

Fachgruppengrenzen und deren Überschreitung im EBM 2000plus

Der neue EBM hat die Fachgruppengrenzen klarer definiert. Während unter dem EBM 96 durchaus Leistungen, die in einem andern Fachgruppenkapitel aufgeführt waren, abgerechnet werden durften, sofern diese nicht als fachfremd galten, definiert jetzt der EBM abschließend für jedes Fachgebiet die Leistungen, die von diesem abgerechnet werden dürfen. Zur Abgrenzung dient zum einen die Gebietsbezeichnung(en) und zum anderen der Zulassungsstatus. Hier ist wegen der Vorschriften des § 73 SGB V die abschließende Festlegung auf den haus- bzw. fachärztlichen Sektor wichtig.

In der Präambel des Kapitels 5 und des Kapitels 31.5 werden die Voraussetzungen zur Abrechnung der in diesen Kapiteln aufgeführten Anästhesieleistungen festgelegt. Hier werden alternativ zwei Vorgaben zur Person des Leistungserbringers als Abrechnungsvoraussetzung gemacht: Entweder muss die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung (Facharzt für Anästhesiologie) vorhanden sein oder ein Arzt, der „im Wesentlichen anästhesiologische Leistungen erbringt“ kann diese dann weiter erbringen und abrechnen, wenn er hierzu auf Antrag eine (vorherige) Genehmigung erhält. Diese Genehmigung kann nur Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, also praktischen Ärzten, und Fachärzten für Allgemeinmedizin erteilt werden. Ausgeschlossen von dieser Regelung sind damit alle anderen Fachärzte. Somit ist beispielsweise ausgeschlossen, dass einer fachärztlichen Gemeinschaftspraxis Chirurgie, in der ein Praxispartner auch Facharzt für Anästhesiologie ist, bzw. den Facharztstandard Anästhesie erfüllt, eine Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von Anästhesieleistungen erteilt wird.

Genehmigungsverfahren

Laut SGB V ist für das o.g. Genehmigungsverfahren der Zulassungsausschuss zuständig. Eine KV kann somit keinesfalls unter Umgehung der Krankenkassen eine solche Genehmigung aussprechen, auch wenn der EBM 2000plus den Zulassungsausschuss nicht ausdrücklich erwähnt.

Die Genehmigung ist Abrechnungsvoraussetzung ist, sie muss also vor Erbringung der Leistung vorliegen.

Ferner muss geprüft werden, ob der Arzt in der Vergangenheit „im Wesentlichen“ die speziellen (d.h. nicht hausärztlichen) Leistungen erbracht hat, wobei keine Definition vorliegt, wie dies zu prüfen ist. Hier könnten die jeweiligen Fallzahlen, aber auch die aufgewendete Zeit als Kriterium herangezogen werden.

Der Bezug zum § 73 SGB V Abs. 1a und der Nachsatz im EBM 2000plus: *Nach Erhalt der Genehmigung können sie Leistungen des Kapitels 3 nicht mehr berechnen.* stellt klar, dass hierdurch die Hausarzt/Facharzt-Grenze nicht angetastet werden darf und es sich hier um eine abschließende Festlegung des Arztes auf einen bestimmten Leistungsbereich handelt. Bisher ist im Zulassungsrecht nicht geregelt, wie erteilte Genehmigungen in die Bedarfsplanung einfließen sollen.

Sicherstellung (§ 75 SGB V)

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ist für die Zulassungsausschüsse und die KVen eine wesentliche Aufgabe, die evtl. anderen, auch den o.g. Gesichtspunkten übergeordnet sein kann. Wenn also die o.g. Gremien zu der Auffassung gelangen, dass die Sicherstellung im hausärztlichen Sektor und im fachärztlichen Sektor, hier im Fach Anästhesie, nur zu gewährleisten ist, indem ein einzelner Arzt sowohl hausärztliche, als auch fachärztliche Behandlungsfälle erbringt und abrechnet, kann eine solche „gemischte“ Zulassung im Ausnahmefall befristet erfolgen. Dies ist allenfalls in sehr dünn besiedelten Planungsbereichen denkbar und auch nur, wenn andere Möglichkeiten, z.B. Genehmigung von Zweigpraxen mit Plangebietsgrenzenüberschreitung unter Einhaltung der Fachgebietsgrenzen nicht gegeben sind.

In jedem Fall muss jedoch der Trennungsfaktor, der die Anteile der Gesamtvergütung für den hausärztlichen und den fachärztlichen (incl. Psychotherapie) Sektor festlegt, gesichert werden. Dies ist möglich, indem dem entsprechend zugelassenen Arzt zwei KV-Nummern zugeteilt werden, so dass von vornherein die von ihm behandelten Fälle nach hausärztlichen und fachärztlichen getrennt werden. Alternativ könnte über die Abrechnung des Ordinationskomplexes entweder aus dem hausärztlichen oder aus dem Anästhesiekapitel die Identifizierung erfolgen. Dies ist jedoch bisher über die vorhandene Praxissoftware nicht möglich.

Honorarverteilung

Für die Honorarverteilung muss immer gewährleistet sein, dass weder Anästhesieleistungen aus dem hausärztlichen Sektor honoriert werden, noch hausärztliche aus dem fachärztlichen. Insbesondere in den KVen, in denen Arztgruppentöpfe innerhalb des Facharzttopfes gebildet wurden, spielt dies eine entscheidende Rolle.

Facharztstandard

In der Vergangenheit ist mehrfach von den Gerichten klargestellt worden, dass dem Patienten bei der Leistungserbringung der Facharztstandard geschuldet wird. Dies hat Konsequenzen im Straf- und Zivilrecht.

Der „Facharztstandard“ setzt nicht die Berechtigung zum Führen der entsprechenden Gebietsbezeichnung voraus. Die theoretischen und praktischen Fähigkeiten des Arztes müssen jedoch denen eines „erfahrenen“ Facharztes des entsprechenden Gebietes entsprechen. Kriterium könnte hier sein, dass beispielsweise die in der Weiterbildungsordnung festgelegte Fortbildungszeit in einer entsprechenden Fachabteilung abgeleistet wurde, bzw. die für die FA-Prüfung des jeweiligen Gebietes vorauszusetzende Zahl z.B. an Operationen oder Narkosen erbracht wurde. Dies muss im Zweifelsfall nachweisbar sein.