

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,

zum Jahresende möchte ich Ihnen noch einige aktuelle Informationen zukommen lassen:

Versorgungsstrukturgesetz (VSG)

Am Montag hat das Gesetz auch den Bundesrat passiert, nachdem es ja schon Anfang Dezember durch den Bundestag gegangen war. Der Bundesrat war allerdings nur eine Formfrage, da dort dem Gesetz nicht zugestimmt werden musste.

Damit ist klar, dass viele Neuregelungen bereits ab Januar 2012 in Kraft treten werden.

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Ursprünglich war ja geplant, einen Teil der Eingriffe des AOP-Kataloges in die ASV zu überführen. Dies hatte bei Anästhesisten und Operateuren zu durchaus konträren Auffassungen bezüglich der zu erwartenden Auswirkungen geführt. Die Koalition hat dann zum Schluss diesen Teil aus dem VSG herausgenommen, so dass sich für ambulantes Operieren an dieser Stelle zunächst keine Konsequenzen ergeben. Allerdings kann dieser Versorgungsbereich für einzelne Leistungssektoren der Anästhesie z. B. Schmerztherapie interessant werden.

Ergänzung des § 115b SGB V

Das Urteil des BSG vom März (siehe dazu Jusletter vom Dezember 2011) deutete für die Kooperationen zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern erhebliche Konsequenzen an. Darauf hat der Gesetzgeber reagiert und in den § 115b eine Ergänzung aufgenommen, die dann ab Januar ausdrücklich eine gesetzliche Grundlage für Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten beim Ambulanten Operieren schafft.

Ergänzung § 115b ab Januar 2012:

„In der Vereinbarung ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können.“

Mit der „Vereinbarung“ ist der AOP-Vertrag gemeint, d. h. die Details, wie diese Zusammenarbeit in Zukunft zulässig geregelt werden soll, müssen noch zwischen den „Dreiseitigen Partnern“ ausgehandelt und beschlossen werden. Darüber wird jeweils aktuell berichtet werden. Allerdings ist damit nur der sozialrechtliche Part abgearbeitet, der das SGB V betrifft. An der ungeklärten Frage, ob dies dann eine freiberufliche Tätigkeit ist oder nur im Angestelltenverhältnis geht, ändert das nichts.

Honorar

Die Honorarverteilung in den 17 KVen bekommt völlig neue Grundlagen. Im Prinzip wird zurückgekehrt zur einer Honorarverteilung, wie wir sie schon einmal hatten: RLVs und QZVs gehören vielleicht bald der Vergangenheit an, sie stehen nicht mehr im Gesetz. Die KVen brauchen für ihre Honorarverteilung (geregelt über den Honorarverteilungsmaßstab **HVM**) nicht mehr die Zustimmung der Krankenkassen, es wird also keine HVVs mehr geben. Der Spielraum der KVen zur

Honorarverteilung wird deutlich erweitert, da viele verbindliche Vorgaben auf Bundesebene durch den Bewertungsausschuss zurückgenommen werden. Es ergibt sich somit auch die Möglichkeit, dass KVen wieder spezielle Förderungsmaßnahmen für ambulante Operationen einführen. Die noch in 2011 bundesweit geltende Mengensteuerung ist hierfür ab 2012 aufgehoben.

Die Rückkehr zur Regionalisierung führt jedoch nicht dazu, dass die Verteilung der Gelder aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen und damit an die KVen auf den ursprünglichen Stand zurückgeführt werden. D. h. die Bevorzugung bzw. Benachteiligung einzelner KVen bei der Geldausschüttung wird zunächst durch dieses Gesetz nicht korrigiert.

Wie sich Honorar-Regelungen zu Berufsausübungsgemeinschaften und Ärztenetzen regional unterschiedlich auswirken werden, ist nicht abzusehen, ändern wird sich dort jedoch sicherlich etwas.

EBM

Es gibt den gesetzlichen Auftrag, einen neuen EBM zu entwickeln. Somit kann es sein, dass ab ca. 2013 ein neuer EBM in Kraft tritt. Ein Ziel ist u. a. die Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung und Abkehr von Pauschalen. Wo das für die Anästhesie Sinn macht, muss noch analysiert werden. Wir werden vor Allem versuchen, im Rahmen der EBM-Überarbeitung bei den strukturellen ständigen Ärgernissen im jetzigen EBM wie z. B. zur Ziffer 05310 Änderungen zu verhandeln. Aber auch bei den Bewertungen, bei denen wir in Anbetracht der Ergebnisse unserer Kosten- und Strukturanalyse gute Verhandlungsgrundlagen haben, sollte sich etwas bewegen, insbesondere bei Bewertungen im Kapitel 5.

Bedarfsplanung

Die Bedarfsplanung wird neu geregelt. Für unterschiedliche Fachgruppen können unterschiedliche Plangebiete und neue Anhaltszahlen festgelegt werden. Hierzu hat die KBV schon unterschiedliche Szenarien entwickelt. Für die Anästhesie ist denkbar, dass als maximal mögliches Plangebiet der gesamte KV-Bereich genommen wird. Je nach Anhaltszahlen kann das u. a. bedeuten, dass vorhandene Zulassungen wertlos werden.

Die Flexibilisierung der **Präsenzpflicht** hat gerade für die Anästhesie Vorteile, da man in Zukunft nicht mehr verpflichtet ist, am Praxisort zu wohnen. Wie weit dies für die bereits Zugelassenen Konsequenzen hat, steht noch nicht fest.

Die eher für die Allgemeinmedizin vorgesehene Förderung zur Niederlassung, in strukturschwachen Gebieten dürfte wohl für die Anästhesie kaum eine Rolle spielen.

MVZ

Die Gründungsvoraussetzungen für MVZ werden etwas modifiziert und es wird die Möglichkeit geschaffen, eine Zulassung aus dem MVZ wieder herauszulösen. Dies war bisher nicht geregelt. Auch die Abgabe einer „zugekauften“ Zulassung wird neu geregelt.

Zurzeit liegen die geänderten Gesetze und Verordnungen noch nicht vollständig im Wortlaut vor. Daher kann derzeit nur ein grober Überblick geliefert werden. Zu den einzelnen Aspekten werden demnächst weitere Informationen folgen.

Rechtliches

In dem „Limburger Fall“ ist jetzt der Zahnarzt, der den (bereits verurteilten) Anästhesisten angefordert hatte, in erster Instanz verurteilt worden, das Urteil ist noch nicht rechtskräftig. Es war im Rahmen einer Zahnsanierung in der ZA-Praxis zu einem Zwischenfall mit Todesfolge gekommen, wobei das Gericht vor Allem strukturelle Mängel als ursächlich ansah.

Die Rechtsauffassung in diesem Fall stellt den Grundsatz der strikten Arbeitsteilung in Frage. Unabhängig von der Frage, ob das Urteil Bestand hat, müssen wir uns jedoch fragen, ob wirklich eine gegenseitige Verantwortung zwischen Operateur und Anästhesist gewollt ist, denn das würde ja auch bedeuten, dass ich als Anästhesist die Qualität des Operateurs überprüfen und im Zweifelsfall auch einschreiten muss.

ZIPP

Nach wie vor versucht das ZI, Daten auch in unserem Fachgebiet für sein ZIPP zu sammeln, bisher mit eher mäßigem Erfolg. Diejenigen unter Ihnen, die erfasst werden sollen, täten gut daran, sich zu beteiligen, die Erhebung 2011 kann noch bis zum 12.02.2012 eingereicht werden.

Zu den bevorstehenden Feiertagen wünscht der BDA und auch ich persönlich Ihnen und Ihren Familien alles Gute.

Elmar Mertens