

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 den Osterfeiertagen möchte ich Ihnen gern noch einige Infos zu Fragen zukommen lassen, die nach den telefonischen Anfragen der letzten Zeit wohl teilweise auf den Nägeln brennen:

Kostenerstattung für zahnärztlich veranlasste Anästhesieleistungen

Auf Vorschlag der KONA hat das Präsidium des BDA das schon länger erarbeitete Kostenerstattungsmodell zu diesem Thema verabschiedet. Das Modell stellt insgesamt zwar einen Systembruch im KV-System dar, erweckt jedoch bei den Entscheidungsträgern, denen wir es bisher vorgestellt haben, durchaus Interesse. Wie weit uns die KBV hier unterstützen wird, muss sich noch zeigen. Jetzt geht es darum, dass sich auch unsere Mitglieder hinter dieses Modell stellen und es nach außen kommunizieren und vertreten. Bitte nutzen Sie zu unserer internen Diskussion die Homepage des Forums Vertragsärztliche Anästhesie, dort können Sie die Ausarbeitung auch herunterladen. Die letzte Ausarbeitung zur Indikationsstellung finden Sie über die BDA-Homepage im geschlossenen Bereich.

Kinderanästhesie

Wie bekannt sein dürfte, haben die eigentlich sinnvollen Bemühungen des Wissenschaftlichen Arbeitskreises Kinderanästhesie (WAKKA) der DGAI um Qualitätsverbesserung bei der Behandlung schwerstkranker Kleinkinder zu großen Diskussionen geführt. Es war allerdings nie beabsichtigt, eine (von den Ärztekammern zu vergebende) führende Zusatzbezeichnung „Kinderanästhesie“ einzuführen, dennoch wurde gerade dies von Vielen befürchtet. Das Präsidium der DGAI hat jetzt erneut über diese Frage entschieden und danach wird es ein regelrechtes Zertifikat der DGAI „Kinderanästhesie“ nun doch nicht geben, sondern es wird nur noch eine besondere Fortbildung bescheinigt, die auch nur 5 Jahre gültig ist. Ohnehin waren ja nie ansonsten gesunde Kleinkinder gemeint, die wir ggf. ambulant betreut hätten, sondern nur solche mit erheblichen systemischen Vorerkrankungen. Aber jetzt nach dieser Klarstellung sehe ich wirklich keine Probleme mehr für die Niedergelassenen.

Vorteilsnahme

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz wurden einige Tatbestände erstmals ausformuliert und erfasst, die dann seit Januar 2012 einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten darstellen (s. u.) Davon zu unterscheiden ist eine demnächst anstehende Entscheidung des BGH zur Frage, ob Vertragsärzte „Amtsträger“ im Sinne des Strafgesetzbuches sind. Der Freiberufler ist an sich bisher nicht von der Strafandrohung Vorteilsannahme, Bestechlichkeit etc. bedroht. Dies könnte sich nun ändern.

Wenn nun zusätzlich und zunächst davon unabhängig im SGB V Tatbestände definiert sind, die nicht mit vertragsärztlichen Pflichten vereinbar sind, könnte eine Staatsanwaltschaft schon auf die Idee kommen, diese Kriterien auch als Straftat zu werten, sofern die o. g. Entscheidung des BGH denn

dem entsprechend ausfällt, was viele Insider erwarten.

Für sich allein genommen kann ein Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten immer ein Disziplinarverfahren gemäß der Disziplinarordnung der jeweiligen KV auslösen. Neben Geldstrafen in erheblicher Höhe kann in solchen Verfahren auch das Ruhen der Zulassung angeordnet werden.

Hinzu kommt, dass in politischen Kreisen Bestrebungen bestehen, unabhängig von der anstehenden Entscheidung des BGH zusätzliche neue Straftatbestände für Krankenhäuser und Vertragsärzte einzuführen, da hier ein Sumpf von Korruption und betrügerischem Abrechnungsverhalten vermutet wird (s. a. Sitzung des Bundestages am 28.03.2012).

Veranstaltungen

Die kostenlose Gestellung von Tagungsräumen und ggf. Verköstigung ist in Zukunft problematisch, zu mindestens wenn eine Veranstaltung von ggf. (mit-)betroffenen Ärzten durchgeführt wird. Die bewährte Zusammenarbeit mit Geräteherstellern, Pharmaunternehmen etc., ohne die viele Veranstaltungen gar nicht möglich wären, muss unter diesem Gesichtspunkt überdacht werden:

Unproblematisch dürfte jedenfalls auch in Zukunft alles sein, was über einen im Prinzip nicht „persönlich“ betroffenen Veranstalter z. B. BDA/DGAI läuft. Dieser wird jedoch auch darauf zu achten haben, dass die Veranstaltung nicht dazu dient, „Vorteile“ indirekt weiter zu geben. Für alle Veranstaltungen, die in einem größeren Rahmen stattfinden sollen, haben wir ja unsere Kongressorganisation MCN und es gibt auch die MEPS GmbH, die „mittelgroße“ Veranstaltungen organisieren kann. Schwieriger ist es für die „Stammtische“, „Clübchentreffen“ etc. die bisher vor Ort organisiert und von außen (mit)finanziert wurden oder für Einladungen in die Räumlichkeiten von Firmen, die damit unzweifelhaft (und nach Auffassung des Autors berechtigt!) auch eigene Interessen vertreten. Wichtig zu wissen ist aber auch, dass weiterhin ein offizielles Sponsoring legal und damit auch möglich ist.

BDA (und natürlich auch DGAI) sind gern bereit, im Rahmen der bestehenden Möglichkeiten unterstützend einzugreifen, siehe hierzu das angehängte Merkblatt. Auch steht der Unterzeichner gern mit Tipps und Tricks beratend zur Verfügung.

Kooperationsvereinbarungen mit Operateuren

Schon vor dem Versorgungsstrukturgesetz war es über das Berufsrecht untersagt, für „Zuweisungen“ finanzielle Vorteile entgegen zu nehmen oder auch zu gewähren. In aller Regel sind Vereinbarungen (ob schriftlich oder mündlich), die festlegen dass z. B. für eine Überweisung an den Anästhesisten eine bestimmte, pauschale Summe fließen soll und ggf. sogar für Privatpatienten eine deutlich höhere Summe, unzulässig und damit nichtig. Es ließen sich hieraus auch schon in der Vergangenheit keine rechtsverbindlichen finanziellen Ansprüche gegen den Anästhesisten ableiten (in Verbindung mit § 134 BGB). Unabhängig davon kann es sich auch um einen Verstoß gegen Wettbewerbsrecht handeln.

Geräte-, Raum- und Materialgestellung

Aktuell und unabhängig von der weiteren Entwicklung in dieser Frage sollten jetzt sämtliche Tatbestände, die auch nur irgendwie grenzwertig die hier besprochenen Themenbereiche tangieren, geprüft und „geheilt“ werden. Dies kann in manchen Fällen auch die Gestellung eines Gerätes, welches ausschließlich zur Applikation der Produkte eines bestimmten Unternehmens geeignet ist, sein. Derartige Gerätschaften müssen sich im Eigentum des jeweils verantwortlichen Vertragsarztes befinden und sollten ggf. zum Verkehrswert übereignet werden.

Stellt ein Krankenhaus, MVZ oder OP-Zentrum (OP-) Räume oder Material zur Verfügung, in denen bzw. mit dem Vertragsärzte Leistungen erbringen, so darf dafür nicht nur, sondern muss sogar der betriebswirtschaftlich korrekte Kostenanteil in Rechnung gestellt werden. Hierzu wird der BDA ein Modell vorstellen, wie Entsprechendes errechnet werden kann. Einheitliche Vorgaben werden jedoch nie möglich sein, da allein schon die ortsüblichen Mieten, die hierbei eine wesentliche Rolle spielen, regional erheblich voneinander abweichen.

Einschlägige Auszüge hierzu aus dem SGB V in der Fassung seit Januar:

73 Abs. 7

(7) Es ist Vertragsärzten nicht gestattet, für die Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder sich gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren. § 128 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.

§ 128 Abs. 2

(2) Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren. Unzulässig ist ferner die Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, durch Leistungserbringer. Unzulässige Zuwendungen im Sinne des Satzes 1 sind auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Ordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen.

Ophthalmochirurgie/Kataraktchirurgie

Offensichtlich bestehen weiterhin Unklarheiten bezüglich der Abgrenzung unterschiedlicher, im Rahmen der Kataraktchirurgie eingesetzter Anästhesieverfahren: Neben der Möglichkeit, eine während der Operation erbrachte Vollnarkose abzurechnen (Zuordnung im Kapitel 31) gibt es die extra hierzu geschaffenen Analgosedierungsziffern im Kapitel 31 nach 31830 und 31831 und ferner die Möglichkeit, ein reines Stand-by aus Kapitel 5 nach 05340 zu erbringen und abzurechnen, dann allerdings der Ausschluss gegen die 31820 (Retrobulbäre, Ausschluss gilt nur für Anästhesist). Diese Abrechnungsmöglichkeiten sind insgesamt in Anbetracht der immer älter und kränker werdenden Patienten in der Kataraktchirurgie nicht mehr adäquat, insbesondere, da häufig unabhängig vom Anästhesieverfahren weitere Maßnahmen zur Stabilisierung der Patienten erforderlich sind. Auch bei dem häufig gewählten Vorgehen, eine kurze Vollnarkose zum Anlegen der Retrobulbäranästhesie zu machen, was für den Patienten sicherlich angenehm ist und auch medizinische Vorteile bietet, bestehen Unklarheiten in der Abrechnung: Dieses Vorgehen wurde schon einmal (2003) vom LSG NRW dahingehend bewertet, dass zwar eine Vollnarkose durchgeführt worden, eine Abrechnungsfähigkeit aber dennoch nicht gegeben sei (AZ: L 10 KA 51/02, vorher SG S 14 KA 98/99). Diese sei nur dann gegeben, wenn die Vollnarkose während der gesamten Operationszeit durchgeführt würde. Nun bezieht sich dieses Urteil noch auf die völlig andere Systematik des EBM 96, muss aber dennoch bedacht werden. Nach ausgiebiger Diskussion in der KONA hat der BDA inzwischen der KBV vorgeschlagen, eine Gesamtpauschale für alle denkbaren Leistungen des Anästhesisten im Rahmen der Kataraktchirurgie zu schaffen, da der EBM ja ohnehin zu überarbeiten ist.

Das Versorgungsstrukturgesetz hat für Patienten, die sich im Rahmen einer ohnehin erforderlichen Katarakt-OP eine Sonderlinse anstatt der „Routinelinse“ gönnen wollen, eine neue Zuzahlungsmöglichkeit und zwar sowohl für das teurere Material (=Sonderlinse) als auch für ärztliche Leistungen, die durch die andere Linse zusätzlich erforderlich sind, geschaffen. Da es sich unabhängig davon, welche Linse implantiert wird, bei den Anästhesieleistungen um Leistungen, die im Sachkostenprinzip zu erbringen sind handelt, ist die Abrechnung in gleicher Weise wie sonst auch in der Kataraktchirurgie durchzuführen. Durch die Verwendung einer alternativen Linse entsteht prinzipiell bei der Anästhesie kein Mehraufwand, daher wären hier Zusatzforderungen unangemessen.

Nach wie vor ist die intravitreale Injektion keine Leistung des GKV-Systems, daher können dort auch keine Anästhesieleistungen in diesem Zusammenhang ausgelöst werden. Soll ein Anästhesist hier hinzugezogen werden, bleibt nur die privatärztliche Abrechnung nach GOÄ oder ggf. die Abwicklung über Sonderverträge unter Beteiligung des Anästhesisten. Es liegen mehrere Rückmeldungen vor, dass gesetzliche KVs GOÄ-Rechnungen des Anästhesisten im Sinne von Einzelfallentscheidungen

hierfür kostenerstattet haben.

Bedarfsplanung/Zulassungsrecht

Voraussichtlich in 2013 wird die Bedarfsplanung neu geregelt. So zu mindestens der gesetzliche Auftrag. Das von der KBV vorgeschlagene Modell sieht für die Anästhesie als neue Plangebiete die sogen. Raumordnungsregionen vor. Dies sind Raumaufteilungen, die viel stärker als bisher die kommunalen Gebiete Wanderungsbewegungen z. B. zwischen Arbeitsplatz und Wohnort etc. berücksichtigen, also stärker wirtschaftsraumorientiert sind. Wenn dieses Modell so verfahrensmäßig durchgeht, werden die Plangebiete für Anästhesisten größer, statt der bisher 395 Plangebiete würde es dann nur noch 96 geben.

Für die neuen Plangebieten werden neue Verhältniszahlen festgelegt, d.h. auf wie viele Köpfe Bevölkerung muss im einzelnen Plangebiet ein Anästhesist zugelassen werden. Wie diese Festlegung erfolgen wird, ist noch unklar. Die entscheidende Frage wird sein, ob z. B. bei einer Stichtagslösung der Ist-Stand auf 100% oder auf 110% (Sperrgrenze nach Zulassungsrecht) festgelegt wird. Davon hängt es nämlich ab, ob bzw. wie viele Neuzulassungen ermöglicht werden ohne dass jemand einen Vertragsarztsitz aufkaufen muss. Man kann durchaus dafür plädieren, die 110% anzusetzen, da je bisher schon eine „Vollsperrung“ besteht, die man nicht vollständig aufheben möchte.

Auch sonst haben sich einige Dinge im Zulassungsrecht geändert, wie z. B. die Präsenzplicht des Vertragsarztes. Das heißt zunächst aber nicht, dass Festlegungen oder Auflagen eines rechtsfesten Zulassungsbescheides aus der Vergangenheit damit unwirksam geworden sind. Daher, ehe eine Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss abgegeben wird oder ohne Genehmigung der Wohnort gewechselt wird, immer vorher beraten lassen!

Durch die Möglichkeit, Zulassungen vom Markt zu nehmen, kann sich für einige Gemeinschaftspraxen die Notwendigkeit ergeben, den Praxisvertrag diesen neuen Gegebenheiten anzupassen. Es macht ohnehin Sinn, in bestimmten Abständen den Vertrag darauf zu kontrollieren, ob er noch den aktuellen Bedingungen entspricht.

Dann mal: Frohe Ostern!

Mit freundlichen Grüßen

Elmar Mertens