

Sparten UBR / Praxis-OP / OP I / OP II

Die Sparten UBR / Praxis-OP / OP I / OP II stellen im Tarmed einen von vielen Parametern dar.

Parameter im Tarmed

Die Spartenzuteilung UBR / Praxis-OP / OP I / OP II beinhaltet im Tarmed einen von mehreren Parametern einer Tarmed-Position, wie beispielsweise die Minutage von Schnitt bis Naht, die quantitative und qualitative Dignität, die Anästhesie-Risikoklasse, die Raumbelugung, die Assistenzdotation, die Vor- und Nachbereitung oder den Operationsbericht.

Sparten

Die Sparten charakterisieren, unter welchen Voraussetzungen an Infrastruktur die einzelnen Tarifpositionen eingeordnet worden sind. Massgebend für die Sparte OP I ist beispielsweise vor allem die Fläche des Operationssaals. Für die Sparte OP II zählt insbesondere der Zugang zu einer Spitalinfrastruktur im gleichen Gebäude.

Bei all diesen Parametern gilt die hypothetische Annahme, auf welche Art und Weise die Mehrzahl einer bestimmten Leistung erbracht wird. Nicht massgebend ist die im Einzelfall de facto vorliegende Infrastruktur. Ein UBR könnte ja durchaus die Voraussetzungen für einen OP I erfüllen oder – wie ein OP I – sogar im Spital lokalisiert sein, womit allenfalls selbst die Voraussetzungen für OP II erfüllt wären.

Ziel und Zweck der Parameter

Diese Charakterisierung der Leistung durch solche Parameter legt die Grundlagen der spezifischen Leistung offen. Den Parametern kommt im Einzelfall jedoch keine therapierelevante und auch keine abrechnungstechnische Bedeutung zu. Weder beeinflusst die hinterlegte Minutage den Operateur bei der Erbringung der Leistung noch beeinflusst die effektiv benötigte Minutage die Abrechnung der Leistung. Dies gilt auch für die effektiv benötigte Assistenz, die effektive FMH Dignität des Operateurs, die Raumbelugung oder die Sparte, in der die Operation durchgeführt wurde. Bei einer aus Einzeleingriffen zusammengesetzten Operation muss auch nicht gemäss Tarifvorgabe für jeden Einzeleingriff die Sparte gewechselt werden, um die zugeordnete Sparte einzuhalten. Dies gilt auch für den Operateur und die Assistenzdotation.

Expertengespräche

Zum besseren Verständnis muss auf die Entstehungsgeschichte dieser Parameter hingewiesen werden. Die Charakterisierung der Leistungen erfolgte in Form von Expertengesprächen. Jeweils unter dem Vorsitz von H.H. Brunner wurden am runden Tisch im Beisein der verschiedenen Versicherer sowie der Tarifdelegierten einer Fachgesellschaft für jede Einzelleistung die Durchschnittsparameter diskutiert, abgeschätzt und eingestuft.

Grundlagen für die Zuteilung

Die Einstufung der Parameter erfolgte auf Grund der Einschätzung des Durchschnittswerts. Dabei bezieht sich die Minutage, die quantitative Dignität oder die Raumbellegung vorwiegend auf den spezifischen operativen Eingriff.

Der Patient im Sinne seines Gesundheitszustands, seines Alters oder seiner Begleitverletzungen, beeinflussten Minutage oder Raumbellegung bei der Zuteilung wenig.

Andere Parameter wie die quantitative Dignität oder die Assistenzdotierung dagegen sind durchaus mitabhängig vom Patienten, an dem der Eingriff vorgenommen wird.

Noch andere Parameter wie beispielsweise ambulant / stationär, Anästhesie-Risikoklasse und Sparte für die Durchführung des Eingriffs sind rein abhängig vom Patienten und weitgehend unabhängig vom Eingriff bzw. von der Tarifposition.

So ist beispielsweise bei einem Eingriff aus dem Bereich der Lippen- Kiefer- Gaumenspalten-Chirurgie die Minutage und Raumbellegung weitgehend nur von der durchgeführten Operation abhängig, die quantitative Dignität oder die Assistenzdotierung zusätzlich auch vom Patienten, ob Neugeborenen-Alter, Säuglingsalter, Kindesalter, Schulalter oder Erwachsenenalter, während Parameter wie ambulant oder stationär, Allgemeinnarkose oder Lokalanästhesie und Sparte OP II / OP I / Praxis-OP oder UBR nahezu ausschliesslich nur vom Patienten abhängen.

Während beim Neugeborenen oder Säugling OP II vorgegeben ist, kann beim Kleinkind oder beim Schulkind OP I möglich sein, beim Erwachsenen sogar eine ambulante Durchführung in Lokalanästhesie im Praxis-OP oder UBR Chirurgie.

Bei anderen Eingriffen hängen solche rein vom Patienten abhängigen Parameter wie typischerweise die Sparte vorwiegend ab vom Alterspatienten, vom Risikopatienten, vom multimorbiden Patienten, vom Polytraumapatienten, vom Angst- oder Phobiepatienten usw.

Sparte ambulant versus stationär

Ob ein Eingriff ambulant oder stationär bzw. teilstationär und in welcher Sparte er durchgeführt werden muss, ist nicht primär vom Eingriff abhängig, sondern vor allem vom Patienten und dessen Gesundheitszustand. Für die Abgrenzung wurden folgende Kriterien beigezogen:

Ambulant

- Der Patient verlässt den Behandlungsraum eigenständig oder unter Mithilfe von Angehörigen.
- Der Patient hatte weder eine Voll- oder Teilnarkose, noch eine Prämedikation, noch eine Spinal-, Plexus- oder Leitungsanästhesie oder eine Periduralanästhesie.
- Der Patient hat keine internistische Nachkontrolle oder Überwachung nötig.
- Der Patient ist vollständig wach, die Atmung ist regelmässig, der Kreislauf stabil und die Schmerzempfindung ist vorhanden.
- Es sind keine Nachwirkungen von Medikamenten zu befürchten.

Stationär oder teilstationär

- Der Patient verlässt den Behandlungsraum nicht eigenständig und auch nicht unter Mithilfe von Angehörigen.
- Der Patient hatte eine Voll- oder Teilnarkose, eine Prämedikation, eine Spinal-, Plexus- oder Leitungsanästhesie oder eine rückenmarksnahe Anästhesie.

- Es ist eine Überwachung der vitalen Funktionen wie der Atmung, des Blutdrucks, der Bewusstseinslage, der Nachwirkung von Medikamenten oder der Wiederkehr der Schmerzempfindung notwendig bzw. der Patient benötigt diese Überwachung auch während der Nacht.
- Der Patient hatte erhöhte Risiken, die eine Überwachung bzw. eine Überwachung während der Nacht angezeigt erscheinen lassen wie z.B. Epilepsie, Diabetes, Hyper- oder Hypotonie, Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, Antikoagulation usw.
- Für die Behandlung muss auf eine stationäre Infrastruktur abgestützt werden können.

Diese Kriterien haben keine therapie- oder abrechnungsspezifische Relevanz. Unter der Verantwortung des Operateurs kann jede unter stationär oder teilstationär fallende Behandlung ohne jede Begründung auch ambulant in der Praxis durchgeführt werden, unter entsprechender Überwachung und Bettenbenutzung.

Umgekehrt gibt es auch ambulant aufgeführte Eingriffe, die teilstationär oder stationär durchgeführt werden müssen, allenfalls unter entsprechender Begründung.

Weitere Grundlagen für die Spartenzuteilung

Neben der nahezu vollständigen Abhängigkeit der Sparte vom Patienten gilt es noch weitere Grundlagen zu berücksichtigen. Dazu gehört die Zusammensetzung der Operationen aus Einzeleingriffen. Diese Zusammensetzung aus Einzeleingriffen ist gerade im Fachbereich Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie typisch. Die verschiedenen Einzeleingriffe einer Operation können ihrerseits ebenfalls verschiedenen Sparten zugeteilt sein.

Der Einfachheit halber lassen sich die Gedankengänge dazu an einem konkreten Beispiel anschaulich nachvollziehen. Herausragende Bedeutung als ubiquitär vorkommender Einzeleingriff hat beispielsweise die Fixation von Knochenfragmenten und nach erfolgter Abheilung die diesbezügliche Metallentfernung.

Eine solche Fixation durch Osteosynthese und die nachträgliche Metallentfernung kommen vor in der Traumatologie, bei Missbildungen, in der Tumorchirurgie, in der Präprothetik usw.

Wegen der Begrenzung des Fachs Kiefer- und Gesichtschirurgie auf vom Tarmed maximal zugelassene 200 Tarifpositionen mussten viele Einzelleistungen in Paketen zusammengelegt werden, auch wenn sie mehrheitlich ihre Häufigkeiten in voneinander differierenden Sparten haben.

Beispielsweise wurde in Pos. 07.1060 folgende Zusammenstellung von Fixationsmitteln vorgenommen: „*Osteosynthese oder Craniofixateur extern / Distractor*“. Der Craniofixateur extern wurde demnach zusammen mit dem Distractor und dem Fixateur extern als externe Fixation mit der internen Fixation mittels Osteosynthese in ein und derselben Sparte zusammengelegt.

Osteosynthesen insgesamt werden wahrscheinlich zu mehr als 50% in der Sparte OP II erbracht. Unter 50% trifft dies auf den Craniofixateur extern zu. Mindestens ebenso häufig wie im Operationssaal wird ein Craniofixateur extern vor oder nach einer Le Fort Osteotomie oder nach offener oder geschlossener Mittelgesichtsreposition im OP I, in einem UBR oder im Praxis OP angelegt. Er figuriert jedoch in der gleichen Sparte wie die Osteosynthesen.

Aber auch Osteosynthesen können im OP I oder im Praxis OP erbracht werden, beispielsweise im Alveolarfortsatzbereich bei Frakturen, bei Osteotomien, in der Präprothetik oder in der Implantatchirurgie.

Die genau gleiche Palette ist konsequenterweise zu berücksichtigen bei der Metallentfernung. Auch diese ist wiederum in erster Linie einmal vom Patienten und in zweiter Linie von der Lokalisation bzw. der Kapitelzuordnung abhängig. Im Tarif ersichtlich zugeordnet ist sie jedoch einzig und allein der Einzelleistung.

Weitere Beispiele

Eine Vielzahl anderer Operationen ist zusammengesetzt aus sehr unterschiedlichen Einzelleistungen und wird an ganz unterschiedlichen Patienten vollzogen, so dass sie in allen Sparten durchführ- und abrechenbar sein müssen.

Typische Beispiele, die nach obgenannten Voraussetzungen zwar in OP II eingeteilt, nicht selten aber auch im OP I, im UBR oder im Praxis-OP erbracht werden, sind:

- Alveolarfortsatz Osteotomien mit Osteosynthesen bzw. Distractionsgeräten
- Präprothetische Chirurgie mit Knochenaufbau, Osteotomien, Osteosynthesen, Distractionen
- Rekonstruktionen durch Konturierung oder Knochenaufbau im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich, beispielsweise vor Insertion dentaler Implantate
- Plastische Rekonstruktion im Bereich der Schädelkalotte
- Geschlossene und offene Reposition von Alveolarfortsatzfrakturen, Mittelgesichtsfrakturen, Unterkieferfrakturen
- Fixation mittels Prothesen, Schienen, Craniofixateur extern, Osteosynthesen
- Metallentfernungen

Schlussfolgerungen

Die Charakterisierung einer Gesamtoperation durch Einzelleistungen und bei diesen wiederum durch Schätzung der durchschnittlichen Minutage, der Abschätzung der durchschnittlichen Sparte, der Einteilung ambulant, tagesstationär oder stationär, der Zuteilung der quantitativen und qualitativen Dignität, der Assistenzendotation, der Anästhesie-Risikoklasse, der Raumbellegung, der Vor- und Nachbereitung usw. dient der Hinterlegung der Parameter, mit denen die Leistung definiert worden ist.

Die Parameter haben nicht die geringste therapeutische Guide-Line-Funktion und auch keine abrechnungstechnische Bedeutung. Die effektiv benötigte Zeit für Schnitt – Naht oder Raumbellegung, die effektiv benutzte Sparte im Vergleich zur geschätzten, am häufigsten vorkommenden Sparte sind völlig bedeutungslos.

Viele dieser Parameter wie insbesondere die Sparte sind nicht abhängig von der Einzelleistung bzw. Tarifposition, sondern vom Gesamteingriff und insbesondere vom Patienten.

Die Minutage, die Assistenzendotation, die Spartenzuteilung usw. unterliegen der Therapiefreiheit des Operateurs in Abhängigkeit vom Schweregrad des Eingriffs, vom Patienten und dessen Gesundheitszustand usw.

Es ist völlig undenkbar, dass Sachbearbeiter/innen bzw. Juristen/innen von Krankenkassen, Versicherern oder der MTK sich diesbezüglich im Einzelfall in die Therapiefreiheit einmischen und beispielsweise Stellungnahmen abgeben, eine Einzelleistung wie eine Metallentfernung müsse zu den bei der Tarifposition angegebenen Parametern erbracht werden, dürfe also beispielsweise nur in OP II, nicht jedoch ambulant im OP I, im UBR oder im Praxis-OP geleistet oder dürfe umgekehrt beispielsweise nur ambulant im Praxis-OP und keinesfalls stationär im OP I bzw. OP II durchgeführt werden.

Dies ist alles bereits anlässlich der Expertengespräche durchdiskutiert worden und die Parameter wurden ausdrücklich unter der Voraussetzung definiert, dass sie nicht von inkompetenter Seite zur Beeinflussung der medizinischen Indikation bzw. zur Einmischung in die Therapiefreiheit missbraucht werden dürften.

Nachdem Ansätze zu solchem Missbrauch der Parameter, gerade bei stationär versus ambulant und bei den Sparten aufgetreten sind, müssen sich die Tarifexperten der Fachgesellschaften ganz entschieden dagegen zur Wehr setzen, damit solche Übergriffe in die ärztliche Therapiefreiheit nicht mehr vorkommen.