

Auslegung des EBM / Abrechenbarkeit der Ziffern 01414 und 05230

Die Regelungen um diese beiden Ziffern herum sind recht kompliziert und werden von den KVen höchst unterschiedlich interpretiert.

Dazu kommt, dass Anästhesisten zulassungsrechtlich grundsätzlich keine offizielle Belegarztanerkennung haben, so lange sie keine eigene bettenführende Abteilung z.B. im Rahmen der Schmerztherapie haben und somit einzelne KVen sie bei der Auslegung bestimmter Ziffern wie Belegärzte behandeln und anderen eben nicht.

Die Abrechnungsausschlüsse der o. g. Ziffern stellen sich wie folgt dar:

Die Möglichkeit, unter welchen Bedingungen die Ziffer 05230 neben anderen Ziffern anzusetzen ist, ist im EBM abschließend und eindeutig geregelt. Die meisten Regelungen bestehen unverändert seit dem 01. April 2005 und sind in den EBM 2008 übernommen worden:

EBM 2005/2008

01410 Abrechnungsausschluss gegen 05230
01411 Abrechnungsausschluss gegen 05230
01412 Abrechnungsausschluss gegen 05230
01413 Abrechnungsausschluss gegen 05230
01414 kein Abrechnungsausschluss gegen 05230

nur EBM 2008

01415 Abrechnungsausschluss gegen 05230

EBM 2005

05230 *Aufsuchen eines Kranken in der Praxis eines anderen Arztes oder Zahnarztes zur Durchführung der Leistung...*

05230 Abrechnungsausschluss gegen: *Nrn. 01410 bis 01413, 01440...*

EBM 2008

05230 *Aufwandserstattung für das Aufsuchen eines Kranken in der Praxis eines anderen Arztes oder Zahnarztes zur Durchführung der Leistung...*

05230 Abrechnungsausschluss gegen: *Nrn. 01410 bis 01413, 01415, 01440...*

Der Bewertungsausschuss hat weder im EBM 2005 geschrieben: *01410 bis 01414*, noch bei der Überarbeitung im EBM 2008 die Ziffer 01414 einbeziehen wollen, da er ansonsten geschrieben hätte: *01410 bis 01415, 01440*. Im EBM ist schließlich im Sinne der Rechtssicherheit eine durchgehende Systematik gefordert.

Die o. g. Ziffern sind ferner in den zusätzlich zu berechnenden Gebührenpositionen im Anästhesie-Kapitel 5 des EBM aufgeführt, so dass der Bewertungsausschuss im EBM grundsätzlich die Abrechnungsfähigkeit dieser Ziffern für Anästhesisten festgelegt hat.

Es handelt sich jeweils um abschließende Aufzählungen, also eine eindeutig durch den EBM festgelegte Regel, die nicht durch regionale HVV's unterlaufen werden darf.

Dies gilt auch für das durch die Abrechnung einer EBM-Ziffer ausgelöste Punktvolumen. Eine Honorarsteuerung über Variationen der EBM – Bewertungsgrößen ist unzulässig. Ebenso wenig erlaubt der EBM analoge Bewertungen.

Zur Honorarsteuerung hält das SGB V ausreichend einschlägige Regelungen vor.

Die Ziffer 01414 löst für die erste Visite am Tag bei entsprechender Abrechnung ein Wegegeld aus. Bei mehrfacher Abrechnung der Ziffer 01414 ist die Uhrzeit hinzuzusetzen. Es gibt keine Regelung im EBM, dass dies für den Anästhesisten nicht gilt, bzw. bei Belegpatienten eine weitere Visite ausgeschlossen wäre. Werden Visiten nach der Ziffer 01414 bei mehreren Patienten erbracht, muss durch entsprechende Kennzeichnungen sichergestellt werden, dass das Wegegeld nur jeweils einmal abgerechnet wird. Hierzu treffen die KVen jeweils regional unterschiedliche Regelungen.

Die Ziffer 01414 ist am OP-Tag vom Belegoperateur selbstverständlich abrechnungsfähig, warum dies für den Beleganästhesisten in einzelnen KVen am OP-Tag nicht gelten sollte, ist nicht nachvollziehbar. Der EBM enthält eine solche Abrechnungsbestimmung nicht.

Die Ziffer 05230 ist allerdings gebunden an die Erbringung von
*„Leistungen nach der Nr. 01856 oder 01913, von Anästhesien/Narkosen dieses
(gemeint ist Kapitel 5) Kapitels oder des Kapitels 31.*

Wenn also das Belegkrankenhaus aufgesucht wird, um Anästhesieleistungen des Kapitels 36 zu erbringen, lässt sich dem zu Folge diese Ziffer nicht ansetzen, sehr wohl aber, wenn eine Narkose nach 05330 bzw. aus dem Kapitel 31 durchgeführt wird.

Dennoch bestätigen die einschlägigen Kommentare (Kölner Kommentar und Wetzel-Liebold) übereinstimmend die Abrechnungsfähigkeit der Ziffer 05230 in Verbindung mit Anästhesieleistungen des Kapitels 36.

Insofern ist hierdurch, jedoch nicht durch die Abrechnungsbestimmungen des EBM die (falsche) Festlegung beispielsweise im bayrischen Gesamtvertrag abgedeckt, wonach laut Schreiben der KVB die Ziffer 05230 für Anästhesieleistungen bei Belegpatienten anzusetzen ist, wobei es sich aber in der Regel eben um Leistungen des Kapitels 36 handelt.

Bei Aufsuchen des Belegkrankenhauses ohne in diesem Zusammenhang erbrachte Anästhesieleistungen ist die Ziffer 01414 je Patient in jedem Fall abrechnungsfähig, z.B. zur Prämedikation oder postoperativ zur Schmerztherapie.

Die teilweise vertretene Auffassung, der Anästhesist suche den Patienten lediglich im OP auf, entspricht nicht den tatsächlichen Abläufen:

Wenn ein Patient bereits in den OP verbracht wurde, ist von Notfällen einmal abgesehen, eine rechtswirksame Aufklärung nicht mehr möglich. Daher besteht die unbestreitbare Notwendigkeit, den Patienten auf der Station aufzusuchen. In bestimmten Fällen kann ja die Aufklärung am OP-Tag noch rechtswirksam erfolgen, auch aus diesem Grund wäre ein Abrechnungsausschluss der Visite am OP-Tag sachwidrig.

Gemäß der **Systematik des EBM** kann am OP-Tag, wenn das Belegkrankenhaus im Rahmen der Erbringung von Anästhesieleistungen des Kapitels 36 oder auch mehrmals zu anderweitigen Leistungserbringungen aufgesucht wird, hierfür ausschließlich die Visite nach Ziffer 01414 ein- bzw. mehrfach angesetzt werden.

Elmar Mertens