

Kommentar zum Power-Point Vortrag EBM 2000plus Sept. 2004

Folie 2

Der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) wird von der KBV gemeinsam mit den Krankenkassen entwickelt und verabschiedet. Im Zweifelsfall, wenn man sich nicht einigt, könnte auch das Bundesgesundheitsministerium (BMGS) eine Ersatzvornahme machen und einen EBM diktieren. Grundsätzlich hat das BMGS die Rechtsaufsicht, zu kontrollieren, ob im EBM die gesetzlich vorgegebenen Rahmenbedingungen eingehalten wurden.

Der EBM ist gemäß dem Sozialgesetzbuch V keine Gebührenordnung, sondern ein reines Verhältnisbewertungssystem. Zusätzlich legt er fest, was überhaupt zu Lasten der GKVn abgerechnet werden darf und was die einzelne dort definierte Leistung umfassen muss. Siehe auch Folie 5

Folie 3

Im Sozialgesetzbuch gibt es Leistungsbereiche, für die eine gleichartige Vergütung der Vertragsärzte und sonstiger Leistungserbringer im GKV-System festgeschrieben ist. Hierbei ist ausdrücklich nicht der EBM erwähnt. Wenn also beispielsweise ein Fallpauschalensystem für Ambulante Operationen käme, würde auch dies den Bedingungen eines gleichartigen Vergütungssystems entsprechen.

Folie 4

Die hier aufgeführten Leistungsbereiche sind nicht an den EBM, bzw. eine gleichartiges Vergütungssystem gebunden, hier dürfen also andere Vergütungssysteme vereinbart werden.

Folie 5

Gegenüberstellung EBM und HVM (Honorarverteilungsmaßstab), der jetzt ja vertraglich mit den Krankenkassen in jeder KV, also 17 mal in der BRD, vereinbart werden muss, und daher auch HVV (Honorarverteilungsvertrag) genannt wird.

Folie 7

Die drei Leistungsbereiche, in denen der Anästhesist im EBM 2000plus abrechnet. Das hauptsächliche Leistungsgeschehen der Fachgruppe wird im Kapitel 31 abgebildet. Auf die Allgemeinen Leistungen wird im Folgenden nur kursorisch eingegangen.

Die für uns interessanten Details bei den Allgemeinen Leistungen werden später nachgereicht.

Folie 8

Der Ordinationskomplex ist völlig neu gestaltet: Es gibt drei Altersgruppen und es wird nicht mehr nach Versichertenstatus unterschieden. Die unterschiedliche Bewertung soll den unterschiedlichen Aufwand der Altersgruppen abbilden.

Schon im EBM 96 sollte ein Anreiz zur Bildung von Gemeinschaftspraxen über einen 10% Zuschlag zur Ordinationsziffer geschaffen werden, der EBM 2000plus tut dies ebenfalls über einen Zuschlag von 60 Punkten zum Ordinationskomplex für fachgleiche Gemeinschaftspraxen. Fachübergreifende Zusammenschlüsse und MVZs bekommen mindestens 60 Punkte, bei mehr als 4 Fächern je Fach zusätzlich 15 Punkte bis zu 105 Punkte bei 7 Fächern.

Folie 9

Leistungen des Kapitels 5 können nur von vertragsärztlich tätigen Anästhesisten abgerechnet werden. Hier sind die Ordinationsgebühren der Einzelpraxis dargestellt, die Ziffer **05220** kann im 10 min. Takt nur bei Patienten angesetzt werden, bei dem im gleichen Behandlungsfall (=Quartal) Leistungen des Kapitels 30.7 (Schmerztherapie) abgerechnet werden.

Neben der Ziffer **05230** (Aufsuchen der OP-Praxis) ist bisher keine zusätzliche Berechnungsmöglichkeit einer Wegepauschale vorgesehen

Folie 10

Die Ziffer **05310** ist ausschließlich als Voruntersuchung vor Ops des Kapitels 31.2 möglich. Dies gilt sowohl für vor ambulanten als auch vor belegärztlichen Operationen.

Der EBM enthält noch keine Regelung zur Abrechnung bezüglich abgesetzter Patienten.

Da die sogen. „kleine Chirurgie“ im Kapitel 31.2 abgerechnet wird, wenn in Narkose durchgeführt (bisher nur bei Kindern unter 12 Jahren), ist auch hierbei die Ziffer **05310** anzusetzen.

Bisher noch ein Abrechnungsausschluß vor der Analgosedierung nach den Ziffern **31830** und **31831**.

Die hier abgebildeten Narkosen/RA finden sich mit der gleichen Bewertung nochmals im Kapitel 31, wo sie den Eingriffen zugeordnet sind. Die Narkosen/RA des Anästhesiekapitels kommen also nur bei Eingriffen außerhalb des Kapitels 31.2 zum Ansatz.

Die neu geschaffene Analgosedierung mit 10 min-Taktung ist gebunden an die Eingriffe, die im Katalog zum § 115b SGB V aufgeführt sind.

Der Aufwachraum für 2 Std. kommt ebenfalls nur bei Eingriffen in Frage, die nicht im Kapitel 31 erfasst sind.

Folie 11

Die Orientierung ausschließlich an der Eingriffszeit macht eine Vergleichbarkeit mit dem EBM 96 unmöglich, durch früheres Eintreten der Verlängerungsziffer entsteht prinzipiell eine höhere Bewertung. Dies ist auch bei den Narkosen/RA des Kapitels 31 umgesetzt.

Folie 12

Übersicht über die Gliederung des Kapitels 31

Folie 13

Alle nach dem OPS 301 (Operationenschlüssel) erfassten Eingriffe werden einer bestimmten Kategorie (A bis X) zugeordnet. Ferner wird den Kategorien eine Zeittaktung zugeordnet. Beispielhaft sind hier nur drei Kategorien dargestellt. Weil die Auftrennung nach Arztlohn (AL) und Technischer Leistung (TL) im EBM 2000plus nicht mehr abgebildet ist, wird nicht mehr klar, dass durch die Zeittaktung zum einen der in allen Arztgruppen gleiche Arztlohn je min. in die Gesamtbewertung einfließt, zum zweiten hier die unterschiedlichen, betriebswirtschaftlich erfassten Kostenstellen der unterschiedlichen OP-Ausstattungen (ebenfalls je min.) für die unterschiedlichen Ausstattungsanforderungen einfließen.

Folie 14

Übersicht über die Anästhesieleistungen des Kapitels 31

Die Zeittaktung nach **31828** spielt nur eine Rolle, wenn der Operateur in gleicher Sitzung zwei Eingriffe des Kapitels 31.2 durchführt. Wenn dadurch die kalkulierte Zeit (des längsten Eingriffs von beiden) überschritten wird, kann die Zeittaktung genutzt werden. Auch der Operateur hat eine solche Ziffer zur Verlängerung. Nachweis erforderlich!

Die Ziffern **31820** und die **31830** bzw. **31831** sind nebeneinander abrechnungsfähig.

Folie 15

Vollständige Übersicht über die Bewertungen.

Bei der Phakoemulsifikation gibt es als Alternative zur Narkose oder Regionalanästhesie die Möglichkeit, eine Analgosedierung durchzuführen. Diese Ziffer ist auch möglich, wenn der Anästhesist zuvor eine Retrobulbäranästhesie nach Ziffer **31820** gemacht hat.

Folie 16

Allen Operationen des Kapitels 31.2. ist jeweils eine Aufwachraumziffer nach den definierten Kategorien zugeordnet. Auch hier liegt eine Zeitkalkulation zu Grunde, die nur zur Bewertungsfindung diene. D.h. einzelne Zeitnachweise für den Aufwachraum entfallen. Ebenso sind diese Ziffern nicht mehr an ein bestimmtes Narkoseverfahren gebunden.

Folie 17 bis 19

Systematik der Zuordnung der OP-Kategorien zu den 8626 im OPS 301 erfassten Eingriffen an einigen Beispielen.

Achtung! Bis zum Inkrafttreten des EBM 2000plus ist evtl. schon der OPS für 2005 in Kraft. Der OPS wird ständig weiter entwickelt. Dadurch kann sich in diesen Tabellen etwas ändern.

Die Zuordnung zwischen der OP-Ziffer und den Anästhesieleistungen wird sich dadurch jedoch nicht ändern.

Entweder für den Operateur oder für einen anderen nachbehandelnden Arzt sind ferner jeder Operation zwei Nachbehandlungsziffern zugeordnet, die hier nicht aufgeführt sind, da sie nicht für den Anästhesisten in Frage kommen.

Folie 20 bis 22

Punktebewertung der in den Folien 17 bis 19 aufgeführten Beispiele

Folie 23 bis 27

Vergleich typischer Behandlungsfälle des Anästhesisten. Es wird jeweils eine Einzelpraxis zu Grunde gelegt. Für Gemeinschaftspraxen muss gemäß der Folie 8 die höhere Ordinationsgebühr eingesetzt werden. Durch entsprechende Variation (z.B. Weglassen der Ziffer für Aufsuchen der Praxis oder Aufwachraum) lassen sich hieraus die typischen Fälle der eigenen Praxis abbilden und eine ungefähre Prognose der Punktzahrentwicklung treffen.

Folie 29

Die Abrechnungsfähigkeit der Sterilisation und Interruption über das GKV-System ist nur bei medizinischer Indikation gegeben. Ansonsten GOÄ-Abrechnung mit Pat.

Folie 30

Die sogen. „kleine Chirurgie“ ist neben der Chirurgie für weitere 4 Fächer definiert.

Wenn bei Kindern unter 12 Jahren derartige Eingriffe durchgeführt werden, werden diese im Kapitel 31.2 abgerechnet wird, jedoch nur, wenn in Narkose durchgeführt. Der Operateur kann dann jeweils die OP-Ziffer der kürzesten Kategorie seines OP-Kapitels ansetzen. Daraus ergibt sich automatisch die zugehörige Narkose und der zugehörige Aufwachraum.

Folie 31

Hier sind Punkte aufgeführt, die aus Sicht des Berufsverbandes so nicht bleiben können.

Hierüber werden weitere Gespräche mit den zuständigen Entscheidungsträgern geführt.