

Belegärztliche Anästhesie ab 01. 04. 2007 (Teil I)

Teil II mit detaillierten Abrechnungshinweisen folgt später

Ab dem 01. 04. 2007 gibt es im EBM 2000plus mit dem Kapitel 36 ein eigenständiges belegärztliches Kapitel. Vom Aufbau her entspricht das Kapitel 36 dem bekannten Kapitel 31 fürs Ambulante Operieren. Lediglich die präoperativen Untersuchungen durch den HA wurden nicht erneut abgebildet, diese können nach wie vor vom HA über das Kapitel 31 abgerechnet werden, sofern es sich um einen ambulanten oder belegärztlichen Behandlungsfall handelt.

Die KBV hat dieses Kapitel im EBM verhältnismäßig schnell umgesetzt und mit den Krankenkassen im Bewertungsausschuss beschlossen, um der sich anbahnenden Orientierung der Belegärzte am DRG-System der Krankenhäuser entgegen zu wirken. Es ging also auch darum, die belegärztlichen Leistungen im EBM und damit im KV-System zu halten. Den Forderungen der beteiligten Berufsverbände folgend wurde das Kap. 36 von vornherein nicht in Punkten, sondern in € kalkuliert und kommuniziert. Leider wurde dies zum Schluss von den Krankenkassen nicht mitgetragen, so dass eine Umwandlung zurück zu Punkten erfolgte.

Die Bewertung des Arztlohnes (AL) ist in den Kapiteln 31 und 36 gleich. Der belegärztlich tätige Anästhesist bekommt jedoch nicht die volle Technische Leistung (TL), die ja Praxismiete, Anästhesiearbeitsplatz etc. abbilden soll, sondern nur eine Strukturpauschale in Höhe von 30% der TL. In ähnlicher Weise wurde ja zuvor schon auch die geburtshilfliche Anästhesie im Kapitel 5.4 kalkuliert.

Daraus ergeben sich die Punktsummen der Leistungen, die in den Vergleichstabellen für Narkosen (Tabelle 1) und Aufwachraum (Tabelle 2) aufgeführt sind. Neu ist, dass es überhaupt eine Abrechnungsmöglichkeit des Aufwachraumes bei stationären Patienten gibt. Ferner ist im Kap. 36 jetzt eine eigene BGA (36884) abgebildet und für Anästhesisten berechenbar.

Auf Grund der Tatsache, dass der EBM 2000plus die belegärztliche Anästhesie nicht abgebildet hat, konnte die belegärztliche Anästhesie bis einschließlich I Quartal 2007 in voller Höhe der ambulanten Punktvolumina abgerechnet werden. Dies hat zu einer relativen Überbewertung geführt, die jetzt richtig gestellt wird. (Hierzu Vergleichstabelle 3)

Mit der jetzigen Darstellung von belegärztlichen Anästhesieleistungen im EBM wurde ein wichtiger Schritt in Richtung einer vollständigen Belegarztanerkennung des belegärztlich tätigen Anästhesisten, einer Forderung des BDA seit Jahren, getan.

Nach wie vor wird nämlich in vielen KVen die belegärztliche Anästhesie als eine Grauzone angesehen, was immer wieder zu Problemen bei der

Abrechnung führte. Deshalb hat der BDA die neue Situation sofort genutzt, Gespräche über die Verankerung des Beleganästhesisten in allen Regelwerken (z.B. Bundesmantelverträge) aufzunehmen.

Hiervon hängen u. a. auch detaillierte Fragestellungen zur Abrechnung, die derzeit mit der KBV im Abstimmungsprozess sind, ab. Deshalb werden später weitere Hinweise zur Abrechnung (in Teil II) folgen.

Eine völlig andere Frage ist das aus dieser Tätigkeit resultierende Honorar: Hierzu gibt es eine Bundesempfehlung, die die regionalen Verhandlungspartner (KV und KK) verpflichten soll, außerhalb jeden Budgets einen festen, von vornherein feststehenden Punktwert für belegärztlichen Leistungen zu vereinbaren. Im Gegensatz zu dem ähnlich lautenden Schiedsamtsspruch zum § 115b bestehen hier durchaus gute Aussichten zur Umsetzung, da ein Niedergang des Belegarztwesens zwangsläufig mehr Hauptabteilungs-DRGs auslösen würde und somit für die Krankenkassen teurer wäre.

Aus zweierlei Gründen bleibt die Situation der belegärztlichen Anästhesie gleichwohl unbefriedigend:

- Auf Grund ihrer speziellen Kompetenz u. a. in Intensivmedizin und Schmerztherapie erbringen Beleganästhesisten im Belegkrankenhaus häufig eine Vielzahl von „Nebenleistungen“, die im Regelwerk des EBM nicht abgebildet sind. Auch der Bereitschaftsdienst ist nicht befriedigend geregelt. Hierfür fehlen zusätzliche Strukturpauschalen bzw. Einzelleistungen. Dies wurde schon öfters thematisiert und wird weiter verhandelt.
- Viele belegärztlich tätige Anästhesisten haben sich darauf eingelassen, an das Belegkrankenhaus einen „Vorteilsausgleich“ abzuführen. Es muss deutlich klargestellt werden, dass in Anbetracht der oben dargelegten Kalkulation des EBM (Arztlohn zuzüglich Strukturkomponente für z.B. stationäre Haftpflichtversicherung) seitens der KV nichts gezahlt wird, was dem Krankenhaus zustände. Investitionskosten und die laufenden Betriebskosten für die Ausstattung des Anästhesie-Arbeitsplatzes eines Belegkrankenhauses sind im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung (Landesmittel und DRGs) abgedeckt. Darüber hinausgehende Forderungen an Anästhesisten stellen entweder eine (unzulässige) Provisionszahlung oder Bereicherungsabsicht durch eine zweite Vergütung für eine schon anderweitig gezahlte Leistung dar.

Tabelle 1
Anästhesie Kap. 31 vs. Kap. 36

	Punkte		Punkte
31800	895	36800	555
31801	385	36801	225
31820	450	36820	300
31821	2285	36821	1255
31822	2945	36822	1680
31823	3615	36823	2105
31824	4275	36824	2530
31825	5610	36825	3380
31826	6665	36826	4055
31827	6940	36827	4230
31828	660	36828	420
31830	565	36830	395
31831	1065	36831	740

Tabelle 2
AWR Kap. 31 vs. Kap. 36

Aufwachraum	Punkte	Aufwachraum	Punkte
31501	380	36501	40
31502	695	36502	70
31503	1400	36503	140
31504	2030	36504	205
31505	2790	36505	280
31506	4055	36506	405
31507	5385	36507	540

Tabelle 3
Entwicklung Punktvolumen

	Ordination	Vorunter- suchung	Narkose 30min	Ver- längerung 15min	Aufwach- raum 2Std	Zuschlag ambulant	Gesamt
EBM 96 ambulant	340/555	Ø	950	450	900	1500	4140/ 4355
EBM 96 Beleg- ärztlich	340/555	Ø	950	450	Ø	Ø	1740/ 1955
EBM 2000plus ambulant	225/195/ 225	480	2285	660	1405	Ø	5025/ 5055
EBM 2000plus Beleg- ärztlich	225/195/ 225	480	1255	420	140	Jetzt: BGA 36884 120 Punkte	2490/ 2520 + evtl. 2. Ordinati on