

# EBM

## hat zu wenig MT-Qualität

Der neue Einheitliche Bewertungsmaßstab EBM 2000plus wurde zum 1. April 2005 eingeführt. Prof. Dr. med. Sigmund Silber, 1. Vorsitzender des Bundesverbandes Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK), zog anlässlich einer Pressekonferenz im Oktober 2005 eine erste kritische Zwischenbilanz. Dabei stellte er fest, dass die geforderte Technik nicht den Ansprüchen einer guten Patientenversorgung genüge. Weiter ging Silber auf die ersten Auswirkungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes ein.

### Leistungsfähigere Geräte sind nötig

Bei verschiedenen kardiologischen Leistungen ist im neuen EBM eine Mindestqualität vorgeschrieben, die nach dem Verständnis des BNK aber nicht ausreichend ist, stellte Prof. Sigmund Silber fest. Anhand von Beispielen erläuterte er dies.

Laut EBM müssen während der körperlichen Belastung zur Erkennung einer Myokardischämie mindestens drei Ableitungen registriert werden. Dies sei nicht genug, stellte Silber fest. Für eine bessere Patientenversorgung im Rahmen von Belastungs-EKGs seien Geräte mit mindestens sechs Kanälen und die Registrierung von mindestens 12 Ableitungen während der Belastung erforderlich. Dies erhöhe die Sensivität und Spezifität des Belastungs-EKGs.



Prof. Dr. Sigmund Silber forderte leistungsfähigere Geräte für EBM-Abrechnungen.

Bei der Echokardiografie im Rahmen des sog. Kardiokomplexes setzt der EBM nicht die Durchführung einer Farbdoppler-Echokardiografie als obligate Leistung voraus. Auch dies genüge den Qualitätsansprüchen nicht, bemerkte Silber. Die Farbdoppler-Echokardiografie ermögliche die Erkennung und Quantifizierung von Klappeninsuffizienzen, Shunts usw. und gehöre deshalb zur Routineuntersuchung einer jeden aussagekräftigen Echokardiografie. Darüber hinaus forderte Silber, dass Untersucher Mindestanforderungen erfüllen sollten.

Silber kritisierte in seinem dritten Beispiel, dass im neuen EBM die differenzierte, computergestützte Auswertung eines Langzeit-EKGs mit Ereigniskontrolle am Monitor entfällt. Dieser Standard reiche aber nicht zu einer zuverlässigen Beurteilung eines Langzeit-EKGs aus, da eine vollautomatisch durchgeführte Langzeit-EKG-Auswertung (ohne Überprüfung durch den Menschen) genüge, um diese Position abzurechnen. Der BNK sei dagegen der Auffassung, dass die computergestützte Auswertung mit Kontrolle des EKGs am Monitor durch Menschen erforderlich ist, um zahlreiche Falschbefunde auszuschließen.

### Zu viel Bürokratie im GMG

Neben dem neuen EBM ging Silber auch auf die Auswirkungen des zum 1. Januar 2004 eingeführten Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) ein. Dabei konzentrierte er sich u. a. auf die Disease-Management-Programme (DMPs), die integrierte Versorgung und das Qualitätsmanagement.

Die DMPs nach § 137 f SGB V als strukturierte Behandlungsmodelle wurden eingeführt, um die medizinische Versorgung chronisch Kranker zu verbessern. Wenn Schulungsprogramme zur Modifikation der kardiovaskulären Risikofaktoren greifen, so Silber, könnten sie tatsächlich zur Verbesserung der Patientenversorgung beitragen. Allerdings kritisierte er die Anbindung der DMPs an den Risikostrukturausgleich der Krankenkassen und die Bürokratie für die Ärzte.

Bei der integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V soll im Gegensatz zu den DMPs die Aufteilung in ambulante und stationäre Sektoren überwunden werden. Silber lobte, dass die integrierte Versorgung die Möglichkeit bietet, medizinische Innovationen schneller zu realisieren als über den langen und beschwerlichen Weg der EBM- und DRG-Systeme. Durch die rasche Einführung von Innovationen könnte die Patientenversorgung tatsächlich zeitnah dem neuesten Stand der Wissenschaft angepasst und somit verbessert werden. Silber kritisierte dagegen die Finanzierung der integrierten Versorgung. Die sog. Anschubfinanzierung zu je einem Prozent aus dem ambulanten und stationären GKV-Topf sei für die niedergelassenen Ärzte ungenügend. Wenn die Anschubfinanzierung entfalle, erfolge die Finanzierung ausschließlich über Gelder der Kassenärztlichen Vereinigungen, die dann der klassischen kassenärztlichen Versorgung entzogen würden.

Die Ärzte sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ihrer Leistungen nach § 135 a SGB V verpflichtet. Ein Qualitätsmanagement ist einzuführen. Silber kritisierte, dass aber die meisten Ärzte bei der Entscheidung, ob sie DIN ISO 9001:2000, EFQM, EPA, KTQ oder QEP wählen sollten, überfordert seien. <