

BDA

Berufsverband Deutscher Anästhesisten

Ambulante Anästhesie Aktuell

Referat für den vertragsärztlichen Bereich:

Elmar Mertens

Trierer Straße 766 – 52078 Aachen

Telefon: 0241 – 4 01 85 33 Telefax: 0241 – 4 01 85 34

e-Mail: bda-mertens@t-online.de ww.bda.de

**Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,**

zum Jahresende möchte ich Ihnen nochmal die aktuellen berufspolitischen Entwicklungen nahe bringen, damit Sie gut informiert in das Jahr 2013 kommen:

Wegfall Praxisgebühr

Ab Januar fällt die Praxisgebühr ersatzlos weg. Damit wird für Praxen, MVZs und für Krankenhausambulanzen endlich eine erhebliche bürokratische Belastung wegfallen.

Eine (vorausgesetzte) Steuerungsfunktion hatte sich ja nie ergeben und scheint derzeit auch nicht erforderlich, da die Einnahmeverluste der Krankenkassen derzeit wegen wohlgefüllter Kassen verschmerzbar sind. Allerdings muss befürchtet werden, dass ggf. in schlechteren Zeiten demnächst erneut über andere Steuerungsinstrumente (z. B. Primärarztssystem) nachgedacht wird.

Für die ambulante vertragsärztliche Anästhesie bedeutet dies, dass sich zunächst am Patientenzugang nichts ändert, außer dass beim Anlegen eines Primärscheines eben nicht mehr die Praxisgebühr eingezogen werden muss. Bitte bedenken Sie dabei, dass Sie bei einem Primärschein die volle Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit Ihres Tuns tragen, während bei einer Überweisung der Überweisende eine Mitverantwortung hat.

Patientenrechtegesetz

Sicherlich haben Sie die öffentliche Diskussion über dieses neue Gesetz, welches Bestandteil des BGB werden soll, mitbekommen. Wann es in Kraft tritt, ist nicht genau abzusehen. Im Januar 2013 erhalten Sie den nächsten Jus-Letter des BDA, in dem das

Gesetz ausführlich dargestellt wird. Nicht ganz unproblematisch wird die Vorschrift sein, dass jedem Patienten unaufgefordert sämtliche Unterlagen, die er im Rahmen der Aufklärung unterzeichnet hat, in Kopie mitzugeben sind. Wenn Sie die bewährten Aufklärungsbögen weiterhin benutzen wollen, sollten Sie rechtzeitig über entsprechende Kopier-Kapazitäten nachdenken.

Religiös bedingte Beschneidung

Die in der Öffentlichkeit sehr emotional diskutierte Frage, ob bzw. unter welchen Umständen eine religiös motivierte Beschneidung in Deutschland rechtlich zulässig ist, soll in einem „Schnellverfahren“ gesetzlich geregelt werden. Aber Vorsicht! Bisher gibt es keine Rechtskraft für eine neue Regelung! Es gelten weiterhin die bereits im Deutschen Ärzteblatt August 2008 ausführlich dargestellten rechtlichen Rahmenbedingungen. Ehe nicht klar ist, ob und wann die Neuregelung rechtsverbindlich ist, sollten Sie sich diesbezüglich zurückhalten, allein schon weil Sie bei einem rechtswidrigen Eingriff (bzw. der Beihilfe dazu) nicht haftpflichtversichert sind. Nach Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens muss ggf. obendrein damit gerechnet werden, dass in welcher Weise auch immer in dieser Sache das Bundesverfassungsgericht angerufen werden wird, sowie an vielen Stellen angekündigt. Wer da allerdings überhaupt beim Verfassungsgericht eine Klagebefugnis hat bzw. ob eine solche Klage zur Entscheidung angenommen wird, muss abgewartet werden. Hierüber werden wir dann informieren.

Bedarfsplanung

Heute, am 20. Dezember 2012 wird im Plenum des GemBa die neue Bedarfsplanungsrichtlinie verabschiedet, die ggf. dann schon ab Januar 2013 rechtsverbindlich werden wird. Da bisher keine Alternativen zum Entwurf der KBV bekannt sind und die Mehrheitsverhältnisse schon klar sind, ist davon auszugehen, dass dieser umgesetzt werden wird. Hierüber wurde ja bereits mehrfach berichtet. Sobald belastbare Informationen vorliegen, wird dies zeitnah berichtet. Grundsätzlich sollten Sie alle zulassungsrechtlichen Aktionen auch in Zukunft langfristig genug planen, um sich ausführlich beraten lassen zu können. Eine unbedachte Willenserklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss ohne ausreichende Sachkenntnis kann fatale Folgen haben.

Weiterentwicklung EBM

Die KBV-VV hat am 07.12.2012 beschlossen, in einem ersten Schritt zur Weiterentwicklung des EBM für Hausärzte und bestimmte Facharztgruppen eine „Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung“ (PFG) einzuführen. Hintergrund ist die immer schlechter werdende Honorierung nicht besonders spezialisierter Ärzte, auch im Facharztbereich, wie z. B. konservativ tätige Augenärzte. Da die Angelegenheit zunächst mal für die Krankenkassen kostenneutral sein wird, werden sie dem im Bewertungsausschuss wohl zustimmen. Dieser innerärztliche Umverteilungsmechanismus war bei den Delegierten nicht unumstritten. Dennoch hat die Mehrheit Köhler nicht im Regen stehen lassen und der PFG mehrheitlich zugestimmt.

Zum Umverteilungsmechanismus: Nach dem Vorwegabzug und nach Trennung HA/FA (die Psychos sind ja gottlob jetzt außen vor) wird im gemeinsamen FA-Topf ein weiterer Vorwegabzug gebildet. Dieser wird aus sämtlichen FA-Gruppen alimentiert, wodurch in alle FA-Gruppen zunächst der Fachgruppentopf sinkt. Diese Alimentation wird unserer

Fachgruppe nach den Beschlüssen vom Freitag in der Bilanz 2,2% des Fachgruppentopfes kosten.

Aus dem Vorwegabzug im FA-Topf fließt jetzt das Geld für die Ärzte und Behandlungsfälle zurück, die als „Grundversorgung“ definiert sind. Warum habe ich mich bei der KBV nicht dagegen ausgesprochen, dass wir als Anästhesisten „fachärztliche Grundversorger“ werden? Wenn man sich die Liste der Gruppen, die nicht Grundversorger sein sollen, anschaut ist perspektivisch dankbar, später einmal den Zugang zu diesen Gruppen in irgendeiner Weise zu reglementieren (z. B. Überweisungsabhängigkeit). Das möchte ich für die Anästhesie vermeiden.

Für eine Praxis, die (auch) Palliativmedizin macht, kann man die PFG sicher gut gebrauchen, sie wird immerhin nach den bisherigen Berechnungen 11,15 € bringen.

Ferner weiß man nicht, ob nicht in Zukunft an die PFG im EBM noch irgendetwas anderes angekoppelt wird, was uns nützen könnte.

Für die wenigen Kolleginnen und Kollegen bzw. die Behandlungsfälle, die in Zukunft eine PFG auslösen, was automatisch geschehen soll, mag das ganz nett sein, ich sehe dafür aber ehrlich gesagt, in Großen und Ganzen keinen ernstzunehmenden Bedarf: In 2011 wäre die PFG unter den jetzt festgelegten Bedingungen bei 238.602 Patienten ausgelöst worden. Das müssten Fälle sein, in denen praktisch ausschließlich die Grundpauschale ausgelöst wurde, also z. B. Schmerz- oder Palliativpatienten, wenn der Arzt keine Qualifikation zur Abrechnung der Ziffer 30700 hat und bei denen auch keine Leistungen nach 30.7.2 oder 30.7.3 erbracht werden. Deshalb hat mich die Zahl etwas erstaunt, es kann aber auch sein, dass die Fälle sind, bei denen Schmerztherapeuten wegen Überschreitung der Höchstzahl bei der 30700 nur die Grundpauschale abgerechnet haben. Ferner dürften sich in dieser Zahl auch viele Fälle verbergen, bei denen wegen Teilnahme an Selektivverträgen nur die Grundpauschale (z. B. wg. Sprechstundenbedarf) ausgelöst wird. Ob das unter „Grundversorgung“ fällt, ist mehr als zweifelhaft.

Punktvolumendeflation

Die Beschlusslage der KBV VV ist ferner, mit den Krankenkassen eine „Punktvolumendeflation“ zu verhandeln. Der Punktwert soll bei gleicher €-Bewertung der Einzelleistung in € von 3,5 Ct auf 5,11 Ct angehoben werden. Dies würde zu einer deutlich geringeren Punktebewertung der Leistungen führen. Gleichzeitig würden in diesem Fall auch die Kalkulations- und Plausibilitätszeiten sinken. Dadurch würde für viele Kolleginnen und Kollegen das Problem mit der Überschreitung der Plausizeiten entfallen. Da sich zunächst beim Geld nichts ändert, ist dies ein reiner Taschenspielertrick, den man aber durchaus mitgehen kann, da sich dadurch einige andere Probleme lösen lassen.

Kooperation Krankenhaus

Die Kooperationsmöglichkeiten haben sich erweitert, dies wurde ja bereits kommuniziert. Derzeit wird an mehreren Orten drüber gestritten, ob das Krankenhaus nur im „Mutterhaus“ Ambulantes Operieren betreiben darf oder auch z. B. ein OP-Zentrum z. B. im eigenen MVZ oder unter freiberuflicher Leitung nutzen darf.

Hierzu wurde im Diskussionsforum eine Formulierungshilfe eingestellt, die Sie dort unter „Konsiliar-/Honorarzttätigkeit“ abrufen bzw. weiter ausdiskutieren können.

Aufbereitung Sterilgut /Begehung durch Behörden

Die Anforderungen an die Sterilgutaufbereitung werden immer höher (siehe auch Dt. Ärzteblatt 51-52/2012) und die Kontrollen nehmen weiter zu. Es wurden bereits mehrere Einrichtungen (befristet) stillgelegt. Dabei widersprechen sich inhaltlich des Öfteren die voneinander unabhängig agierenden Kontrollbehörden. Sie sollten sich über die Kontrollmöglichkeiten und die rechtlichen Rahmenbedingungen unbedingt informieren, da auch unangemeldet eines Tages bei Ihnen oder einem Ihrer Operateure eine Begehung stattfinden kann. Hierzu hat die KBV eine gute Übersicht erarbeitet: „Überwachungen und Begehungen von Arztpraxen durch Behörden“ Diesen Überblick finden Sie in der Anlage auf der Homepage. Ferner gibt es im Deutschen Ärzte-Verlag ein aktuelles Heftchen: Regelungen zum ambulanten Operieren (ISBN 978-3-7691-3507-7).

Nebenbei: Honorarausfälle durch behördliche Schließungen sind über unsere Berufsunterbrechungsversicherung abzusichern. Zuständig ist Frau Ass. Jur. Weis (Versicherungsreferat des BDA) in der Geschäftsstelle in Nürnberg.

Presse Zwischenfälle

Die pressewirksamen Aufarbeitungen „unserer“ Zwischenfälle gehen immer weiter und werden wohl auch so bald nicht aufhören. Dabei versucht der BDA durch sachliche Argumentation den Ball flach zu halten. Leider gelingt dies nicht immer, da wir mit einer sachlichen Darstellung keine Sensationen zu bieten haben und deshalb häufig nicht zitiert werden. Umso besser ist es, wenn sich unsere Mitglieder die Mühe machen, hier selber aktiv zu werden und Stellungnahmen abgeben. Wie weit diese dann veröffentlicht werden, steht auf einem anderen Blatt. Den letzten Beitrag aus Spiegel-Online und zwei Reaktionen darauf finden Sie in der Anlage auf der Homepage.

Ich wünsche Ihnen und Ihren Familien ein frohes Weihnachtsfest, einen guten Rutsch und viel beruflichen Erfolg im kommenden Jahr.

Elmar Mertens