

Reglement zur VVG-Leistungsbewertung der Berner Belegärzte-Vereinigung BBV+

Allgemeine Regeln und Interpretationen

Version 0.4

Gültig ab **01.01.2020**

Stand: 02.12.2019

Inhalt

1.	Präambel	2
2.	Allgemeines	2
2.1	Voraussetzungen	2
2.2	Leistungsbewertung	2
2.3	Unklarheiten	3
2.4	Publikation	3
3.	Definition der Felder im VVG-Leistungsbewertungskatalog	3
4.	Regeln und Definitionen zur Abrechnung	3
4.1	Umfang einer Leistung	3
4.2	Zusatzeingriffe	4
4.3	Beidseitige Eingriffe	4
4.4	Unabhängige Eingriffe an verschiedenen Operationsorten durch den gleichen Operateur .	4
4.5	Unabhängige Eingriffe an verschiedenen Operationsorten durch unterschiedliche Operationsteams	4
4.6	Teilschritte während einer Operation durch einen Operateur einer anderen Spezialität	4
4.7	Limitierung der Punkte	4
4.8	Assistenzleistungen	4
4.9	SLK-Positionen	4
4.10	Analogiepositionen	5
4.11	Eingriffe bei einem Rezidiv	5
4.12	Konsilien	5
4.13	Nicht invasive / invasive Fälle	5
4.14	Fallwechsel	5
4.15	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	5

1. Präambel

Das Reglement wird mit dem Ziel der einheitlichen Interpretation und korrekten Anwendung der im VVG Leistungsbewertungskatalog vorliegenden Positionen erstellt.

Es wird durch die Mitglieder der paritätischen Kommission (PAKO) des BBV+ einvernehmlich festgelegt und verabschiedet. Änderungen im Reglement erfolgen durch die PAKO und bedürfen der Schriftform.

Die Mitteilung über das Inkrafttreten sowie Änderungen erfolgt gemäss Entscheidung der PAKO durch das Generalsekretariat des BBV+.

Das Reglement ist für alle Anwender der Leistungsbewertung nach BBV+ verbindlich.

2. Allgemeines

2.1 Voraussetzungen

Die Nutzung des Leistungsbewertungskatalogs BBV+ für Belegärzte ist an folgende Voraussetzungen geknüpft:

- Schweizerischer oder in der Schweiz anerkannter Facharztstitel mit Zulassung zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten des jeweiligen Fachgebietes
- Anmeldung im Generalsekretariat des BBV+
- Akkreditierung am Spital wo die Durchführung der Leistung erfolgt (keine Gastärzte)
- Persönliche Durchführung der kompletten Leistung, die verrechnet werden soll
- Keine Nebenabsprachen für ergänzende Zahlungen direkt mit dem Patienten
- Verantwortung für die Richtigkeit der zur Verrechnung an den Versicherer abgegebenen Positionen

2.2 Leistungsbewertung

Die BBV+ unterhält zusammen mit den Versicherern eine Paritätische Kommission, welche die Neueinteilung und die Revision von Leistungsbewertungen vornimmt.

Der VVG-Leistungsbewertungskatalog der BBV+ umfasst die ärztlichen Leistungen im VVG-Bereich. Es werden ausschliesslich ärztliche Leistungen abgebildet, welche von einem honorarberechtigten Facharzt direkt und eigenhändig am Patienten erbracht werden. Jeder ärztlichen Tätigkeit ist eine Leistungspunktzahl zugeordnet. Die Zuordnung der Leistungspunkte zu den einzelnen Leistungen erfolgte im Konsens mit allen Fachgesellschaften und basiert auf

- Zeitaufwand
- Schwierigkeitsgrad der Leistung

Bezüglich Zeitaufwand gilt die Faustregel, dass jeweils vom Zeitaufwand ausgegangen wird, den ein Facharzt mit 6 Jahren Berufserfahrung (nach Erlangung seines Facharztstitels) für einen Eingriff durchschnittlich benötigt. Ähnlich aufwendige und ähnlich schwierige Eingriffe werden auch in unterschiedlichen Fachgebieten gleich bewertet.

Der VVG-Leistungsbewertungskatalog ist kein Tarif, sondern eine Gewichtung der Leistungen untereinander. Die Bewertung mit Punkten stellt ausschliesslich eine Relation zwischen den einzelnen Leistungen dar. Tarife werden in Form eines Faktors zwischen Versicherern und Leistungserbringern individuell und bilateral abgeschlossen. Die Berner Belegarztvereinigung BBV+ erlässt keine Empfehlungen für Tarife.

2.3 Unklarheiten

Bei inhaltlichen Unklarheiten zwischen dem Reglement und der Beschreibung im Leistungsbewertungskatalog geht das Reglement vor. Nicht durch dieses Dokument oder den Leistungskatalog geregelte Situationen sind nach Konsultation der lokalen Struktur der paritätischen Kommission vorzulegen, welche sie abschliessend beurteilt.

Die Paritätische Kommission ist die konsultative Anlaufstelle für Streitigkeiten und Unklarheiten, was die Leistungsbewertung, nicht jedoch einen Tarif betrifft.

2.4 Publikation

Die Beschlüsse der Paritätischen Kommission werden dokumentiert und allen Beteiligten zugänglich gemacht (z.B. durch Publikation im Intranet). Der VVG-Leistungsbewertungskatalog wird für die Berechtigten unter www.bnm.ch/vvg publiziert. Die hier publizierten Werte gelten als Basis für die individuelle Bestimmung der Preise.

3. Definition der Felder im VVG-Leistungsbewertungskatalog

Pos_Nr	Bezeichnung der Positionsnummer
Kapitel	Ist ausschliesslich für die Übersichtlichkeit ausgeführt. Fachgebiet, dem diese Position zugeordnet ist.
Abschnitt	Ist ausschliesslich für die Übersichtlichkeit ausgeführt.
Leistung	Beschreibt die Leistung Leistungen die mit dem Zeichen „+“ beginnen, oder bei denen explizit darauf hingewiesen wird, dass sie einen Zusatzeingriff darstellen, werden mit 100% bewertet
Leistungspunkte	Diese Punktzahl entspricht der Bewertung
Interpretation	Beschreibt Interpretationsregeln und Limitierungen

4. Regeln und Definitionen zur Abrechnung

4.1 Umfang einer Leistung

Eine Leistung umfasst alle üblicherweise zur Erbringung dieser Leistung erforderlichen Teilschritte und entspricht einer Pauschale für diesen Eingriff. Insbesondere sind Zugang (unabhängig ob offen, skopisch, Konversion, oder mehrere Zugänge zum gleichen Operationsgebiet), Wundverschluss, Blutstillung und Adhäsio lysen (bis 60 min) in der Position inbegriffen.

4.2 Zusatzeingriffe

Zusätzliche Leistungen zum Haupteingriff werden, falls sie dasselbe Operationsgebiet und /oder dasselbe Organsystem und/oder dasselbe Operationsziel verfolgen, mit 50% bewertet, sofern sie nicht als Pluspositionen oder als Zusatz bezeichnet sind (Plus- und Zusatzpositionen sind zu 100% abrechenbar). Zusatzleistungen für die Entnahme von körpereigenem Gewebe werden, falls im Katalog nicht explizit anders definiert, mit 50% bewertet.

4.3 Beidseitige Eingriffe

Bei beidseitigen Eingriffen ist die zweite Seite mit 75% verrechenbar, sofern es keine Position für einen beidseitigen Eingriff gibt. In diesem Fall ist die Nutzung der Einzelpositionen unzulässig.

4.4 Unabhängige Eingriffe an verschiedenen Operationsorten durch den gleichen Operateur

Bei unabhängigen Eingriffen an verschiedenen Operationsorten durch den gleichen Operateur wird der zweite Eingriff mit 75% bewertet.

4.5 Unabhängige Eingriffe an verschiedenen Operationsorten durch unterschiedliche Operationsteams

Unabhängige Eingriffe an verschiedenen Operationsorten durch unterschiedliche Operationsteams aus unterschiedlichen Fachgebieten werden je 100% bewertet. Bei Eingriffen durch Operateure aus dem gleichen Fachgebiet wird der zweite Eingriff mit 75% bewertet.

4.6 Teilschritte während einer Operation durch einen Operateur einer anderen Spezialität

Muss bei einer Operation für einen Teilschritt ein Operateur einer anderen Fachdisziplin beigezogen werden, wird dessen Leistung mit 100% bewertet. Zugänge zum Operationsgebiet können dabei nicht doppelt verrechnet werden.

4.7 Limitierung der Punkte

Die maximal verrechenbare Summe an Punkten ist auf 15'000 für einen Eingriff limitiert, unabhängig von Art und Umfang des Eingriffs.

4.8 Assistenzleistungen

Medizinisch notwendige, fachärztliche Assistenz (mit Facharztstitel) wird mit 33.33% der Leistungen bewertet. Assistenzen durch spitalexterne Hilfspersonen (Assistenzärzte, cand. med., MTRA, etc.) werden mit 20% bewertet. Assistenzen durch spitalinterne Hilfspersonen, Firmenvertreter oder Familienangehörige sind nicht abrechenbar. Assistenzen können nur verrechnet werden, wenn der durchzuführende Eingriff einer Assistenz bedarf. Anwesenheiten ohne medizinische Notwendigkeit werden nicht vergütet.

4.9 SLK-Positionen

Der Leistungsbewertungskatalog bildet die ärztlichen Leistungen im VVG-Bereich ab (Ausnahmen: Anästhesie, konventionelle Radiologie/Schnittbildgebung MRI und CT). Eine Verrechnung von Leistungen auf Basis SLK ist nicht zulässig, ausser in der Anästhesie sowie der konventionellen Radiologie/Schnittbildgebung MRI und CT. Die Nutzung von Analogiepositionen auf Basis SLK ist nicht gestattet.

4.10 Analogiepositionen

Besteht für eine bestimmte Leistung keine explizite Position, kann eine Analogieposition verwendet werden (ausschliesslich Positionen aus dem BBV+-Leistungsbewertungskatalog). Das Verwenden einer Analogieposition muss jedoch auf dem Leistungsrapport explizit aufgeführt werden unter Beilage des anonymisierten Operationsberichtes mit Kopie an die paritätische Kommission nach vorheriger Konsultation der lokalen Struktur. Die letztinstanzliche Paritätische Kommission entscheidet über die Korrektheit der Analogieposition. Sollte es sich nicht um einen Einzelfall handeln, erwartet die PAKO einen Antrag zur Aufnahme einer spezifischen Position vom Leistungserbringer. Die fortlaufende Nutzung einer Analogieposition ist nicht zulässig.

4.11 Eingriffe bei einem Rezidiv

Falls es in der Leistungsbeschreibung keine besondere Position für einen Rezidiveingriff gibt, kann kein Zuschlag zur Originalposition verrechnet werden.

4.12 Konsilien

Konsilien sind Untersuchungen und Beurteilungen durch einen zweiten Facharzt eines anderen Fachbereichs. Konsilien müssen ausdrücklich vom fallführenden Facharzt mit einer konkreten Fragestellung angefordert werden. Wird ein Konsilium bei einem Patienten durchgeführt, so kann der Konsiliararzt am gleichen Tag keine weiteren Leistungen bei diesem Patienten verrechnen. Konsilien sind schriftlich zu dokumentieren. Die Dokumentation/der Bericht ist in der Bewertung inbegriffen.

4.13 Nicht invasive / invasive Fälle

Chirurgische Kleinereingriffe (Biopsien, Eingriffe durch Gastroenterologen, Radiologen, Pneumologen) sowie diagnostische Leistungen (z.B. Gastroskopie, Koloskopie) führen nicht zu einem Fallwechsel zu einem invasiven Fall. Invasive kardiologische oder radiologische Interventionen und Untersuchungen (Koro, EPU) gelten als invasive Fälle.

4.14 Fallwechsel

Ist bei invasiven Fällen 10 Tage nach der invasiven Hauptleistung weiterhin eine Hospitalisation aus internistischen Gründen indiziert, erfolgt ein Fallwechsel von Invasiv auf Nichtinvasiv. Der Mediziner wird Fallführer, der Chirurg allenfalls Mitbetreuer. Die Position B1.200 „Nicht operativer Patient Eintrittsuntersuchung und 1. Tag“ kann bei diesen Fällen nicht verrechnet werden.

Ergibt sich bei einem primär „nichtinvasiven Fall“ nach mehr als 2 Tagen die Notwendigkeit einer chirurgischen Intervention, erfolgt ab dem Zeitpunkt der Intervention ein Fallwechsel zu einem invasiven Fall.

4.15 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Die Kapitel Mundchirurgie / Kiefer- und Gesichtschirurgie basieren auf den Abrechnungsregeln des SSO-Tarifs bzw. des Dentotar.