

Weiterentwicklung des EBM 2000plus

- Stand 01. 06. 2004 -

Seit den letzten Veröffentlichungen zum neuen EBM hat sich wieder einiges getan. Dennoch ist auch diese Stellungnahme nur als Zwischenbericht zu verstehen, da über viele Details noch weiter diskutiert und verhandelt werden muss. (Letzte Änderung 04.06.2004; <http://www.kbv.de/home/3956.htm>)

Einführungstermin 01.01.2005

Die Einführung des EBM 2000plus zum 1. Januar 2005 steht fest. Offensichtlich lässt das BMGS der Selbstverwaltung so viel Spielraum und schreitet nicht durch eine vorherige Ersatzvornahme ein.

Gekoppelt mit der Einführung einer neuen Bewertung der Leistungen werden **fachgruppenspezifische Regelleistungsvolumina** eingeführt, hierzu erfolgt später eine zusätzliche Ausarbeitung

Dem Willen der Gesundheitspolitik folgend, sind sowohl auf der Ebene der EBM-Bewertungen als auch über die Regelleistungsvolumina Steuerungsmechanismen vorgesehen, die Gemeinschaftspraxen und medizinische Versorgungszentren (MZs) gegenüber der Einzelpraxis fördern.

Eine Vergleichbarkeit des berechnungsfähigen Punktvolumens des neuen EBM mit denen des alten ist kaum noch gegeben, da die Strukturen völlig anders sind. Deshalb sind nur Fallkonstruktionen als Vergleich möglich.

Wesentliche Bestandteile aus den früheren Entwürfen haben nicht überlebt. So ist die Aufteilung in Arztlohn(AL) und Technische Leistung (TL) vollständig weggefallen. Die Leistungen haben also nur noch eine undifferenzierte Punktsumme. Da auch das Sachkostenkapitel offensichtlich bei den Krankenkassen nicht durchgesetzt werden konnte, sind somit in der Punktsumme AL, TL und der Sachkostenanteil, der nicht über Sprechstundenbedarf verordnet werden kann, enthalten.

Dies gilt auch für das Operative Kapitel 31. Als zum Leistungskomplex gehörenden Leistungen sind im Operativen Kapitel neben den Operationen die dazugehörigen Narkosen, die postoperative Überwachung, die Nachbehandlung durch den Operateur oder Zuweiser und der präoperative Leistungskomplex des vorbetreuenden Hausarztes aufgeführt.

Im Operativen Kapitel sind weiterhin 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 für diese Eingriffe immer noch keine Ausnahmeregelung vor, somit werden Narkosen, die aus medizinischer Indikation für solche Eingriffe erbracht werden, im Anästhesiekapitel abgerechnet.

Für den Anästhesisten sind in Zukunft folgende Leistungsbereiche zugänglich:

Anästhesie – Kapitel

EBM 2000 plus, Kapitel 5	
<ul style="list-style-type: none"> • 05210 Ordinationsgebühr 0 - 6 J. • 05211 Ordinationsgebühr 6 - 59 J. • 05212 Ordinationsgebühr ab 60 J. • 05215 Konsultationskomplex • 05220 Beratung (nur Schmerztherapie) 10 Min. • 05230 Aufsuchen andere Praxis • 05310 Voruntersuchung bei Ops nach Kap. 31.2 • 05320 Leitungsanästhesie Schädelbasis / Retrob. • 05330 Narkose / Regionalanästhesie S/N 15 min. • 05331 Verlängerung je volle 15 min. S/N • 05340 Stand-by je volle 15 min. S/N • 05341 Analgosedierung je volle 10 min. bei § 115b • 05350 Aufwachraum Anästhesie 2 h nach 05330 	<ul style="list-style-type: none"> • 225 Punkte (Einzelpraxis) • 195 Punkte (Einzelpraxis) • 225 Punkte (Einzelpraxis) • 50 Punkte • 235 Punkte • 150 Punkte • 480 Punkte • 450 Punkte • 2285 Punkte • 660 Punkte • 370 Punkte • 370 Punkte • 1405 Punkte

Ein Kommentar zu den einzelnen Ziffern wird später erfolgen, wenn alle Details mit der KBV geklärt sind.

Ordinationsgebühr (05210, 05211, 05212)

Die Abrechnungsbestimmungen für die Ordinationsgebühr entsprechen weitgehend denen des EBM 96. Die darin enthaltenen Leistungen sind im **Anhang VI , 1 zum EBM** aufgeführt. Leistungen, die bisher im Rahmen der Prämedikation erbracht wurden, wie z.B. **Spirometrie** oder **Pulsoxymetrie** sind dort aufgeführt und damit nicht mehr gesondert abrechnungsfähig. Abrechnungstechnisch ungeklärt ist danach das vom Anästhesisten präoperativ durchgeführte **EKG mit 12 Ableitungen**, welches nicht in o. g. Anhang aufgeführt ist.

Laboruntersuchungen können nach wie vor veranlasst und bei Erbringung in Laborgemeinschaften abgerechnet werden.

Ordinationskomplex (Punkte)						
EBM 96				EBM 2000 Plus		
	Einzelpraxis	Gemeinschaftspraxis		Einzelpraxis	Versorgungszentren Fachübergreifend je Fach 15 *	Gemeinschaftspraxis nur Anästhesie
Mitglied / Familienangehöriger	340	347	05210 bis 5 Jahre	225 01310: 190**	+ 60 – 105 = 285 - 330	+ 60 = 285
			05211 ab 6 J.- 59 J.	195 01311: 165**	+ 60 – 105 = 255 - 300	+ 60 = 255
Rentner	555	610	05212 ab 60 Jahre	225 01312: 190**	+ 60 – 105 = 285 - 330	+ 60 = 285

* Über den Ordinationskomplex werden Versorgungszentren mindestens so hoch gefördert wie fachgleiche Gemeinschaftspraxen. Je weiterem Fach bekommen Versorgungszentren über die 60 Punkte hinaus 15 Punkte je Fach mehr, höchstens jedoch 105 Punkte.

** Die als Vergleich aufgeführten Ziffern 01310, 01311 und 01312 gelten für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser und Institute. Wenn der Ermächtigungsumfang dem eines Vertragsarztes entspricht, können die Ordinationskomplexe 05210 bis 05212 abgerechnet werden.

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. 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 Punktsumme im Prinzip nicht erhöhen. Eine Verlängerungsziffer ist nur vorgesehen, wenn in der gleichen Sitzung mehrere Eingriffe nacheinander durchgeführt werden. In diesen Ausnahmefällen

(Simultaneingriffe, etc) ist ein Nachweis über Narkoseprotokoll oder OP-Bericht erforderlich.

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, abbilden.

Narkosen im Kapitel 31 (31.5.3)

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 weitgehend denen im Kapitel 5. Auch hier ist für Ausnahmefälle eine 15-min. zeitgetaktete Verlängerungsziffer vorgesehen (mit Einzelnachweis!)

In den Ziffern 31821 bis 31827 sind die gleichen Narkoseverfahren wie in der Ziffer 462 des EBM 96 abgebildet.

Für die beiden OP-Ziffern 31350 (V1 als Phakoemulsifikation) und 31351 (V2 als Phakoemulsifikation) wurden mit den Ziffern 31830 und 31831 darüber hinaus jetzt zwei neue Ziffern für die Analgosedierung geschaffen.

Anästhesie-Kapitel 31.5.3	Punkte
31821	2285
31822	2945
31823	3615
31824	4275
31825	5610
31826	6665
31827	6940
31828	660
31830	565
31831	1065

Postoperative Überwachungskomplexe (31.3.2)

Auch die postoperativen Überwachungskomplexe werden normativ den einzelnen Eingriffskategorien (also der OP) 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 und mit der Quartalsabrechnung eingereicht werden.

Postoperative Überwachungskomplexe (31.3.2)

Ziffer	Punkte
31501	380
31502	695
31503	1400
31504	2030
31505	2790
31506	4055
31507	5385

Postoperativer Behandlungskomplex

Für die ambulante Nachbetreuung wurden für den Operateur oder einen anderen weiter betreuenden 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.

Sterilisationen/ Schwangerschaftsabbrüche

Anästhesieleistungen zu Sterilisationen und Schwangerschaftsabbrüchen sind weiterhin getrennt aufgeführt.

Auch diese Leistungen sind jetzt grundsätzlich zeitlich normiert, so dass keine zusätzliche Zeittaktung möglich ist. Von der Legendierung her ist die Narkose zur Sterilisation (01856) geschlechtneutral, so dass diese Leistung prinzipiell auch bei Männern erbracht werden kann, nicht jedoch die Voruntersuchung (01852).

Zusätzlich kann die jeweilige Ordinationsgebühr des Kapitels 5 angesetzt werden.

Sterilisationen/ Schwangerschaftsabbrüche

01852	Voruntersuchung Patientin vor Steri.	480 Punkte
01856	Narkose zur Sterilisation	3505 Punkte
01857	Aufwachraum nach Sterilisation	1405 Punkte
01903	Voruntersuchung zur Narkose bei I.	480 Punkte
01913	Narkose zur Interruptio	3505 Punkte
01914	Aufwachraum nach Interruptio	1405 Punkte

Schmerztherapie

Das schmerztherapeutische Kapitel ist noch nicht abschließend ausdiskutiert. Sobald hierzu etwas genaueres gesagt werden kann, wird dies nachgeliefert.

Belegärztliche Anästhesie

Für die belegärztlich tätigen Operateure ist in der Präambel zum Abschnitt 31.2 eine Reduktion der Punktsomme um 50 % für die Operation und um 65 % für die postoperative Behandlung des Abschnitts 31.4 vorgesehen. Die unmittelbare postoperative Überwachung des Abschnitts 31.3 ist nur bei ambulanter Durchführung des Eingriffs abrechenbar und entfällt damit bei belegärztlichen Eingriffen. Wie schon im EBM 96 wird die belegärztliche Anästhesie bisher nicht zu Kenntnis genommen: Während der Operateur einen zweiten Behandlungsfall im gleichen Quartal beim gleichen Patienten anlegen darf, gilt dies für den Anästhesisten nicht. Dies kann bei der Mengensteuerung im Rahmen von Regelleistungsvolumina eine wichtige Rolle spielen.

Andererseits ist für die belegärztliche Anästhesie keine Punktsommenreduzierung der Leistungen vorgesehen.

Sachkosten

Das geplante Sachkostenkapitel, in dem sowohl der Sprechstundenbedarf als auch die bisher in den berechnungsfähigen Leistungen enthaltenen Sachkosten zusammengefasst werden sollten, ist leider gestorben.

Für den sogen. Sprechstundenbedarf wird es also weiterhin eine regionale Sprechstundenbedarfsverordnung geben und er wird wie bisher über öffentliche Apotheken per Rezept bezogen.

Der Sachkostenanteil, der immer schon Bestandteil der berechnungsfähigen Leistungen war und in früheren Entwürfen des EBM 2000plus aus den Leistungen herausgerechnet war, ist jetzt wieder eingerechnet. Dies hat zu ein paar Punkten mehr in der Leistungsbewertung geführt.

Vorläufige Einschätzung:

Das Operative Kapitel 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.

Der EBM 2000plus darf allerdings nicht unabhängig von der geplanten Mengensteuerung gesehen werden. Problematisch ist, dass nach dem derzeitigen Stand der Diskussion die Operationen von den Regeleistungsvolumina ausgenommen werden sollen, nicht jedoch die Anästhesieleistungen. Da die Operationen jedoch weiter aus den jeweiligen Fachgruppentöpfen bedient werden sollen, kann dies dort zu fallenden Punktwerten führen.

Genauso besteht die Gefahr, dass durch eine steigende Zahl an Operationen die Anästhesiebewertung sinkt.

Elmar Mertens