



Berufsverband für Arthroskopie e.V.

Arthroskopie 2016 · 29:65–66
DOI 10.1007/s00142-015-0051-0
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Impressum

Herausgeber und V.i.S.d.P.
Berufsverband für Arthroskopie e.V.

Geschäftsstelle
Berufsverband für Arthroskopie e.V.
c./o. OPN, Breite Str. 96, 41460 Neuss
Tel. 02131-51 257-22, Fax 02131-25412
mail@bvask.de www.bvask.de

Geschäftszeiten
Dienstag 09.30–11.30 Uhr
Mittwoch 14.00–16.00 Uhr
Die Geschäftsstellenleitung hat Frau Agnes Koch.

Redaktion dieser Ausgabe:
PD Dr. Ralf Müller-Rath, Agnes Koch

Neue GoÄ: Aktuelles zum Sachstand

Zunächst ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass das privatärztliche Gebührenverzeichnis nicht in den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung entwickelt und verantwortet wird. Die Gebührenordnung für Ärzte ist eine amtliche Rechtsverordnung, beruhend auf § 11 der Bundesärzteordnung (BÄO). Verordnungsgeber ist hierbei die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates. Hierdurch kommt eine zusätzliche finanzielle Interessenlage aufgrund der Beihilfezahlungen durch Bund und Länder ins Spiel. Dieses scheint ein wesentlicher Grund für die bisherige Passivität des Vorordnungsgebers zu sein.

Dennoch wurde vor nunmehr über zehn Jahren die Novellierung der GoÄ, welche in ihrer jetzigen Form aus dem Jahre 2011 stammt, auf den Weg gebracht. Hierbei soll die Bundesärztekammer die Interessen der Ärzteschaft in Verhandlungen mit dem Verband der privaten Krankenkassen vertreten. Wie oben bereits ausgeführt tragen die letzte Verantwortung in der Ausführung jedoch die verschiedenen Organe der Politik.

Zu Beginn der Arbeiten an der neuen GoÄ ist die Bundesärztekammer auf die jeweiligen Berufs- und Fachverbände zugegangen, um die Detailarbeit

für die entsprechenden Fachkapitel zu erledigen. Hierbei wurde zwischen dem BVASK und dem BVO (später BVOU) die Vereinbarung getroffen, dass das Kapitel der Arthroskopie durch den BVASK bearbeitet werden soll und dieser in der entsprechenden Kommunikation mit der Bundesärztekammer allein verantwortlich ist.

Eine wesentliche Vorgabe der Bundesärztekammer war von Beginn an, dass die verschiedenen Eingriffe ähnlich dem EBM in Leistungskomplexen zusammengefasst werden sollten. Damit war von vornherein ein wesentliches Element der GoÄ, nämlich die Einzelleistungsvergütung und die Möglichkeit, Leistungen nebeneinander abzurechnen, aufgehoben.

Die Arbeiten für die Novellierung des arthroskopischen Kapitels wurden dann in den Jahren 2005 bis 2010 durch meinen Vorgänger, Dr. Emanuel Ingenhoven, und dem damaligen Vorstand des BVASK erledigt. Nach dem Wechsel des Vorsitzes im Jahr 2010 haben wir diese Arbeiten gemeinsam fortgesetzt und schließlich 2011 der Bundesärztekammer einen abschließenden Vorschlag zum arthroskopischen Kapitel vorgelegt. Man mag sich wundern, warum für eine solche Tätigkeit mehre-

re Jahre ins Land ziehen müssen. Grund war jedoch sicherlich nicht der fehlende Arbeitseinsatz der auf Ärzteseite beteiligten Personen sondern vielmehr die jeweils wechselnden Vorgaben aus der Bundesärztekammer, begleitet von einer häufigen Personalrotation mit entsprechendem Wechsel der Verantwortlichkeiten sowie außerordentlich langen Bearbeitungszeiten. Unsere Ansprechpartner auf Seiten der BÄK aus dem Jahre 2011 bekleiden mittlerweile Positionen in anderen Organisationen: Frau Dr. Klakow-Franck ist beim GBA tätig, Herr Dr. Rochell ist Verwaltungsdirektor der KBV und von der direkt für uns zuständigen Referentin, Frau Dr. med. Dipl.-Ök. Ursula Hofer, wird berichtet, dass Sie auf die Seite der privaten Krankenversicherung zur Allianz gewechselt sei.

Der von uns im Jahre 2011 erarbeitete Vorschlag war mit dem damaligen Vorstand der AGA konsentiert und enthielt sämtliche zur damaligen Zeit bekannten und anerkannten arthroskopischen Eingriffe sowie eine in sich logische und kohärente Abbildung der jeweiligen Komplexziffern. Es sei darauf hingewiesen, dass der BVASK zu keiner Zeit in die Frage der Vergütung der jeweiligen Komplexe eingeschaltet war.

Die Arbeiten erfolgten in durch die Bundesärztekammer vorgegebenen Tabellen, wobei der wesentliche Arbeitsauftrag darin bestand, die Eingriffe

korrekt zu beziffern, in die Leistungskomplexe einzuordnen sowie Aussagen über die Komplexität und die Dauer der Eingriffe zu machen. Leider verschwand auch der Vorschlag aus dem Jahre 2011 in der Versenkung, insbesondere weil wohl die Politik erneut das Interesse an einer zügigen Novellierung der GoÄ verloren hatte.

Leider ist festzustellen, dass – wohl im Zuge des mit dem PKV-Verband verabredeten Stillhalteabkommens – die weitere Einbindung unsererseits und auch anderer Berufsverbände in die Ausgestaltung einer neuen GoÄ ausgeblieben ist. Somit ist es uns zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich zu erkennen, mit welchem Vorschlag bezüglich des Fachgebietes Arthroskopie die Bundesärztekammer gegenüber dem PKV-Verband ins Rennen geht.

Anlässlich der 25. Jahrestagung des BVASK im Jahre 2015 in Düsseldorf teilte Herr Dr. Windhorst als Verantwortlicher für die Seite der Bundesärztekammer im Rahmen der Diskussion zu seinem Vortrag mit, dass keine Vorschläge eingebracht würden, die nicht vorab mit dem BVASK konsentiert worden wären. Allerdings ist auch im Nachgang trotz Anfrage unsererseits zu diesen Äußerungen kein weiterer Kontakt zustande gekommen, so dass die Situation der Ungewissheit bestehen bleibt.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Berufs-

verbände – und hier für die Arthroskopie der BVASK – ihre Hausaufgaben gemacht haben. Die Verzögerung der GoÄ-Novellierung über viele Jahre konterkariert diese intensive Detailarbeit der Berufsverbände und lässt befürchten, dass die neue GoÄ bereits zum Zeitpunkt der Einführung veraltet ist, da letztlich auf Vorschläge zurückgegriffen wird, die vor vielen Jahren gemacht wurden. Die fehlende Einbindung der Berufsverbände in der abschließenden Phase ist sehr bedauerlich.

Zusätzlich zu diesen Punkten, welche im Wesentlichen die inhaltliche Ausgestaltung und Legendierung der einzelnen Kapitel betreffen, ist vollkommen unklar, wie sich die zukünftige Vergütungssituation insbesondere im Verhältnis zu jetzigen GoÄ darstellen wird. Allein durch den über die Jahre entstandenen Kaufkraftverlust und fehlenden Inflationsausgleich hat die Ärzteschaft im Bereich der gesamten GoÄ seit den 90-er Jahren einen Umsatzverlust von 30 % hinge-

nommen. Herr Dr. Windhorst hat in seinen Ausführungen beim BVASK-Kongress eindeutig zum Ausdruck gebracht, dass dieser Verlust nicht ausgeglichen werden wird und schon ein geringes zweistelliges Plus als Erfolg zu werten wäre. Faktisch wird also ein erheblicher Umsatzverlust rückwirkend akzeptiert und für die Zukunft als Berechnungsgrundlage zementiert.

Es ist nicht zu erwarten, dass der Fehler einer fehlenden Koppelung des Gebührenordnungssystems an die Preisentwicklung mit der neuen GoÄ korrigiert werden soll. Insofern ist auch in der neuen GoÄ mit einer degressiven Umsatzsituation zu rechnen. Darüber hinaus ist vollkommen unklar, wie sich das zukünftige Verhandlungsergebnis auf den einzelnen Eingriff niederschlagen wird, so dass sogar eine Abwertung der Vergütung für gewisse Eingriffe nicht ausgeschlossen werden kann.

Ihr
PD Dr. Ralf Müller-Rath

Ergänzungen zu dem Artikel – Was ändert sich im OPS 2016 für die Arthroskopie

1. In Heft 4/2015 habe ich die Änderungen im Bereich des OPS 2016 für die Arthroskopie dargestellt. Dabei habe ich eine Neuerung übersehen.

Die Bezeichnung des Codes für die arthroskopische Naht der Rotatorenmanschette (5.814.4) hat sich geändert. Diese hieß 2015 „*Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette, Inkl.: Debridement der Rotatorenmanschette*“.

Ab 2016 lautet die Bezeichnung: „*Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette, Inkl.: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit Debridement*“.

Was zunächst wie eine ausschließlich redaktionelle Änderung im Inklusivum erscheint, entpuppt sich als durchaus relevante Klarstellung: Der Code 5-814.4 ist ausschließlich bei der Rekonstruktion der Rotatorenmanschette (mit oder ohne Debridement) zu wählen. Ein alleiniges Debridement ist nicht über diesen Code abzubilden. Hier muss der spezifische Code 5-819.10 (Debridement einer Sehne) verwendet werden.

Diese scheinbare Verschlechterung soll dazu führen, dass der Inhalt der I29B nicht mehr durch Eingriffe verwässert wird, die eigentlich in die I16Z codieren. Somit ist langfristig damit zu rechnen, dass das Relativgewicht der I29B ansteigt. Dieses ist auch unbedingt notwendig vor dem Hintergrund der deutlichen Unterkalkulation dieser DRG, insbesondere im Sachkostenbereich.

2. In Heft 4/2015 habe ich die Überleitung des Codes 5-814.a (laterale Clavikularesektion) auf den Code 5-782.b0 berichtet. Allerdings findet sich dieser Code nicht in der Vorabpublikation des EBM 2016 wieder. Dieses würde zur Folge haben, dass die ACG-Resektion ambulant nicht erbracht werden könnte. Wir haben daraufhin bei der KBV interveniert. Es wurde zugesichert, dass versucht wird, in den Verhandlungen im Bewertungsausschuss mit dem GKV Spitzenverband zu einer Lösung in dieser Sache zu kommen. Die offizielle Publikation des Anhang 2 zum EBM 2016 wird erst am 1.4. erwartet.

3. Die endoskopische Resektion einer Haglundexostose kann zukünftig über den Code 5-782.bt codiert werden. Auch hier gilt, dass noch unklar ist, ob eine Aufnahme in den EBM 2016 erfolgen wird.