

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
Sehr geehrter Herr Kollege,

zum bevorstehenden Jahreswechsel möchte ich Ihnen noch einige aktuelle Informationen zukommen lassen, die teilweise für das Update Ihres Praxisprogrammes zum 01. Januar 2011 wichtig sind:

### **AOP-Vertrag nach § 115b SGB V**

Wie beim Abschluss des „Dreiseitigen Vertrages“ zum § 115b SGB V (AOP-Vertrag) ab dem 01. Januar 2010 seinerzeit zwischen den Verhandlungspartnern vereinbart, wurde der Katalog zum AOP-Vertrag mit Wirkung ab dem 01. Januar 2011 überarbeitet. Einige Leistungen wurden in den Katalog aufgenommen (42 Neuaufnahmen), andere herausgenommen (45 Streichungen) oder teils auch die Einstufung in die Kategorien (25 Änderungen der Kategorie) geändert.

An der gesamten Systematik des AOP-Vertrages hat sich nichts geändert, auch nicht an der Tatsache, dass den zugelassenen Krankenhäusern dieser Leistungsbereich weiter unbudgetiert zur Verfügung steht. Für Krankenhäuser spielt dies u. a. deshalb eine wichtige Rolle, da sie im stationären Bereich ab Januar 2011 massiv budgetiert werden.

**Ausführliche Informationen zum aktuellen AOP-Katalog** finden Sie auf unserer Homepage im geschlossenen Bereich:

- BDA [http://www.bda.de/geschlossen/03\\_1\\_3ambulanteanaesth-paragraf115b.htm](http://www.bda.de/geschlossen/03_1_3ambulanteanaesth-paragraf115b.htm)
- AOK [http://www.aok-gesundheitspartner.de/sac/krankenhaus/amb\\_versorgung/amb\\_operieren/katalog2011/index.html](http://www.aok-gesundheitspartner.de/sac/krankenhaus/amb_versorgung/amb_operieren/katalog2011/index.html)
- KBV [www.kbv.de](http://www.kbv.de)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft [www.dkgev.de](http://www.dkgev.de).

Es gibt auch einen Katalog, der ausschließlich die Änderungen aufführt.

Am eigentlichen **AOP-Vertrag** wurde nichts Substantielles geändert, lediglich in der Präambel wurden durch die o. g. Veränderungen einige redaktionelle Anpassungen erforderlich.

Das **Meldeformular** wurde überarbeitet und dem neuen Katalog angepasst. Eine erneute Meldung von bereits gemeldeten bzw. in der Vergangenheit durchgeführten AOP-Eingriffen ist nicht erforderlich, lediglich die neu aufgenommenen Eingriffe müssen ggf. gemeldet werden.

Die Auffassung, dass die Katalog-Leistungen wegen der Vorschriften des § 115b SGB V auch für Vertragsärzte nicht budgetiert werden dürfen, wird seitens des BDA weiterhin vertreten, auch einige KVen haben sich dieser Auffassung angeschlossen, allerdings wird dies nicht von allen Beteiligten so gesehen.

Die Umsetzung der ab Januar gesetzlich vorgesehenen „Mengensteuerung“ im Kapitel 31 und 36 betrifft ja in großen Teilen auch den AOP-Katalog und die KVen haben höchst unterschiedliche Meinungen zur Umsetzung.

Vielleicht sollten die Möglichkeiten des vom Forum vertragsärztliche Anästhesie eingerichteten Diskussionsraumes im Internet <http://www.forum-amban.bda.de> intensiver genutzt werden, um die regionalen Umsetzungen miteinander zu vergleichen.

## **EBM 2011**

Der Anhang 2 zum EBM mit der Zuordnung der Leistungen zum jeweiligen OPS wird zum 01. Januar 2011 angepasst. Letztlich geht es hierbei nur um die allgemeine Aktualisierung auf den OPS 2011 und die Harmonisierung des Anhangs 2 mit dem neu vereinbarten Abschnitt 1 des AOP-Kataloges. Ansonsten hat sich im EBM weder von den Bewertungen noch von der Systematik her für unsere Fachgruppe etwas Wesentliches geändert. Wenn Sie allerdings Vordrucke, Vereinbarungen o. ä. auf Basis des alten OPS-Kataloges benutzen, sollten Sie überprüfen, ob diese jetzt angepasst werden müssen.

Die o. g. Änderungen befinden sich noch im Unterschriftenverfahren, dies ist jedoch nur ein formaler Akt. Es ist nicht davon auszugehen, dass sich hier inhaltlich noch etwas ändert.

### **Nebenbei:**

Die Abrechnungsbestimmung zur **Ziffer 05341 (Analgesedierung)**, dass diese ausschließlich bei „Eingriffen des § 115b SGB V“ abrechnungsfähig ist, bezieht sich auf alle drei Abschnitte des AOP-Kataloges und bedeutet daher, dass sie auch bei Eingriffen abrechnungsfähig ist, die nicht im Anhang 2 des EBM aufgeführt sind (das sind „Eingriffe des Kapitels 31.2“), sofern der jeweilige Eingriff z. B. in Abschnitt 2 des AOP-Kataloges aufgeführt ist. Dies trifft beispielsweise auf diagnostische Koloskopien, Zahnextraktionen, Wurzelspitzenresektionen etc. zu.

Sofern Ihre KV dies anders sieht, melden Sie sich bitte beim Unterzeichner, damit der BDA entsprechende „Schützenhilfe“ geben kann.

## **Kodierrichtlinien (Ambulante Kodierrichtlinien/AKR)**

Die ab Januar 2011 gesetzlich vorgeschriebenen Ambulanten Kodierrichtlinien werden nach wie vor in der Ärzteschaft kontrovers diskutiert. Viele Vertreterversammlungen in den einzelnen KVen haben daher Beschlüsse gegen die Kodierrichtlinien in der derzeitigen Form gefasst. Auch auf der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 03. Dezember 2010 wurde ein Beschluss gefasst, dass die AKRs „überarbeitet“ werden sollen. Als Beobachter dieser Diskussion ist bei mir in dieser VV allerdings eher der Eindruck entstanden, dass der KBV-Vorstand wenig motiviert ist, an der derzeitigen Version und Umsetzungsvorgaben noch etwas Wesentliches zu ändern. Mit dem Deutschen Ärzteblatt Nr. 50/2010 haben Sie ja auch bereits eine ausführliche Information erhalten.

Die AKRs sind vorgesehen für alle Behandlungsfälle der **Vertragsärzte** und der **ermächtigten Ärzte**. Für **Behandlungsfälle des Krankenhauses** nach § 115b SGB V gelten die AKRs zur Abrechnung gegenüber den Krankenkassen nicht. Hier reicht die Angabe des OPS zur Abrechnungskontrolle der Krankenkassen.

Die Umsetzung des AKRs wird in den meisten Fällen also bereits mit dem Update für Ihr Praxisprogramm fürs erste Quartal 2011 geliefert werden. Jedenfalls hat die KBV offensichtlich mit allen (181) zugelassenen Softwarehäusern die Sache durchgezogen.

Achtung! Wenn Sie diese Software mit den AKRs einmal aktiviert haben, lässt sie sich in der derzeitigen Version nicht mehr deaktivieren. Da inzwischen eine Übergangsfrist bis Mitte des Jahres 2011 vereinbart wurde, besteht aber keine Eile, die AKRs sofort umzusetzen. Für unsere Fachgruppe sind einige wesentliche Fragen zu den AKRs seitens der KBV nicht beantwortet, daher sollten Sie vielleicht die nächste Information zu diesem Thema abwarten, ehe Sie die AKRs in Ihrem Praxisprogramm aktivieren. Zum Üben und zur vertiefenden Information finden Sie reichlich zusätzliches Material auf der KBV-Homepage ([www.kbv.de](http://www.kbv.de)).

### **Warum und vor Allem für wen macht Kodieren Sinn?**

Nur durch (korrektes) Kodieren lässt sich Morbidität exakt abbilden.

Deshalb ist es für die **Krankenkassen** sehr wichtig, denn sie erhalten ja aus dem Gesundheitsfonds über den Risikostrukturausgleich (RSA) einen wesentlichen Teil ihres Geldes. Wenn über der RSA genügend Geld bei den KKs ankommt, können sie evtl. Zuzahlungen vermeiden, was im Konkurrenzkampf der KKs sehr wichtig ist.

Auch die Ausschüttung aus dem **Gesundheitsfonds** an die KVen (MorbiGV) sollte ja nach Morbidität erfolgen, Daher entstand die hohe Motivation im KV-System, die AKRs umzusetzen. Allerdings hat der Gesetzgeber für 2011 und 2012 die MorbiGV wieder ersetzt durch eine Verteilung nach anderen Kriterien. Somit würde sich die Abbildung von Morbidität im KV-System finanziell frühestens im Jahr 2013 (auf Basis der Morbidität, bzw. Kodierung im Jahr 2012) auswirken.

In der Verteilung des Geldes zwischen den einzelnen KVen kann die Abbildung von Morbidität langfristig eine ganz wichtige Rolle spielen: Wenn beispielsweise nachweisbar ist, dass der durchschnittliche Versicherte in Berlin kränker ist als der in Bayern, hätte dies unmittelbar eine Auswirkung auf die Honorarsumme dieser beiden KVen.

Ob die abgebildete Morbidität je in der Geldverteilung zwischen den **Fachgruppen** eine Rolle spielen wird, wie dies einmal angedacht war, bleibt zumindest für unser Fachgebiet fraglich, daher tendiert die Stimmung derzeit eher in Richtung Ablehnung. Sicherlich bedeutet die Umsetzung der AKRs zunächst eine Umstellung und mehr Bürokratie in der Praxis. Langfristig könnten die gewonnenen Daten andererseits z. B. bei einer Umstellung auf ein DRG- ähnliches Fallpauschalensystem oder Verhandlungen über Selektivverträge für uns wichtig werden.

Details zu Umsetzung der AKRs, die nur unsere Fachgruppe betreffen, versuchen wir mit der KBV zu klären und möglichst kurzfristig an Sie weiter zu geben.

### **Systemausstieg**

Sicherlich verfolgen viele von Ihnen die erneuten Bemühungen des Hausärzterverbandes in Bayern, dem KV-System den Rücken zu kehren und als Verband direkt mit den Krankenkassen Versorgungsverträge zu schließen. Am

Mittwoch, dem 22.12.2010 findet dazu in Nürnberg eine Versammlung der Hausärzte Bayerns statt.

Eine Entscheidung in Richtung Systemausstieg in der beabsichtigten Weise könnte sehr wohl einen so dramatischen Systembruch bedeuten, dass auch Konsequenzen für den fachärztlichen Sektor und damit für uns entstehen könnten.

Sollte es zu einer solchen Entwicklung kommen, werden Sie zeitnah über diesen Verteiler informiert und wir werden regionale Versammlungen veranstalten müssen, um innerhalb unserer Fachgruppe eine Meinungsbildung herbei zu führen.

### **Berufsunterbrechungsversicherung**

Aus gegebenem Anlass wurde in der Berufsunterbrechung, die der BDA vermittelt, folgender Tatbestand „eingebaut“: Es hatten in mehreren Fällen Anästhesisten erhebliche finanzielle Einbußen, da ihren Operateuren wegen Hygienemängeln (u. a. auch: Sterilgutaufbereitung) von den zuständigen Gesundheitsbehörden der Operationsbetrieb untersagt wurde, bis bestimmte Auflagen erfüllt waren.

Diese Situation lässt sich jetzt über die Betriebsunterbrechungsversicherung absichern. Nähere Informationen dazu finden Sie hier:

[http://www.bda.de/118\\_1\\_5publikationen.htm](http://www.bda.de/118_1_5publikationen.htm)

Ich wünsche Ihnen allen ein frohes und besinnliches Weihnachtsfest sowie ein gesundes Neues Jahr 2011.

Mit freundlichen Grüßen  
Elmar Mertens