

01.08.2014 EBM

Wie geht es weiter mit dem EBM?

J.-A. Rüggeberg



Reformen des EBM sind immer wieder ein Thema ausgiebiger Spekulationen und insofern ähneln Artikel dazu gerne in gewisser Weise einer Kaffeesatzleserei. Es dürfte inzwischen aber allen bekannt sein, dass die KBV eine Überarbeitung des aktuellen EBM plant und zumindest für den hausärztlichen Bereich auch schon in Teilen umgesetzt hat.

Insofern ist es schon von Interesse, in welche Richtung sich diese EBM-Reform bewegen wird.

Eines vorweg: Als Termin für die Einführung des fachärztlichen Teils des EBM ist aktuell der 01.01.2016 vorgesehen. Ich persönlich halte diesen Termin aus zwei Gründen für unrealistisch: Erstens dauert der Gang durch die Gremien insbesondere die Beschlussfassung im Bewertungsausschuss lange. Ein Entwurf, der zum Jahresanfang 2016 in Kraft treten soll, müsste spätestens bis September 2015 beschlossen sein und deshalb im Prinzip schon zu Beginn des Jahres 2015, also in einem halben Jahr fertig sein. Das ist nicht zu erwarten. Zweitens stehen im Jahr 2016 Neuwahlen für die KV-Vorstände an und die werden Ihre Wiederwahlaussichten nicht durch mit Sicherheit aufkommenden Zorn der Basis über einen neuen EBM gefährden wollen. Also sind meine nachfolgenden Ausführungen noch relativ früh und entsprechend ohne jede Verbindlichkeit. Gleichwohl sollen Sie informiert werden über die Vorstellungen Ihres Berufsverbandes um ggf. mit uns in eine weitere Diskussion einzutreten.

Wichtig in diesem Zusammenhang sind einige Vorbemerkungen, um unsere Vorschläge für eine EBM-Reform im richtigen Licht einordnen zu können:

1: Der EBM bringt prinzipiell kein neues Geld ins System. Unter den gesetzlichen Bedingungen eines Budgets geht es immer nur um eine Umverteilung des eklatanten Mangels zwischen den Fachgruppen. Eine Leistungsbewertung wird zwar im Grundsatz durchgeführt, relativiert sich aber stets an der zur Verfügung gestellten Geldmenge. Wie sagte Herr Köhler so schön: „Die Freiheit des Arztes definiert sich an der Länge der Kette, die ihm um den Hals gelegt wurde.“ Jede EBM-Position ist also nur eine Relativbewertung der Leistungen zueinander und lediglich für die extrabudgetären Leistungen tatsächlich eine Preisgestaltung.

2.: Alle Vorschläge basieren auf den Bedingungen des aktuellen Systems. Diese Bedingungen lehnen wir grundsätzlich und vehement ab, dazu gehört insbesondere die Budgetproblematik mit den damit verbundenen

Leistungsbegrenzungen. Wir verlangen wie jeder Unternehmer einen konkreten festen und garantierten Preis für unsere Leistungen. Das würde dann entsprechend der Systematik (nicht zwingend des dringend überarbeitungswürdigen) Inhalts der GOÄ eine Gebührenordnung ergeben, die den Namen auch verdient. Dieses ist aber unter den bekannten politischen Rahmenbedingungen illusorisch, also müssen wir entgegen unserer Grundüberzeugung Vorschläge entwickeln, die innerhalb des perfiden Systems einigermaßen unser Leistungsgeschehen abbilden.

Da die Budgetierung nur mit knebelnden Mengenbegrenzungen funktionieren kann, muss in diesem Zusammenhang ein Ziel sein, Anreize zu überbordenden Einzelleistungsabrechnungen zu vermeiden, da so nur die Gefahr für die Kollegenschaft besteht, ggf. in Plausibilitätsprobleme zu geraten und am Ende einen Regress zu zahlen für Gelder, die überhaupt gar nicht eingenommen worden sind. Deshalb haben wir nach langer Diskussion darauf verzichtet, die bisherigen Komplexe in Einzelleistungen aufzulösen, obwohl dies für uns eher der reinen Lehre entspräche. Dennoch ist es wichtig, im Fachkapitel Chirurgie als Gruppe ein klar erkennbares Profil zu entwickeln und spezifische Leistungen zu benennen, die typisch sind für eine chirurgische Praxis und eventuell sogar ein Alleinstellungsmerkmal darstellen.

Um es noch einmal deutlich zu sagen: Wir wünschen und fordern eine eindeutige und mit festen Preisen versehene Gebührenordnung auf der Basis tatsächlich erbrachter Einzelleistungen, müssen aber die Realität anerkennen und daher unter den gegebenen Bedingungen eine Verbesserung des aktuellen EBM zähneknirschend systemkonform anstreben.

Im Folgenden erhalten Sie nun einen Überblick über die Forderungen, die wir im Lichte der obigen Ausführungen eingebracht haben. Es handelt sich dabei um einen Diskussionsentwurf, der von unserer Seite durchaus noch verändert werden kann. Spannender und leider überhaupt nicht abzuschätzen ist die Frage, ob die KBV sich unserer Vorschläge annimmt und wenn ja, wie. Es gibt nun mal keine Verpflichtung der KBV, Vorschläge oder Forderungen der Berufsverbände eins zu eins zu übernehmen.

Ich verzichte bei der Aufstellung auf jeweilige Begründungen, weil ich denke, dass sich dies von alleine erschließen dürfte.

Vorschläge für EBM-Änderungen bzw. Ergänzungen der Fachgruppe Chirurgie

Präambel Kap. 7		Neuformulierung Satz 1 entsprechend M-WBO
		<p>1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von</p> <ul style="list-style-type: none">• Fachärzten für Chirurgie,• Fachärzten für Allgemeinchirurgie,• Fachärzten für Viszeralchirurgie,• Fachärzten für Gefäßchirurgie,• Fachärzten für Thoraxchirurgie,• Fachärzten für Herzchirurgie,• Fachärzten für Kinderchirurgie,

		<ul style="list-style-type: none"> • Fachärzten für Plastische Chirurgie, • Fachärzten für Orthopädie/Unfallchirurgie berechnet werden.
07210-07212		Splitting in Neu-Patienten (ICD) und bekannte Patienten bezogen auf Vorquartal
	07210 07211 07212	Grundpauschale Erstkontakt im Krankheitsfall
		<p>Obligater Leistungsinhalt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, erstmalig im Krankheitsfall <p>Fakultativer Leistungsinhalt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen, • Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600, • Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601, • In Anhang 1 aufgeführte Leistungen, <p>Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall</p> <p>Der Krankheitsfall ist definiert in § 21 Abs. 1 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 EKV und umfasst das aktuelle sowie die drei nachfolgenden Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Gebührenordnungsposition folgen.</p>
07213-07215	07213 07214 07215	Grundpauschale im Behandlungsfall bei gleichem Krankheitsfall
		<p>Obligater Leistungsinhalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, <p>Fakultativer Leistungsinhalt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen, • Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600, • Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601, • In Anhang 1 aufgeführte Leistungen, <p>Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall</p> <p>Abrechnungsausschluss Im Krankheitsfall 07210, 07211, 07212</p>
07230		Zusatzpauschale für die sofortige unvorhergesehene (Notfall)-Behandlung eines Patienten
		<p>Obligater Leistungsinhalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notfallbehandlung eines Unfallverletzten am Unfalltag <p>Und/oder</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Akutbehandlung eines Patienten innerhalb von 24 Stunden (einem Werktag) nach Eintritt der Erkrankung <p>Und/oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akutbehandlung eines Patienten innerhalb eines Werktages nach Überweisung durch einen Vertragsarzt oder nach ambulanter Notfallbehandlung im Krankenhaus <p>Und/oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Umgehende Anschlussbehandlung nach Entlassung aus stationärer Behandlung innerhalb von zwei Werktagen
07240		Zusatzpauschale für die Behandlung von Mehrfachverletzungen und/oder eines Polytraumas
		<p>Obligater Leistungsinhalt:</p> <p>Dokumentation von Behandlung von</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verletzungen an wenigstens zwei großen Extremitätenabschnitten (distal bzw. proximal des Ellbogen- und/oder Kniegelenks) <p>Und/oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens einem Extremitätenabschnitt und einem Abschnitt des Körperstamms (Becken/Wirbelsäule) <p>Und/oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verletzungen des Bewegungsapparates und einer Körperhöhle <p>Und/oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verletzungen mehrerer Körperhöhlen <p>Und/oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kombinationsverletzungen der Extremitäten mit großen Blutgefäßen und/oder stammnahen Nerven und/oder einem Schädelhirntrauma
07250		<p>Zusatzpauschale Zweitmeinung</p> <p>Beurteilung von externen Befunden zur Erstellung einer Zweitmeinung auf Überweisung durch einen anderen Vertragsarzt</p>
		<p>Obligater Leistungsteil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sichtung, Bewertung und Dokumentation externer Befunde • Beratung des Patienten zu alternativen Behandlungsmöglichkeiten • (Dauer mindestens 10 Minuten, falls neue zeitbasierte Budgetsystematik)
07310		<p>Zusammenführung mit 07311 ohne Altersdifferenzierung</p> <p>Begründung: Bei Kindern ist der therapeutische Aufwand etwas geringer, dafür der Zeitbedarf wegen der Elterngespräche umso höher</p>
07320		Viszeralchirurgischer Komplex (wie bisher)
07321		Thoraxchirurgischer Komplex
		Beratung, Untersuchung und Behandlung eines Patienten mit einer thoraxchirurgischen Erkrankung

		<p>Obligater Leistungsinhalt:</p> <p>Mindestens zwei Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall</p> <p>Nur für Fachärzte für Thoraxchirurgie</p>
07322		Herzchirurgischer Komplex
		<p>Beratung, Untersuchung und Behandlung eines Patienten mit einer herzchirurgischen Erkrankung</p> <p>Obligater Leistungsinhalt:</p> <p>Mindestens zwei Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall</p> <p>Nur für Fachärzte für Herzchirurgie</p>
07331		Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Behandlung von degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und bei Erwachsenen
		<p>Obligater Leistungsinhalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik und/oder Therapie von Erkrankungen der Wirbelsäule und/oder • Segmentale Funktionsdiagnostik und Differentialdiagnostik und/oder • Weiterführende neurologische Diagnostik, • Mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,
		Fakultativer Leistungsinhalt
		<ul style="list-style-type: none"> • Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese, • Mobilisationen nach Funktionsdiagnostik, • Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen, • Behandlung mit Lokalanästhetika, • Haltungsschulung,
		Einmal im Behandlungsfall
		Der Ausschluss der Nebeneinanderberechnung von Behandlungskomplexen ist nicht sachgerecht und sollte entfallen.
		Kleinchirurgische Eingriffe:
		<p>So genannte „kleine“ chirurgische Eingriffe erfordern nach chirurgischem Verständnis grundsätzlich zur Patientensicherheit die gleichen Erfordernisse der Strukturqualität wie sie für Operationen im Eingriffsraum vorausgesetzt werden. Es ist daher folgerichtig, diese Eingriffe, soweit sie mit einer instrumentellen Eröffnung der Haut oder Schleimhaut einhergehen, im Kapitel 31 zu definieren. Damit wird auch die dort abgerechnete Menge reduziert, weil Eingriffe aus dem Kapitel 31 genehmigungspflichtig sind und insofern nur einer kleinen Anzahl von Vertragsärzten zugänglich sind.</p> <p>Ersatzweise fordern die Chirurgen eine gesonderte Abrechnungsziffer, wie sie</p>

		auch für andere Fachgruppen eingerichtet ist und auch aktuell für die Hausärzte vorgesehen wird.
07360 (31960)		Siehe 02300 ggf. im Eingriffsraum, dann 31.6
07361 (31961)		Siehe 02301 ggf. im Eingriffsraum, dann 31.6
07362 (31962)		Siehe 02302 ggf. im Eingriffsraum, dann 31.6
31101 36101		<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A1 entsprechend Anhang 2 Oder • Spaltung eines ausgedehnten großen Abszesses entsprechend der Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.3.7
31965		Punktion eines großen Gelenkes
		<p>Obligater Leistungsinhalt</p> <p>Durchführung in einem Eingriffsraum gemäß den Bedingungen des AOP-Vertrages</p>
Kapitel 31.1.2 31015		Zusatzpauschale Überweisung zur Ambulanten Operation
		<p>Obligater Leistungsinhalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erstellen einer Indikation zu einem ambulanten Eingriff • Beratung des Patienten über die Operationsmethode, alternative Möglichkeiten, den zu erwartenden postoperativen Verlauf und die Erfordernisse der häuslichen Betreuung • Zusammenstellung und Mitgabe der relevanten Untersuchungsergebnisse • Ausstellung einer fachgebundenen Überweisung <p>Fakultativer Leistungsinhalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisation der postoperativen Betreuung • Kontaktnahme mit der operativen Einheit • Durchführung der perioperativen Thromboembolieprophylaxe
Präambel Kap. 31.2		Satz 8:
		Ergänzen um die GOP 01102
31xx8		Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31xx1 bis 31xx6 bei Simultaneingriffen und/oder Rezidiveingriffen und zu der

		Gebührenordnungsposition 31xx7 Ausschluss: 31141 bis 31146 (nur für Rezidiveingriffe)
36xx8		Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36xx1 bis 36xx6 bei Simultaneingriffen und/oder Rezidiveingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36xx7 Ausschluss: 36141 bis 36146 (nur für Rezidiveingriffe)
01102		Geplante Inanspruchnahme des Vertragsarztes an Samstagen, Sonn- und Feiertagen zwischen 07:00 und 19:00 Uhr

Rüggeberg J. Wie geht es weiter mit dem EBM? Passion Chirurgie. 2014 August, 4(08): Artikel 02_05.

Autor des Artikels



Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg

Vizepräsident des BDC

Referat Presse- & Öffentlichkeitsarbeit/Zuständigkeit PASSION
CHIRURGIE

Praxisverbund Chirurgie/Orthopädie/Unfallchirurgie Dres.

Rüggeberg, Grellmann, Henke

Zermatter Str. 21/23

28325 Bremen

[> kontaktieren](#)