

Was gibt es Neues?
BG, EBM, §115b



Berufsgenossenschaften (1)

- Umsetzung und Beteiligung am DALE-UV Verfahren in der Praxis lt. BG ein „Muss“
- Möglicherweise künftig „Bedarfsplanung“ bei den BGen, da Verschiebung Land - Stadt
- Zukünftig: D-Arzt : entweder Facharzt für Chirurgie oder Orthopädie und Unfallchirurgie, zusätzlich bisherige Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie oder die neue Zusatzbezeichnung „spezielle Unfallchirurgie“



Berufsgenossenschaften (2)

- Zukünftige Ausbildung Facharzt für Orthopädie und UC mit zusätzlichem Nachweis 2 jähriger unfallmedizinische Tätigkeit reicht nur für H-Arzt
- Für die Beteiligung D-Arzt ist „Spezielle Unfallchirurgie“ Voraussetzung
- Probleme mit BG-Abrechnung: siehe Arbeitshinweise für die Abrechnung von Arztrechnungen (www.hvbg.de/d/pages/reha/verguet)



Berufsgenossenschaften (3)

- Besondere Kosten für niedergelassene Ärzte ab 01.03. 2007 teilweise massiv gesenkt. (trotz MWSt.-Erhöhung!)
- Auf Grund von Verhandlungen der DKG mit UV Träger (KBV nicht beteiligt!)
- Empfehlung: individuelle Hinterlegung in der angefallenen Sachkosten bei der Rechnungserstellung

Änderungen (Beispiele)

- 200 (Verband) 1,36 € -----> 1,28 €
- 209 (Tape) 21,87 € -----> 14,94 €
- 228a 7,67 € -----> 5,33 €
- 237b 37,21 € -----> 29,10 €
- 2001 5,47 € -----> 5,41 €
- 2004 9,46 € -----> 9,40 €

EBM (1)

- 33011 Sono Gesichts-Halsweichteile nun auch von Chirurgen abrechenbar
- 34237 Rö.. Becken in 2 Ebenen (neu)
- Neue OPS Prozeduren besonders für arthroskopische Operationen neu eingeführt
- Ambulantes Operieren:
 - Neue Ziffern für percutane Kidrahtentfernung am distalen Radius, Phalangen Hand und Fuß:
 - 02300 und OPS Prozedur 5.787.06, 5.787.0c, 5.787.0w



EBM (2)

- Geschlossene Frakturen im § 115b:
 - 31912, OPS Prozedur: 8.200.1 Humerus prox.
 - 31912, OPS Prozedur: 8.200.4 Radius
- Geschlossene Reposition einer Luxation eines Gelenkes auch im § 115 b !
 - Postoperative Nachbehandlung durch andere Ärzte als den Operateur: 31600
 - Durch den Facharzt: 31601 (Kategorie 1 Fälle: 31101, 31111, 31141, 31151, 31161, 31181, 31191, 31211, 31271)
 - 31602 bei Erbringung durch den Operateur

EBM (3) Belegärztliches Kapitel

- Neues Kapitel 36 zum 01.04. 2007
- Es soll mehr Geld geben (74 Millionen €)
- feste Punktwerte
- Extrabudgetär – Bereinigung
Gesamtvergütung
- Wie immer auf den letzten Drücker die
Entscheidung
- Keine vereinbarten Punktwerte



§ 115b



Präoperative Leistungen (§4)

- Der überweisende Arzt stellt bedeutsame Untersuchungen zur Verfügung
- Erfolgt eine stationäre Behandlung sind die diagnostischen Maßnahmen, die der Vorbereitung dieser stationäre Behandlung dienen, nicht als Eingriffe gemäß § 115 b abzurechnen

Intraoperative Leistungen (§5)

- In Verbindung mit ambulanten Eingriffen nach §115b können intraoperative Leistungen erbracht oder veranlasst werden die in unmittelbaren zeitlichen und medizinischen Zusammenhang mit dem Eingriff stehen (insbesondere Laboruntersuchungen, Konventionelle Radiologie, Histologie und Pathologie)



Postoperative Leistungen (§6)

- Postoperative Leistungen, einschließlich der Leistungen des Abschnittes 31.3 des EBM die erforderlich sind um den Behandlungserfolg zu sichern sind auch von fachlich verantwortlichen Krankenhausärzten durchzuführen.
- Die Behandlungsdauer soll 14 Tage nicht überschreiten

Vergütung (§7)

- Die im Katalog nach § 3,4,5,6 erbrachten Leistungen werden auf der Grundlage des EBM und ggf. des BMÄ und der E-GO nach einem festen Punktwert außerhalb der budgetierten und pauschalierten Gesamtvergütung vergütet.
- Den Punktwert legen die Gesamtvertragspartner fest.
- Bei der Punktwertfestlegung ist neben der Morbiditätsentwicklung die Anzahl der stationären und ambulanten Operationen im jeweiligen Bereich zu berücksichtigen.
- Die Gesamtvertragspartner bestimmen die Bereinigung der Gesamtvergütung auf der Grundlage des Jahres 2005



Vergütung (§7)

- Die postoperativen Behandlungskomplexe des Abschnittes 31.4 des EBM bei Erbringung durch den Operateur können durch das Krankenhaus bis zum 14. Tag nach Erbringung des Eingriffes mit einem Abschlag in Höhe von 27,5 Prozent berechnet werden.
- Sobald der Bewertungsausschuss die postop. Behandlungsdauer des Abschnittes 31.4 des EBM auf den Zeitraum von 14 Tagen einschränkt entfällt dieser Abschlag

Vergütung (§7)

- Krankenhäuser sind bei der Vergütung ambulanter Leistungen wie niedergelassene Fachärzte der entsprechenden Fachrichtung einzustufen.
- Dies gilt insbesondere für die separate Abrechenbarkeit anästhesiologischer Leistungen / Narkosen.

Vergütung lt. Schreiben KBV vom 02.11. an die KVen (1)

- Keine Vereinbarung eines bundesweiten Bereinigungsverfahrens für AOP
- Keine Regelung des Umfangs der Leistungen
- Vorschlagsliste für prä-, intra-, postoperativen Leistungen
- Katalog stationersetzende Leistungen muss für 2007 neu angepasst werden, da Revision der OPS durch DIMDI
- Auch Notfälle können als extrabudgetär abgerechnet werden



Vergütung lt. Schreiben KBV vom 02.11. an die KVen (2)

- Präoperative Vorbereitung zu Abschnitt 31.2, sowie der dazugehörige Ordinationskomplex im zeitlichen Zusammenhang **extrabudgetär**
- Ergänzende Leistungen, wie Sono-, Duplexsonographie, Röntgenaufnahmen, im Zusammenhang mit einer AOP notwendig sind: **extrabudgetär**
- Intraoperative Leistungen: Abschnitte 31.2, 31.3, 31.5, zusätzlich radiologische Leistungen, Histologie und Labor: **extrabudgetär**
- Postoperative Leistungen, Abschnitt 31.4, soweit nicht ausgeschlossen Kap. 33 und 34 **extrabudgetär**

Vergütung lt. Schreiben KBV vom 02.11. an die KVen (3)

- Extrabudgetäre Vergütung an die Erbringung einer AOP Leistung gebunden
- Begründungstext : Operateur
- Vorgeschlagene Leistungen (Beispiele):
02300, 02301, 02302, 02310, 02311,
02312, 02313, 07210, 07211, 07212,
07215, 07220, 07311, 07320, 07330,
07340, 33... ff, 34...ff



Unterrichtung des Vertragsarztes

- „Nach Durchführung des Eingriffes ist dem Versicherten eine für den weiterbehandelnden Vertragsarzt bestimmte Kurzinformation mitzugeben, aus der Diagnose, Therapieangaben, angezeigte Rehabilitationsmaßnahmen, sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hervorgehen.“
- Diese Information ist obligater Bestandteil der Leistungen und damit nicht gesondert abrechenbar



Abrechnungsverfahren im Krankenhaus

- Nur eine Rechnung zulässig, die sämtliche abrechenbaren Leistungen der ambulanten Operation gemäß der Anlage 1 sowie ggfs. der §§ 4, 5, 6 und 9 umfasst.
- Der Rechnungsbetrag ist um einbehaltene Zuzahlungen zu bereinigen
- Nach Abschluss des Falles wird der zuständigen Krankenkasse innerhalb von 4 Wochen eine Rechnung übersandt.
- Die Krankenkassen haben die Rechnung innerhalb von 4 Wochen nach Rechnungseingang zu bezahlen

Gültigkeit

- Die Abrechnung der Leistungen erfordern zwingend Diagnose und Prozedur in der jeweiligen gültigen Fassung
- Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems vorgesehen
- Vertrag tritt am 01. Oktober 2006 in Kraft
- § 7 Abs. 1 tritt ab 01.1.2007 in Kraft



Katalog - Aufteilung

Abschnitt 1: ambulant durchführbare Operationen gem. § 115b, die im EBM in Anhang 2 zu Kapitel 31 enthalten sind. Hier finden sich ausschließlich Angaben zu OPS Codes sowie die Zuordnung in die Kategorien 1 und 2.

Abschnitt 2: zusätzlich Angaben über die dazugehörigen EBM Leistungen

Kategorien „1“ = in der Regel ambulant

„2“ = ambulant oder stationär erbringbar



Qualitätssicherungsvereinbarungen

- Fachliche Befähigung (§ 4) arztbezogen
- Frequenzregelung (arztbezogen)
- Rezertifizierungsverfahren
- Durchführung von Hygienekontrollen
- Einhaltung der Vorgaben von Strukturqualität

Verfahren zur Qualitätssicherung

- Bundeskommission Qualitätssicherung ambulantes Operieren
 - Je bis zu 7 Mitglieder der Vertragspartner
 - Vorsitzender, wird aus der Mitte gewählt
 - Vorsitz wechselt regelmäßig nach 2 Jahren
 - Beschlüsse einvernehmlich



Aufgaben der Bundeskommission QS ambulantes Operieren

- Definition von Auswahlkriterien und Auswahl der Leistungen für die QS durchgeführt wird
- Definition der Ziele der QS-maßnahmen
- Erteilung von Aufträgen an die Geschäftsführung zur Vorbereitung von QS-Maßnahmen
- Erstellung eines Konzeptes für den strukturierten Dialog mit den Leistungserbringern
- Erstellung eines Konzeptes zur Datenvalidierung
- regelmäßige Bewertung auf Grund der erhobenen Daten, inwieweit die angestrebten Quali-ziele erreicht sind (Evaluation)
- Empfehlung über die Fortführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Einbeziehung von weiteren Sachverständigen



Landeskommission QS ambulantes Operieren

- Beteiligte:
 - KVen
 - Landeskrankenhausgesellschaften
 - Landesverbände der Krankenkassen
- Zusammensetzung
 - Bis zu je 7 Mitglieder
 - Ein Vorsitzender
 - Vorsitz wechselt regelmäßig alle 2 Jahre



Aufgaben der Landeskommission

- Umsetzung bzw. Prüfung der Einhaltung der QS massnahmen auf Landesebene
- Organisation und/oder Durchführung von Beratungsgesprächen und ggf. Begehungen am Ort der Leistungserbringung
- Analyse der Ergebnisse und Auswertung
- Mitteilung der Ergebnisse an die Praxen und Krankenhäuser ggf. auch im Vergleich
- Erstellung eines jährlichen Tätigkeitsbericht

- Beauftragung eines geeigneten Dienstleistungsunternehmens zur Entwicklung, Durchführung und Weiterentwicklung datengestützter Qualitätssicherung
 - Aufgaben: Geschäftsführung der Bundeskommission Qualitätssicherung AOP
 - Inhaltliche und methodische Unterstützung und Koordination der Fachgruppenarbeit auf Bundesebene einschließlich der Rückkoppelung mit der Landesebene
 - Vorgabe von Kriterien zur Plausibilitätsprüfung und Erarbeitung von Auswertungsroutinen mit den Fachgruppen
 - Die Datenentgegennahme, -aufbereitung, und -auswertung



Vertragsärzte, die bereits vor In-Kraft-Treten Eingriffe im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit gemäß § 115 b ausgeführt und abgerechnet haben behalten die Berechtigung, wenn sie spätestens 6 Monate nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung nachgewiesen haben, das sie die Anforderungen nach dieser Vereinbarung erfüllen



Anlage 1 c: Qualitätssicherungsvereinbarungen zur Durchführung von Arthroskopien im Krankenhaus

- Fachliche Befähigung: fakultative Weiterbildung: spezielle Orthopädische Chirurgie oder Unfallchirurgie, Untersuchungszahlen! (180 ASK)
- Räumliche und apparative Voraussetzungen
 - Räumliche Trennung des Operationsraumes von den Räumen des allgemeinen Praxisbetriebes
 - Wasch- und Reinigungsbecken sowie Bodenabläufe sind im Operationsraum nicht zulässig
 - Fernsehkette ist vorzuhalten



Anlage 2:

Fachgebietsspezifisch zu dokumentierende Daten

- Dekompression bei KTS
- Kataraktoperation
- Varizenchirurgie
- Konisation der Cervix uteri

Finanzierungsvereinbarungen

- Qualitätssicherungsmaßnahmen werden über einen Zuschlag vergütet.
 - Leistungserbringer (Dokumentationszuschlag §115 b)
 - Land (Zuschlag § 115b Land)
 - Bund (Zuschlag § 115b Bund)

Allgemeine Tatbestände zur stationären Durchführung

- Eingriffe die in der Regel ambulant erbracht werden sollen sind, sind gekennzeichnet
- Bei Vorliegen von Kriterien der allgemeinen Tatbestände kann jederzeit eine stationäre Durchführung vorgenommen werden
- Kriterien Anlage 2 A, B, D, E, und F
- Empfehlungen zum Prüfverfahren



Katalog von Kriterien für das Prüfverfahren

- Kriterien sollen Transparenz schaffen, wann eine stationäre Aufnahme in ein Krankenhaus nach Auffassung der Vertragspartner erforderlich ist.
- Das heißt es handelt sich um eine nicht abschließende Positivliste

Schwere der Erkrankung

- A1 nein plötzliche Bewusstseinstörung oder akuter Verwirrtheitszustand
- A2 ja Pulsfrequenz $< 50/\text{min}$ oder $> 140/\text{min}$
- A3 ja Blutdruck syst. < 90 oder > 200
diast. < 60 oder > 120
- A4 nein Akuter Verlust der Sehfähigkeit oder des Gleichgewichtssinnes
- A5 ja Akuter Verlust der Hörfähigkeit



Intensität der Behandlung

- B1 ja Kontinuierliche bzw. intermittierende intravenöse Medikation und/oder Infusion
- B2 nein Operation, Intervention oder spez. diagnostische Maßnahme innerhalb der nächsten 24 Stunden, die die besonderen Mittel oder Einrichtungen eines KH erfordern
- B3 ja mehrfache Kontrolle der Vitalzeichen, auch mittels Monitor mindestens alle 4 Stunden
- B4 nein Behandlung auf der Intensivstation
- B5 nein intermittierende mehrmals täglich oder kontinuierliche assistierte oder kontrollierte Beatmung



Operation/invasive Maßnahme

- C1 nein Operation/Prozedur die unstrittig nicht ambulant erbracht werden kann
- C2 nein Leistungen, die ein Kriterium gemäß §3 Abs. 3 des Vertrages nach § 115b erfüllen

Komorbiditäten in Verbindung mit Operationen

- D1 signifikant pathologische Lungenparameter
- D2 Schlafapnoe
- D3 Blutkrankheiten
- D4 Manifeste Herzerkrankungen
 - Angina pectoris Grad III oder IV (NYHA)
 - Manifeste Herzinsuffizienz Grad III oder IV
- D5 Maligne Hyperthermie in der Anamnese
- D6 Pat mit überwachungspflichtigen Behandlungen
 - Endokrine Erkrankungen
 - Obstruktive Lungenerkrankungen
 - Schlaganfall und/oder Herzinfarkt
 - Behandlungsrelevante Nieren/Leberfunktionsstörung
 - Schwere Immundefekte
 - Bluthochdruck mit der Gefahr der Entgleisung

Notwendigkeit intensiver Betreuung

- E1 voraussichtliche Überwachungspflicht über 12 Stunden nach Narkose – oder Interventionsende
- E2 Amputation und Replantation
- E3 Gefäßchirurgische Operation (arteriell und/oder zentral)
- E4 Einsatz und Entfernung von stabilisierenden Implantaten ausgenommen, z.B. nach unkomplizierten Hand-, Handgelenks-, sowie Fuß und Sprunggelenksoperationen
- E5 Einsatz von Drainageschläuche mit kontinuierlicher Funktionskontrolle
- E6 Katheter gestützte Schmerztherapie



Soziale Faktoren

- F1 Fehlende Kommunikationsmöglichkeit, z.B. der Pat lebt allein und hat kein Telefon
- F2 Keine Transportmöglichkeit oder schlechte Erreichbarkeit durch Stellen, die Notfallhilfe leisten können
- F3 Mangelnde Einsichtsfähigkeit des Patienten
- F4 Fehlende Versorgungsmöglichkeit

5-787.06 ↔ Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Radius distal
02300 Kleiner operativer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung
ja ja ja

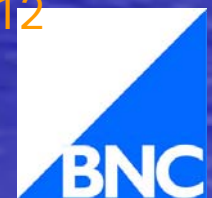
5-787.0c ↔ Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Phalangen Hand
02300 Kleiner operativer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung
ja ja ja

5-787.0w ↔ Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Phalangen Fuß
02300 Kleiner operativer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung
ja ja ja

5-491.15 Operative Behandlung von Analfisteln: Exzision: Submukös
02301 Kleiner operativer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels
Naht
ja ja ja

5-490.0 Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Inzision
02301 Kleiner operativer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels
Naht
ja ja ja

Dazu noch: Repositionen von Luxationen und Frakturen nach 31910 - 31912



Katalog ambulant durchführbarer Operationen (2)

- Abschnitt 3
 - Enthält ambulant durchführbare Operationen und sonst. Stationsersetzende Leistungen gemäß § 115b ohne OPS Zuordnung

Abschnitt 3:

Ambulant durchführbare Operationen und sonstige Stationersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V des EBM ohne OPS-Zuordnung

31932	Behandlung mit einer orthopädischen Stütz-, Halte- und/ oder Hilfsvorrichtung	nein	ja	nein
31941	Abdrücke und Modelle I	nein	ja	nein
31942	Abdrücke und Modelle II	nein	ja	nein
31943	Abdrücke und Modelle III	nein	ja	nein
31944	Abdrücke und Modelle IV	nein	ja	nein
31945	Abdrücke und Modelle V	nein	ja	nein
31946	Abdrücke und Modelle VI	nein	ja	nein

Abrechnungsmodalitäten (1)

- Sobald der Operateur die OP-Indikation zur Durchführung einer nach § 115 b AOP Vertrag definierten Leistung gestellt hat und
- Der Patient der OP zugestimmt hat
- In diesen Fällen ist der Behandlungsschein mit der Pseudo Nr. 88115 zu kennzeichnen
- → Selbst angelegter Überweisungsschein oder ÜS des zuweisenden Arztes



Abrechnungsmodalitäten (2)

- Werden in demselben Behandlungsfall (ein Arzt, ein Patient, ein Kostenträger, ein Quartal) weitere Leistungen, die nicht im Zusammenhang mit der amb. OP stehen erbracht und abgerechnet, so ist ein weiterer Abrechnungsschein anzulegen
- Jedoch ohne 88115

Abrechnungsmodalitäten (3)

- Bei Direktinanspruchnahme des Operateurs zur ausschließlich amb. Op. nach § 115 b, ist die Pseudo Nr. 80030 einzutragen (=Praxisgebühr bezahlt)
- Immer nur ein Behandlungsschein praxisgebührenpflichtig
- Nur einmal die Ordinationsgebühr ansetzbar



Operateur – Überweisungsverfahren Beispiel

