

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

www.bda.de

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

vor der Sommerpause möchte ich Sie über anstehende Veränderungen im Honorarbereich und sonstige Entwicklungen informieren:

Die Honorarverhandlungen für 2013 in den einzelnen KVen bringen, teils auch über Schiedsamsentscheidungen in einigen Regionen erhebliche Steigerungen der Gesamtvergütungen. An den vorhandenen extrabudgetären Zuordnungen ändert sich bundesweit nichts.

Der EBM wird in mehreren Schritten an mehreren Stellen verändert. Die Änderungen zum 01.07.2013 betreffen unsere Fachgruppe nicht. Die ab dem 01. Oktober schon. Das Ganze hat auch mit Veröffentlichung im Ärzteblatt vom 22. Juli 2013 Rechtskraft.

Anpassung Orientierungspunktwert

Ab dem 1. Oktober beträgt der Punktwert 0,10 € Das bedeutet aber nicht, dass es damit mehr Geld gibt, sondern die Punktzahl für die einzelnen Leistungen wird entsprechend abgesenkt. Die Anpassung der Kalkulationszeiten und Neujustierung des STABS soll in 2014 erfolgen. Das ist so die Beschlusslage des Bewertungsausschusses. Alle uns betreffenden Ziffern und ihr Leistungsinhalt bleiben zunächst gleich.

Einführung einer Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG)

Ebenfalls zum 01. Oktober 2013 wird die PFG (neue Ziffer für uns 05220) eingeführt. Auch die Anästhesisten zählen zu den „Grundversorgern“. Damit sind alle Behandlungsfälle gemeint, in denen der Anästhesist ausschließlich eine der drei Grundpauschalen abrechnet. Der BDA war der Auffassung, dass auch die Präoperative Untersuchung nach 05310 Grundversorgung ist und konnte auch die KBV davon überzeugen. Leider haben die Krankenkassen im Bewertungsausschuss dies nicht mitgemacht. Die PFG für Anästhesisten wird 7,00€ (= 70 Punkte) bringen und soll auf längere Sicht extrabudgetär sein. Das System, aus dem die PFG finanziert wird, soll hier nicht weiter erläutert werden, jedenfalls fließen aus den ca. 339 Mio. € 1,6 Mio. an uns, was einer Verbesserung innerhalb der MGV von 1,2 % entspricht. Die Finanzierung erfolgt nicht über Umverteilungen innerhalb oder unter den Fachgruppen. D. h. die Bewertungen z. B. der Grundpauschalen bleiben gleich, das war ursprünglich anders vorgesehen.

EBM: Intravitreale Injektionen (IVI)

Der Versuch, die IVIs in den EBM aufzunehmen, ist zunächst gescheitert, da die KVs nicht bereit sind, dafür zusätzliches Geld zur Verfügung zu stellen. Das Konzept des GemBa und der KBV sieht vor, diesen Eingriff ins Kapitel 32.2 (mit OPS) aufzunehmen. Der BDA hat deshalb bei der KBV angeregt, für evtl. Anästhesieleistungen in diesem Rahmen ebenfalls im Kapitel 31 eine Ziffer zu schaffen. Darauf kam die Antwort, dass man dies nicht für notwendig halte, dies sähen auch die

Augenärzte so und ggf. die Ziffer 05340 zur Verfügung stände. Daraufhin haben wir nochmal interveniert, da es nicht einzusehen ist, dass für eine Fachgruppe eine neue extrabudgetäre Leistung eingerichtet wird und dadurch für eine andere Fachgruppe Leistungen unter der Deckelung (u. a. im RLV) ausgelöst werden. In jedem Fall wird sich hier frühestens im Oktober etwas bewegen.

EBM: Katarakt-Chirurgie

Wegen der langen Plausibilitätszeiten der Ziffer 31822 im Rahmen der Katarakt-Chirurgie entstehen bei vielen Kolleginnen und Kollegen, die sehr arbeitsame Ophthalmochirurgen haben automatisch Aufgreifkriterien für Prüfverfahren. Teilweise gibt es auch schon katastrophale Regress-Bescheide. Die routinemäßige Durchführung und Abrechnung von Vollnarkosen zur Kataraktchirurgie wird sich auf Dauer nicht durchhalten lassen: Leider stellt sich immer wieder heraus, dass die an eine „Kombinationsnarkose“ gemäß EBM zu stellenden Anforderungen nicht erfüllt bzw. dokumentiert sind, so dass schnell der Vorwurf des Abrechnungsbetruges erhoben wird. Auch die Abgrenzung zwischen Narkose und Analgosedierung ist oft nicht rechtssicher hinzubekommen. Aus diesen und weiteren Gründen hat die KONA die Entwicklung einer übergreifenden Anästhesie-Pauschale im Rahmen der Katarakt-Chirurgie als Vorschlag an den Bewertungsausschuss beschlossen. Hierunter sollen vom Stand-By über die Analgosedierung bis zur Kombinationsnarkose sämtliche Verfahren zu einer Ziffer und einer Bewertung zusammengefasst werden. Diese Bewertung soll eine Mischkalkulation aus den bisherigen drei Bewertungen werden. Geplant ist mit der KBV die Umsetzung in der EBM-Reform in 2014.

EBM-Reform 2014

Die Überarbeitung des EBM wird im Herbst beginnen. Die KONA hat bereits einen „Wunschzettel“ zusammengestellt, welche Ergänzungen bzw. Änderungen wir bei der KBV einbringen wollen. Sämtliche Mitglieder sind zusätzlich aufgefordert, Wünsche und Anregungen für diesen neuen EBM einzubringen. Meldungen bitte an: bda-mertens@t-online.de Gern können hierzu auch spezielle Diskussionen im Forum begonnen werden.

Für die „Neujustierung“ der Leistungsbewertungen der einzelnen Fachgruppen sollen die Leistungsanforderungen der kommenden vier Quartale ausgewertet und für eine Neubewertung zu Grunde gelegt werden. D. h. jede nicht abgerechnete Leistung (z. B. wegen Frust über RLV) würde unserer Fachgruppe dann in 2014 als Basis der Berechnung fehlen. Daher hier nochmal die Aufforderung zur korrekten und vollständigen Abrechnung.

05310

Der Streit um die richtige Auslegung des EBM bei der Ziffer 05310 schwelt immer noch: Der seinerzeit vom BDA empfohlene Versuch, über die Abrechnung dieser Ziffer auch im Zusammenhang mit Narkosen des Kapitels 5 in Sozialgerichtsverfahren den Unsinn der Regelung im EBM ggf. durch das BSG korrigieren zu lassen, muss als gescheitert angesehen werden. Wir haben sämtliche Sozialgerichtsverfahren verloren. Diese Information ist nun auch in die KVen vorgedrungen, die bisher vorbei an den EBM-Bestimmungen klaglos gezahlt hatten. Durch die Intervention der KK musste jetzt auch die KV Bayern ihre Praxis ändern und hat die in einem Schreiben vom 26.06.2013 alle betroffenen Anästhesisten in Bayern informiert. Dieses Schreiben wurde vorher dem BDA zum Gegenlesen zur Verfügung gestellt und wir kamen nicht umhin, die Richtigkeit der EBM-Auslegung zu bestätigen. Allerdings sind wir nicht der Auffassung, dass es wie dort angekündigt, zu Regressen ab 1/2011 kommen darf, zu mindestens in den Fällen, in denen gemäß der Empfehlung der KV Bayern von 2010 eine OPS aufgeführt wurde. Sollten Regressbescheide auftauchen, bitte umgehend melden, damit wir gemeinsam eine Widerspruchsbeurteilung ausformulieren können.

Zuschlag für erhöhten Hygieneaufwand

Der Gesetzgeber stellt für den sich immer mehr erhöhenden Hygieneaufwand in den Krankenhäusern Geld bereit. Die steigenden Hygieneansprüche treffen jedoch auch die Vertragsärzte und hier besonders das ambulante Operieren. Deshalb verhandelt die KBV über einen Zuschlag Hygiene. Der BDA hat gegenüber der KBV klargestellt, dass ein solcher Zuschlag jeweils über die Abrechnung an den Betreiber der Einrichtung, der für den Hygieneaufwand aufzukommen hat, fließen sollte. Da gibt es derzeit sowohl mit den Operateuren als auch mit der KBV noch Diskussionsbedarf.

ZIPP

Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) startet jetzt die nächste Erhebung. Aus den bisherigen Erhebungen sind dort noch keine wirklich validen Daten für unsere Fachgruppe entstanden, das liegt auch an der Inhomogenität unserer Fachgruppe. Dennoch bitten wir alle Kolleginnen und Kollegen, die vom ZI erfasst sind, die Daten abzugeben. Im Jahr 2012 sind 1.665 Anästhesiepraxen angeschrieben worden, leider haben nur 106 geantwortet. Wir sind zwar durch unsere eigene Datenerhebung in der glücklichen Lage, beim Bewertungsausschuss was Vernünftiges vorlegen zu können, gleichwohl macht die Teilnahmen am Praxis-Panel Sinn (www.zi-pp.de).

Patientenrechtegesetz

Im Jusletter 3/2013 (Juni 2013), zu finden auf der BDA-Homepage gibt es eine ausführliche Ausarbeitung zum bereits in Kraft befindlichen Patientenrechtegesetz. Hier bestehen jedoch offenbar immer noch Unklarheiten zur Umsetzung: Es ist klar geregelt, dass dem Patienten zur Rechtswirksamkeit von Aufklärung und Einwilligung Abschriften sämtlicher Unterlagen, die er unterzeichnet hat, auszuhändigen sind. Dies gerade im ambulanten Bereich praktikabel zu machen, ist sicherlich nicht immer einfach, es geht aber kein Weg daran vorbei. Bitte bedenken Sie, dass auch ein Eingriff, der völlig glatt läuft, Körperverletzung ist, wenn keine wirksame Einwilligung vorliegt. Da sämtliche Unterlagen, die der Patient unterzeichnet hat, als Abschrift (Kopie) mitzugeben sind, könnte man z. B. die vom Patienten ausgefüllte Anamnese nicht unterschreiben lassen, sondern sie getrennt von der Einwilligung führen, so dass der Patient nur die ggf. auf eine DIN A4-Seite zu reduzierende Einwilligung unterzeichnet. Diese dann zu kopieren, ließe sich wohl am Ehesten umsetzen.

Praxisübergabe/Arbeitsverhältnisse

Im Zusammenhang mit einer Zulassung- bzw. Praxisabgabe kommt immer wieder die Frage, was aus den ggf. bestehenden Arbeitsverhältnissen wird. Sofern es sich um eine Betriebsübergabe handelt, regelt der § 613 a BGB ganz klar, dass die Arbeitsverhältnisse mit übernommen werden müssen. Dies gilt auch für den Fall, dass eine Praxis nach dem Tod des Praxisinhabers nachbesetzt wird. Vertragliche Regelungen, die versuchen, das BGB zu unterlaufen, dürften vor dem Arbeitsgericht keinen Bestand haben. Allerdings hat das Bundesarbeitsgericht in einem ganz speziell gelagerten Fall einer Praxisübergabe entschieden, dass die ausgesprochene Kündigung rechtswirksam war. In Anbetracht dieses Urteils (AZ 8 AZR 107/10) sollte gerade bei Abgabe einer Zulassung an eine andere Praxis oder ein MVZ genau geprüft werden, ob nicht ähnliche Bedingungen wie in diesem entschiedenen Fall vorliegen, da die Verpflichtung zur Übernahme von Arbeitsverhältnissen in der Bewertung des Verkehrswertes eine Praxis durchaus eine Rolle spielen kann.

Regelungen zum Ausstellen und Annehmen von Überweisungen

Immer wieder tauchen Fragen zu Überweisungen auf, die überwiegend auf Kooperationsformen beruhen, welche in dieser Form ggf. nicht zulässig sind. Nach den Regelungen der Bundesmantelverträge darf ein Operateur an eine Fachgruppe (hier z. B. Anästhesisten) in einem Behandlungsfall (=Quartal) nur eine Überweisung ausstellen. Eine zweite Überweisung in die gleiche Fachgruppe ist „in der Regel“ unzulässig.

Häufig kooperieren mehrere Anästhesisten bei der Versorgung größerer operativer Einheiten (auch Belegabteilungen) in der Weise, dass ohne Bildung einer „offiziellen“ Berufsausübungsgemeinschaft gleichwohl Patienten gemeinschaftlich behandelt werden, indem beispielsweise ein Vertragsarzt die Prämedikation durchführt und ein anderer die Narkoseleistungen und ggf. Aufwachraum erbringt. Ungeachtet der berufsrechtlichen und zulassungsrechtlichen Problematik muss in jedem Fall darauf geachtet werden, dass nicht der Vorwurf des Abrechnungsbetruges erhoben werden kann. Dies wäre u. a. der Fall, wenn in einem Behandlungsfall zweimal die anästhesiologische Grundpauschale abgerechnet würde. Das Problem wird sich nach Einführung der PFG (siehe dort) noch verstärken. Die einzig „saubere“ Lösung ist eine Auftragsüberweisung innerhalb der Fachgruppe: Der Prämedizierende stellt eine Auftragsüberweisung (Durchführung der Narkose bei...) aus. Derjenige, der diese Überweisung annimmt, rechnet dann statt der Grundpauschale nur die Konsultationsziffer 01436 ab und natürlich alle anderen erbrachten Leistungen, die auf der Überweisung aufgeführt sein müssen.

Schmerztherapie: Off-Label-Use von kristalloiden Kortikoid-Präparaten

In Folge einer Stellungnahme des BfArM hat die KBV am 18.06.2013 ihre Auffassung zum Einsatz von kristalloiden Kortikoiden verbreitet (Anlage). Das Problem bei einem Off-Label-Use ist nicht nur

der Bezug eines Medikamentes (z. B. no go über Sprechstundenbedarf) sondern auch die in diesen Fällen unzulässige Leistungsabrechnung über EBM (z. B. Ziffer 30731). Es geht hier weniger um eine medizinische Frage als mehr um eine formale. Es liegen genügend Hinweise vor, dass einzelne Patienten in besonders gelagerten Fällen von der periduralen Injektion kristalloider Kortikoide langfristig profitieren. Gleichwohl ist die Literatur dazu widersprüchlich und das Verfahren hat unter Berücksichtigung der einschlägigen Leitlinien keinen besonders hohen Stellenwert. Daher ist nicht davon auszugehen, dass es in den Leistungskatalog aufgenommen wird. Es muss dringend davor gewarnt werden, eine „normale“ schmerztherapeutische PDA mit LA durchzuführen und über EBM abzurechnen, bei der das Kortikoid „nebenbei“ mit angewendet wird.

Selbstverständlich besteht die Möglichkeit, Patienten dieses Verfahren als IGEL-Leistung außerhalb eines KV-Behandlungsfalles anzubieten. In diesem Fall ist eine Aufklärung und Einwilligung erforderlich, bei der ausdrücklich auf den Off-Label-Use hingewiesen und in diesen gesondert eingewilligt wird. Die Abrechnung erfolgt nach GOÄ und das Präparat wird zusammen mit den anderen anfallenden Sachkosten mit in Rechnung gestellt. Da das Verfahren eindeutig auf Heilerfolg ausgerichtet ist, stellt sich hier die Frage der Umsatzsteuerpflicht nicht.

Mit freundlichen Grüßen
Elmar Mertens