

## **Weiterentwicklung des EBM 2000plus**

### **Kapitel 31 Ambulante und Belegärztliche Operationen**

#### **(Stand 05. 04. 2004)**

Seit den letzten Veröffentlichungen zum neuen EBM hat sich wieder einiges getan.

Ob der EBM 2000plus kommt oder nicht, bzw, wann, darüber zu spekulieren macht bis zur Sitzung des Bewertungsausschusses am 13. 05. 2004 keinen Sinn, es wäre jedoch aus Sicht der Anästhesisten falsch, sich nicht an der Weiterentwicklung der Strukturen zu beteiligen. Deshalb ist der jetzigen Entwurfs nach Gesprächen zwischen dem Berufsverband, dem beratenden Fachausschuß und der KBV zustande gekommen. Es wurden wesentliche Vorschläge von uns übernommen.

Folgender völlig neuer Aufbau ist im derzeitigen Entwurf bezüglich des Ambulanten Operierens vorgesehen:

Im Operativen Kapitel sind bestimmte Kleineingriffe nicht erfaßt, da sich unter anderem hierfür keine sinnvollen Leistungskomplexe schaffen ließen. Diese Leistungen können nur bei Kindern bis zum 12. Lebensjahr nach der Systematik des Kapitels 31.2 abgerechnet werden. Für Behinderte sieht der EBM noch keine Ausnahmeregelung vor, das Problem ist aber schon eingebracht.

Als zum Leistungskomplex gehörenden Leistungen sind jetzt im Operativen Kapitel neben den Operationen die dazugehörigen Narkosen, die postoperative Überwachung, die Nachbehandlung und der präoperative Leistungskomplex des vorbetreuenden Hausarztes aufgeführt.

### **Neue Systematik**

Durch Einfügen eines eigenen Kapitels Kinder- und Jugendmedizin ist jetzt die Anästhesie nicht mehr im Kapitel 4, sondern als Kapitel 5 dargestellt. Durch Umstellung auf eine 5-stellige Systematik beginnen jetzt alle Ziffern des Anästhesie-Kapitels mit 05...

Die Bewertungen des Anästhesiekapitels haben sich nicht geändert. Die der Kalkulation zu Grunde gelegte (angeblich) betriebswirtschaftlich kalkulierte Aufteilung der Ziffern auf eine technische Leistung (TL) und den Arztlohn (AL) wird in diesem EBM nicht mehr einzeln aufgeführt, sondern wie im EBM 96 nur eine Gesamtpunktsomme.

Durch die o.g. Umstellung muß der gesamte EBM redaktionell überarbeitet werden. Es ist bekannt, dass im derzeitigen Entwurf noch redaktionelle Fehler enthalten sind.

### **Operationen**

Alle Eingriffe sind nach dem OPS-301 aufgelistet. Hiernach werden alle erfaßten Eingriffe einer bestimmten Kategorie zugeordnet. Diese Zuordnung bestimmt, welche Kostenstellen unterlegt werden. Ferner wird für jeden Eingriff normativ eine Zeitkalkulation für die Schnitt-Naht-Zeit unterlegt. Hieraus ergeben sich dann die technische Leistung (TL) und der Arztlohn (AL). D.h. die Zeittaktung im 15-min.-Takt ist für jeden Eingriff festgelegt und dient nur der Kalkulation. Daraus ergibt sich die Bewertung in Punkten. Die unterlegten Zeiten sind als Durchschnittszeiten zu verstehen. Durch Verlängern des Eingriffs kann der Operateur die Punktsomme im Prinzip nicht erhöhen. Dies ist ein wichtiger Schritt in Richtung eines Fallpauschalensystems. Für den Operateur soll ein solcher ablaufbezogener Leistungskomplex alle Leistungen, die am Tag der Operation von ihm erbracht werden, erfassen. Nur in wenigen Ausnahmefällen (Simultaneingriffe, etc) gibt es die Möglichkeit eines zusätzlichen, 15-min-getakteten Zuschlages.

## **Narkosen**

Neben den Leistungen des Anästhesiekapitels 5 werden die Anästhesieleistungen, die unmittelbar im Zusammenhang mit der Operation stehen, im Operativen Kapitel nochmals abgebildet: Zu jeder Kategorie und Zeit einer Operation gibt es eine dazu kalkulierte Narkose. Auch diese ist im Prinzip zeitlich festgelegt, kann also nicht durch Verlängern aufgewertet werden. Damit ist der Anästhesist darauf angewiesen, dass der Operateur die für diesen Eingriff vorgesehene Zeit (im Durchschnitt aller Eingriffe) nicht wesentlich überschreitet, da er ansonsten genau wie der Operateur in einen unwirtschaftlichen Bereich kommt. Die Bewertungen der Narkosen in diesem neuen Kapitel 31.5 entsprechen denen im Kapitel 5. Durch die Einfügung der Anästhesieleistungen in das Kapitel der ambulanten und belegärztlichen Operationen kann jetzt auch die dort vorgesehene Bewertung der belegärztlichen Operationen auf die Anästhesie übertragen werden. Dies bedeutet für diese Eingriffe eine um 60 % abgesenkte Punktschuld für die TL. Der Arztlohn ist gleich.

## **Postoperative Überwachungskomplexe**

Auch die postoperativen Überwachungskomplexe werden normativ den einzelnen Eingriffskategorien zugeordnet. Damit ist abhängig von der Größe und der für die Operation vorgesehenen Zeit eine mehr oder weniger lange Zeit für die Überwachung kalkuliert. Auch hier ist die unterlegte Zeitkalkulation als Durchschnittszeit zu verstehen. Es entfällt das jetzt bestehende Problem, in jedem Einzelfall die vollständige (mehr als...) Überwachungszeit bei der postoperativen Überwachung nachweisen zu müssen.

Der Postoperative Überwachungskomplex kann entweder vom Operateur oder vom Anästhesisten abgerechnet werden. Hierüber muß wie schon bisher mit dem Operateur eine Vereinbarung getroffen werden.

## **Postoperativer Behandlungskomplex**

Für die ambulante Nachbetreuung wurden für den Operateur oder einen anderen weiterbetreuenden Vertragsarzt Behandlungskomplexe für 21 Tage postoperativ gebildet.

## **Präoperativer Untersuchungskomplex**

Im operativen Kapitel wurden 4 präoperative Untersuchungskomplexe geschaffen. Diese sind auf vier Altersgruppen verteilt (0-12 J, bis 40 J, 40bis 60 J, über 60 J.). Diese Leistungen können nur von hausärztlich tätigen Vertragsärzten erbracht werden. Leistungsbestandteil ist eine Dokumentation und Brief. Ferner soll der Hausarzt überprüfen, ob das häusliche Umfeld etc. für die ambulante Durchführung des Eingriffs geeignet ist. Die Leistungsinhalte, z. B. dass für Patienten zwischen 40 und 60 zwingend ein Ruhe-EKG vorgeschrieben ist, sind nicht mit den Anästhesisten abgestimmt worden. Hier gibt es noch Diskussionsbedarf.

## **Sachkosten**

Nach wie vor ist von der KBV geplant, ein Sachkostenkapitel zu schaffen, in dem sowohl der Sprechstundenbedarf als auch die bisher in den berechnungsfähigen Leistungen enthaltenen Sachkosten zusammengefaßt werden sollen. Ursprünglich war geplant, dies rein fallzahlabhängig (je Quartal) zu gestalten. Derzeitiger Stand ist, zusätzlich zu einer solchen fallzahlabhängigen Sachkostenpauschale, die fachgruppenspezifisch unterschiedlich ist, für die einzelnen Operationen sortiert nach den Kategorien passende Sachkostenpauschalen zu entwickeln. Für die Anästhesie sollen diese Sachkosten differenziert nach der Narkosezeit festgelegt werden. Der BDA hat der KBV ein entsprechendes Modell vorgelegt.

### **Vorläufige Einschätzung:**

Der jetzt vorliegende Entwurf des EBM ist ein richtiger Schritt in Richtung Fallpauschalensystem, welches die Vergleichbarkeit mit dem DRG-System hergibt. Dazu fehlen zwar noch einige Details, die in der Diskussion mit der KBV und den Krankenkassen noch erarbeitet werden müssen.

Abschließend kann dieser EBM erst bewertet werden, wenn auch das Sachkostenkapitel vollständig vorliegt und geklärt ist, welche Sonderstellung die Leistungen des Operativen Kapitels bei der Mengensteuerung haben sollen.

Elmar Mertens