung anbieten und abrechnen.

Allein die Rückgabe der Genehmigung macht die nunmehrige Osteodensitometrie mittels DXA auch nicht zur IGeL-Leistung oder zur Privatleistung, denn sie bleibt weiterhin eine EBM-Leistung. Es bestünde nach Meinung des Verfassers dann in jedem Fall die Hinweispflicht des Arztes gegenüber dem Patienten, dass dies eine Kassenleistung ist und der Patient deshalb Anspruch hierauf als Kassenleistung ohne Mehrkosten hat, weshalb er den Patienten sodann an einen anderen Arzt überweisen müsste, falls er selbst keine Genehmigung mehr besitzt.

Überdies ist aus Sicht des Verfassers die Rückgabe der DXA-Genehmigung allein aus finanziellen Gründen, um diese Leistung zukünftig nur noch als Privatleistung den GKV-Patienten anzubieten, rechtlich nicht zulässig. Denn nach der Rechtsprechung des BSG ist ein Vertragsarzt nicht befugt, sein Leistungsspektrum beliebig und einseitig gegenüber GKV-Versicherten einzuengen. Alle – der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnenden und im Rahmen seiner Praxis erbringbaren – ärztlichen Leistungen seines Fachgebiets hat der Vertragsarzt ohne Unterschied bei GKV-Versicherten und Privatpatienten zu erbringen, wenn dafür medizinischer Bedarf besteht. Dies nennt man das sog. Differenzierungsverbot.

Das BSG hat in seinen Grundsatzentscheidungen vom 14.03.2011 (Az.: B 6 KA 54/00 R, B 6 KA 36/00 R und B 6 KA 67/00 R) ferner entschieden, dass ein Arzt, der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, dazu verpflichtet ist, zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrags GKV-Patienten die wesentlichen Leistungen anzubieten, die typischerweise zu seinem Fachgebiet gehören. Sofern die hier beschriebene Leistung zu den wesentlichen und typischen Leistungen des Fachgebiets des jeweiligen Arztes gehört, darf diese Verpflichtung nach Ansicht des Verfassers auch nicht umgangen werden.

Der Vertragsarzt darf nach dem BSG ebenfalls dem GKV-Patienten eine GKV-Kernleistung nicht vorenthalten, um sie beispielsweise aus Gründen der Kostenunterdeckung nur als Privatbehandlung anzubieten oder sie von einer Zuzahlung abhängig zu machen. Das BSG hat entschieden, dass kein Zweifel daran besteht, dass finanzielle Aspekte einen Vertragsarzt nicht berechtigen, den Versicherten gesetzlich vorgesehene Leistungen nur außerhalb des Systems der vertragsärztlichen Versorgung zukommen zu lassen oder gänzlich zu verweigern (vgl. BSG, Urteil vom 14.03.2001, B 6 KA 54/00 R).

Es ist aus juristischer Sicht auch zwingend zu raten, von Konstruktionen zur Umgehung dieser Rechtsprechungsgrundsätze Abstand zu nehmen, da dies schlichtweg unzulässig wäre. Die BSG-Rechtsprechung lässt sich nach Auffassung des Verfassers leider wohl auch dahingehend interpretieren, dass es dem Vertragsarzt untersagt ist, die Kassenleistung aus finanziellen Gründen nicht mehr anzubieten bzw. nur noch die Privatleistung anzubieten, auch wenn er die erforderliche Genehmigung zurückgeben konnte.

Im Übrigen sieht die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie selbst nur den Widerruf oder die Rücknahme der Genehmigung durch die KV vor, wenn die fachlichen oder apparativen Genehmigungsvoraussetzungen wegfallen. Rein formal ist somit die schlichte Rückgabe der Genehmigung durch den Vertragsarzt grundsätzlich nicht vorgesehen. Allerdings ist die Handhabung in den Kassenärztlichen Vereinigungen durchaus unterschiedlich. Einige KVen akzeptieren einen Antrag auf Rückgabe durch den Vertragsarzt, wobei die Rückgabe erst mit Zustellung eines schriftlichen Bescheids rechtswirksam wird. Andere KVen lehnen eine Rückgabe strikt ab mit dem Hinweis auf die obige BSG-Rechtsprechung.

Aufgrund der differierenden Ansicht selbst unter den KVen sowie der bislang fehlenden Rechtsprechung konkret zu diesem Sachverhalt kann jedoch nicht vorhergesagt werden, wie die Sozialgerichte zukünftig über die Zulässigkeit der Rückgabe der Genehmigung entscheiden werden. Selbst wenn eine Rückgabe als zulässig bestätigt werden würde, stellt sich ohnehin die Frage, ob dies überhaupt finanzielle Vorteile für den Vertragsarzt bringt, da in jedem Fall die Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärung und Überweisung an einen anderen Vertragsarzt, der die Leistung als Kassenleistung erbringt, bestünde.

Abrechnung als Selbstzahlerleistung

In den Fällen, in denen ein Vertragsarzt eine KV-Genehmigung inne hatte und diese nun allein aus finanziellen Gründen, um diese zukünftig nur noch als Privatleistung (Selbstzahlerleistung) den GKV-Patienten anzubieten, zurückgibt, wäre dies nach obigen Ausführungen aus Sicht des Verfassers rechtlich nicht zulässig.

Die Privatliquidation ist somit den Ärzten, die eine entsprechende Genehmigung zur Osteodensitometrie mittels DXA besitzen, seit der Aufnahme der GOP 34601 in den EBM aus Sicht des Verfassers grundsätzlich verwehrt, da die Abrechnung nach dem EBM verpflichtend ist, wenn sämtliche Voraussetzungen der Leistungslegende erfüllt werden.

Hieraus folgt nach Meinung des Verfassers jedoch die Ausnahme, dass bei Nichterfüllung der Vorgaben gemäß Anlage I Nr. 7 der Richtlinie des G-BA und bei Nichterfüllung der Leistungslegende der GOP 34601 EBM im konkreten Einzelfall eine Privatliquidation trotz Vorliegens einer KV-Genehmigung zulässig sein müsste, wenn zusätzlich die Anforderungen des § 18 Abs. 8 Nr. 2 BMV-Ä erfüllt werden. Sofern folglich der Leistungsinhalt

der GOP 34601 EBM (beispielsweise die oben genannten medizinischen Voraussetzungen gemäß Nr. 7 Anlage I der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“) nicht erfüllt wird, der Patient aber dennoch vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, dass er auf eigene Kosten behandelt werden möchte und dies dem Arzt schriftlich bestätigt, käme die Abrechnung der Knochendichtemessung als Privatleistung für den Vertragsarzt mit KV-Genehmigung in Betracht. Selbstverständlich ist der Patient zwingend wirtschaftlich aufzuklären, dass unter den im EBM genannten Voraussetzungen eine Leistungspflicht besteht und der Patient diese Leistung bei einem anderen Vertragsarzt auch ohne Mehrkosten als GKV-Leistung erhalten kann.

In diesem Zusammenhang ist jedoch dringend darauf hinzuweisen, dass sowohl nach dem BMV-Ä, als auch gemäß § 128 Abs. 5a SGB V ein Vertragsarzt Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung anstelle der ihnen zustehenden Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung nicht beeinflussen darf. Ein Verstoß hiergegen kann zu disziplinar- und zulassungsrechtlichen Sanktionen führen.

Ein weiterer zulässiger Weg könnte die Wahl der Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 SGB V des Patienten gegenüber der Krankenkasse sein. Dies bedeutet jedoch, dass er diese Wahlentscheidung für ein ganzes Quartal und auch für die gesamte ärztliche Behandlung treffen muss, nicht nur für die Osteodensitometrie und der Patient entsprechend wirtschaftlich aufgeklärt werden muss. Er erhält auch nur eine Erstattung in Höhe der Kassenleistung, den Rest muss er selbst bezahlen.

Nach derzeitiger Auffassung des Verfassers ist eine Abrechnung als Selbstzahlerleistung gemäß § 18 Abs. 8 Nr. 2 BMV-Ä der Osteodensitometrie gemäß Nr. 7 Anlage I Richtline „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ wohl am ehesten nur den Vertragsärzten noch möglich, die noch nie eine KV-Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung dieser Leistung besessen haben, wenn sie die Leistung berufsrechtlich erbringen dürfen, der Patient über die fehlende Genehmigung aufgeklärt wird und die vorgenannten Voraussetzungen des § 18 Abs. 8 Nr. 2 BMV-Ä nebst wirtschaftlicher Aufklärung des Patienten vollumfänglich erfüllt werden. Allerdings steht auch hier eine Klärung durch die Rechtsprechung noch aus.

Empfehlung

Selbstverständlich ist dem Verfasser die Problematik der nicht kostendeckenden Leistungserbringung aufgrund der niedrigen EBM-Bewertung sehr gut verständlich und nachvollziehbar. Den Vertragsärzten, die überlegen, ihre Genehmigung allein aus finanziellen Gründen zurückzugeben bzw. die Kassenleistung aus finanziellen Gründen nicht mehr anzubieten, kann aus juristischer Sicht dennoch im Hinblick auf die BSG-Rechtsprechung von diesem Vorhaben nur abgeraten werden. Insbesondere dann, wenn auch die jeweils zuständige KV eine Rückgabe der Genehmigung ablehnt. Auch von Versuchen zur Umgehung dieser Grundsätze ist abzuraten.

Nach derzeitiger Auffassung besteht somit wohl keine Möglichkeit für den Vertragsarzt, der die entsprechende KV-Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung der Osteodensitometrie mittels DXA besitzt, im Falle der Erfüllung der Voraussetzungen der Leistungslegende der GOP 34601 EBM diese als Privatleistung zu liquidieren. Eine Abrechnung als Kassenleistung nach dem EBM ist somit in diesen Fällen grundsätzlich verpflichtend.

Ein Ausnahmefall läge nach Meinung des Verfassers dann vor, wenn gerade die Voraussetzungen der Leistungslegende der GOP 34601 EBM i. V. m. Nr. 7 Anlage I der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ nicht erfüllt werden. Allerdings muss er dann darüber aufgeklärt werden, dass unter den im EBM genannten Voraussetzungen eine Leistungspflicht besteht und diese Osteodensitometrie mittels DXA bei einem anderen Vertragsarzt auch ohne Mehrkosten als GKV-Leistung erbracht werden kann.

Inwieweit die zukünftige sozialgerichtliche Rechtsprechung hiervon Ausnahmen oder die Rückgabe der Genehmigung als zulässig bestätigt, kann derzeit leider nicht vorhergesagt werden, sodass diese Entwicklung abzuwarten bleibt. Eine gesicherte Rechtsauskunft kann somit zum jetzigen Zeitpunkt nicht erteilt werden.

Kommentar

Die rechtliche Bewertung durch unseren Justiziar, Herrn Dr. Heberer, ist eindeutig. Daraus ergibt sich ein großes betriebswirtschaftliches Problem für diejenigen Kollegen, die in ein DXA-Gerät investiert und zur Refinanzierung mit dem GOÄ-Honorar als IGeL gerechnet haben. Diese Leistung kann somit nicht mehr kostendeckend erbracht werden. Wie bei anderen Leistungen auch entbindet dies den Vertragsarzt gemäß der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts jedoch nicht von der Verpflichtung, Kernleistungen des Fachs trotzdem als Kassenleistung anzubieten. Davon ausgenommen sind allerdings Leistungen außerhalb des in den GBA-Richtlinien festgelegten Leistungsumfangs, z. B. wenn Patienten ohne triftigen Grund eine Wiederholung der DXA-Messung vor Ablauf der fünf-Jahresfrist wünschen sollten.

In weitaus größerem Umfang als die niedergelassenen Chirurgen trifft dieses Problem die Fachgruppe der Orthopäden. Von einzelnen orthopädischen Kollegen verlautete, dass sie eine sozialgerichtliche Klärung des Sachverhalts provozieren wollten. Der Ausgang solcher Verfahren bleibt abzuwarten. Vonseiten des BDC kann daher vorerst nur empfohlen werden, die rechtliche Beurteilung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung einzuholen, um nicht in die Gefahr disziplinarischer Maßnahmen wegen des Verstoßes gegen vertragsärztliche Pflichten zu geraten.

Dr. Peter Kalbe
Referatsleiter Niedergelassene Chirurgen im BDC

Heberer J. Osteodensitometrie mittels DXA als Kassenleistung nach GOP 34601 EBM. Passion Chirurgie. 2014 August; 4(08): Artikel 04_01.