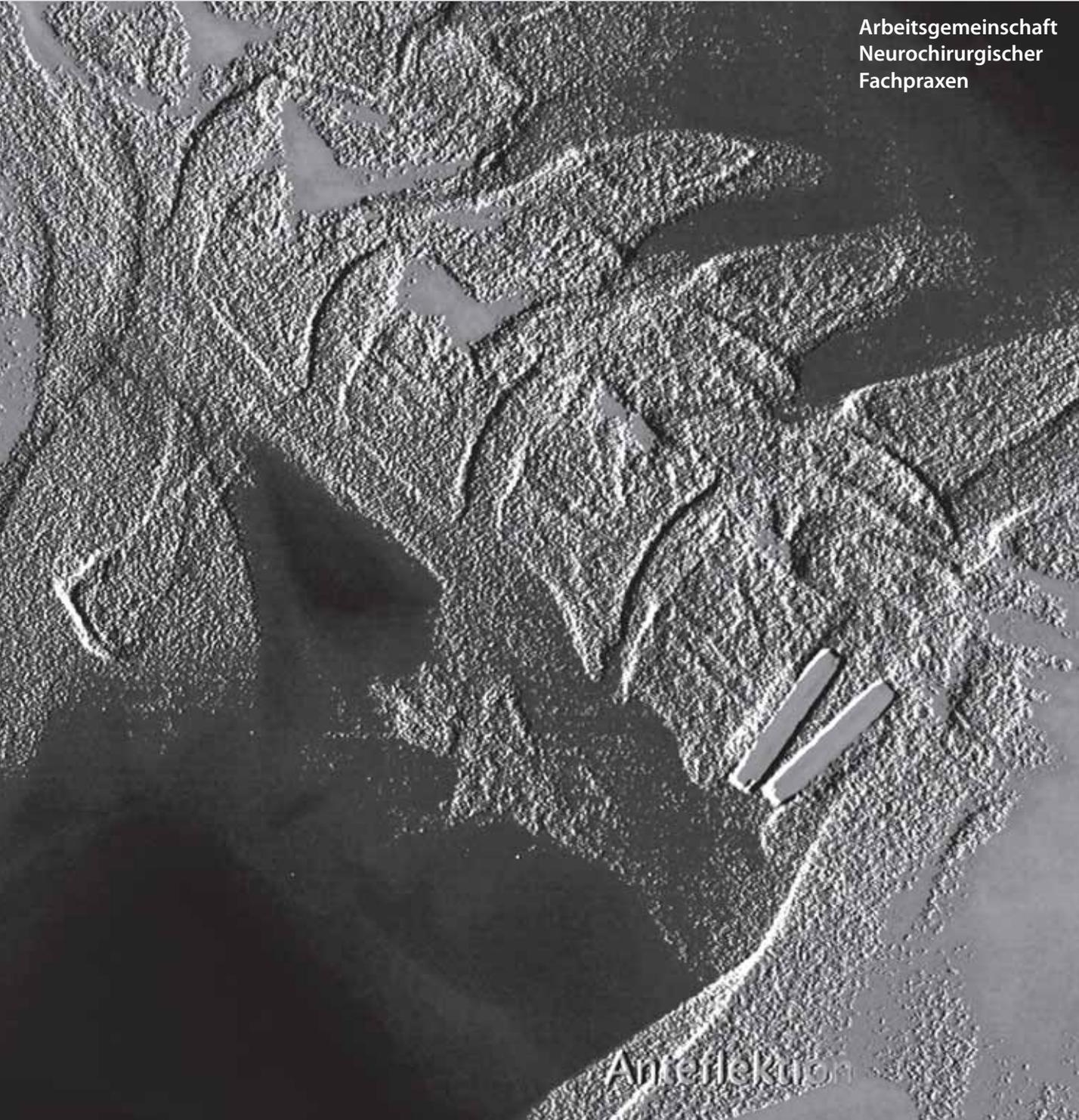


Zeitschrift für Ambulante Neurochirurgie

ISSN 1139-7021 Herbst-Winter 03/2008

ANF

Arbeitsgemeinschaft
Neurochirurgischer
Fachpraxen



Anterlektion

Inhalt

editorial 1

beiträge

H. Poimann
Führen in Bereichen Ambulanter Versorgung 4

R. Ennenbach
Grundsätzliches zur Honorarreform 2009 10

J. Leifeld
Facettenthermoläsion
Textvorschlag zur Beantwortung der KBV-Anfrage 14

G. Sandvoß
Gutachterliche Stellungnahme zur Zeitplausibilität bei Facettendenervation
zum strafrechtlichen Tatbestand des Abrechnungsbetruges nach § 263 StGB 20

K. Strick
Zur Evolution unserer Körperschaften und Begriffskörper
Vom Einzelvertragsarzt zur Leistungserbringergemeinschaft 26

ethica neurochirurgica

Paragraph eins. Der Arzt, sein Patient und die Zeit
(die es braucht, das ärztliche Gespräch gelingen zu lassen) 31

aus den landesverbänden 36

berufspolitische nachlese – glossar zum quartal 40

impressum

Herausgeber: Arbeitsgemeinschaft Neurochirurgischer
Fachpraxen ANF im BDNC
Verlag: huttenscher verlag 507,
Huttenstraße 10, 97072 Würzburg
Redaktion: J. Leifeld, H. Poimann,
Druck: DocuPoint, Magdeburg
Titelseite: Julia Marten
Satz und
Herstellung: ELSTERSATZ, Wildflecken
Anzeigen: Huttenscher Verlag 507
Anzeigen ZfaNch
Huttenstraße 10, 97072 Würzburg

adresse für chiffren-anzeigen

huttenscher verlag 507,
Frau Kerstin Braungardt
Huttenstraße 10, 97072 Würzburg

adresse der redaktion

Zeitschrift für ambulante Neurochirurgie
Redaktion
Dr. J. Leifeld/S. Hergenröder
Sonnenstraße 39, 97772 Wildflecken

*Sehr geehrter Leser und Kollegen/in,
liebe vertragsärztlichen Freunde der Neurochirurgie!*

Gerade in Krisenzeiten wie dieser ist Richtig-Handeln gefragt. So wie im transatlantischen Obamistan entdeckt wird: Führung ist durch nichts zu ersetzen, so hängt auch das Überleben unserer bundesrepublikanischen kleinen spezifischen Branche nicht zuletzt davon ab, wie und ob wir auf die umverteilerischen staatsmedizinischen ständig wechselnden Vorgaben besonnen doch stringent reagieren – und ob wir zugleich nach innen glaubwürdig bleiben mit unserem je eigenen „Geschäftsmodell“, im direkten Dialog den Mitarbeitern das Gefühl vermitteln können, mit diesen Unsicherheiten klarzukommen, ob wir glaubwürdige Führungs-Persönlichkeit bleiben – für unsere Teams im Innenverhältnis und nicht anders im Verhältnis zu unseren Patienten. Somit liegt nahe, daß Horst Poimann aus seinen jahrelangen transektoralen Kenntnissen dem Thema „Führung“ in Einzelpraxis und Berufsausübungsgemeinschaften von Neurochirurgen eine ganze Rubrik mit diversen Folgebeiträgen in unserer ZfaNch widmet – in der vorliegenden Ausgabe bereits zum 2. Mal und diesmal mit üppigem Literaturanhang. Gerade ist in der 2. Novemberhälfte in Berlin das von reichlich Polit- und Wirtschaftsprominenz getragene „Führungstreffen Deutschland“ in dieselbe Richtung losgelaufen und hat als Kompass für Führungskräfte ausgegeben: „mit Tatkraft und Verstand, mit Hand, Herz und Hirn“.

Hierzu kann die vorliegende Ausgabe spezifisch neurochirurgisch vertragsärztliche Übersetzung liefern und zugleich Material zur Planung bereitzustellen, ohne in Jammern zu verfallen: zur Honorarreform 2009 und zur EBM-basierten Berechnung von Regelleistungsvolumina. Als Au-

tor konnte mit Herrn Dr. Ennenbach, Finanz-Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, ein besonders prägnant formulierender Mathematiker und Physiker gewonnen werden, erfahren in Chaostheorie, Entropieforschung und oszillierenden Systemen, also wie geschaffen, im aktuellen Wahnsinn Methode zu erkennen und rüberzubringen ... Und wie tief die Krise schon sitzt, ergeben die in der „Berufspolitischen Nachlese“ unter anderem referierten Ergebnisse einer Online-Umfrage an deutschen Medizinfakultäten, der erkennen läßt, wie dramatisch der Ärztemangel im Lande noch werden kann; Arbeitsbelastung, geringe Bezahlung, Stress im Studium und bei der Arbeit und überbordende Bürokratie sind laut vorläufiger Studienauswertung die hauptsächlichen Belastungsfaktoren. In der Süddeutschen Zeitung vom 18. 11. 2008 wurden die Ergebnisse unter dem bezeichnenden Titel zitiert: „Man wird verbittert und verliert seine Menschlichkeit“.

Die ebenfalls schon in der vorigen Ausgabe der ZfaNch thematisierte Facettenthermoläsion ist Gegenstand eines Folgebeitrages, zusammengestellt von Jochen Leifeld und mit reichlich spezifischem Material angereichert, das Gerd Sandvoss zur Verfügung gestellt hat: nachdem zwischenzeitlich der Bewertungsausschuß beschlossen hat, daß perkutane intradiscale Eingriffe weiterhin operative Leistungen im Sinne des Anhangs 2 zum EBM bleiben, nicht jedoch die Facettendeneration als „minimal invasiver Eingriff an sonstigen Strukturen der Wirbelsäule“. In dieser Sache wird schon gut erkennbar, was es für die ZfaNch heißt, neuerdings auch offizielles „Organ des Be-

rufsverbandes“ BDNC zu sein: vorige und hier vorliegende Ausgabe haben Problembewußtsein bzgl. perkutaner Operationen geweckt, haben dies publik gemacht, Argumentationen fokussiert und breitenwirksam nun die Reaktion kanalisiert. Der Verlust des operativen Charakters perkutaner Techniken ist in unserer immer minimaler invasiven „high-tech-“Neurochirurgie grundsätzlich nicht hinnehmbar, ob es sich um Thermoläsionen am Ramus circumflexus oder am Ganglion Gasserii handelt oder morgen schon um ganz andere Schlüssellochprozeduren ...

Von Klaus Strick, Köln als berufspolitisch eminent engagiertem Schmerztherapeuten und Gründer einer großen überörtlichen genossenschaftlichen Leistungserbringergemeinschaft in Nordrhein und Westfalen-Lippe, die sich ganz aktuell am 4. 11. 2008 konstituierte, stammt eine Synopsis unserer vertragsärztlichen Evolution, eine kleine Entwicklungsgeschichte unserer ärztlichen Körperschaften mit der ganz erstaunlichen Entdeckung, wie all die heute hochgehandelten vertragsarztrechtlichen (Kampf-)Begriffe großteils schon jahrzehntelange Historie haben und alte Hüte sind, teilweise in ihrem zweiten oder dritten Leben. Auch Vergegenwärtigung eigener Wurzeln in der Vergangenheit kann in der krisenhaft erlebten Gegenwart stärken.

Und Stärkung soll auch der Beitrag in der schon traditionellen Rubrik „ethica neurochirurgica“ bringen: durch Rückbesinnung auf den Kernbestand, die Essenz des Arztseins wie ausgedrückt in §1 der Musterberufsordnung. Das was eigentlich wichtig ist und zählt in unserem Selbstverständnis, bei allem modisch Variablen und hektischen Grundrauschen: die elementare Arzt-Patienten-Dyade, in das sich bekanntlich nichts und niemand und gerade nicht „der Staat“ einmischen und zwischendrängen darf. Neben dem Arzt-Patient-Verhältnis ein weiteres ganz wichtiges Ur-

Element ist die Zeit. Auch hierzu aus Leifeld'scher Feder Gedanken und Quellen. Diese bekamen unerwartete Aktualität, als unlängst Peter Sawicki, Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

das Ergebnis einer europaweiten Experten-erhebung zur vertragsärztlichen Sprechstundendauer veröffentlichte: die je Patient gewährten Sprech“stunden“ sind in Deutschland um 30% kürzer als im europäischen Durchschnitt. In derselben Studie wurde übrigens ermittelt, daß deutsche Patienten erheblich mehr frei verkäufliche Arzneimittel als andere Europäer verwenden. Das IQWiG ist im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Bundesgesundheitsministeriums tätig.

Erstmals präsentiert ein eigener Beitrag, was sich in den BDNC-/ANF-Landesverbänden aktuell so tut: der Norden geht voran, hier Schleswig-Holstein aus der Feder des dortigen Vereins-/Verbandsvorsitzenden Leifeld – andere Landesverbände mögen das hier neugeschaffene Forum gerne ebenfalls nutzen, um Dinge von vielleicht allgemeiner Relevanz aufs Podium zu rücken, wo's vielleicht vielen neurochirurgischen Vertragsarztkollegen/innen nützlich sein kann. Und sogar auf nächste Treffen und Termine kann hier hingewiesen werden: für einen bundesländer-überschreitenden Dialog, der sich nicht zuletzt auch unter den KV'en immer deutlicher Bahn zu brechen beginnt.

Schließlich finden sich auch in dieser Ausgabe wieder reichlich relevante Quellenangaben zu berufspolitisch wichtigen Trends und aktuellen Themen: in der berufspolitischen Nachlese, dem Glossar zum Quartal.

Nachdem durch BDNC-Vostandsbeschluß die ZfaNch zum offiziellen Verbandsorgan bestimmt wurde, war es nur logisch, quartalsmäßige Erscheinungsweise zu beschließen und somit

Editorial

erscheint ab sofort tatsächlich (hoffentlich) immer gegen Ende jedes Quartalsmittelmonats eine weitere Ausgabe. Eine solche Produktivität kann allerdings nur bestehen, wenn Originalarbeiten oder Referenzen beim Redaktionsteam in Hülle und Fülle eintrudeln bitte! Möge sich jede/r nochmals ganz persönlich angesprochen fühlen: und wenn es nur drei Sätze sind - sogar orthographische Korrektur durch Redaktion und Verlag wird zugesagt! Am 15.10.08 hat sich das Redaktionsteam um Hergenröder, Leifeld und Poimann in Würzburg getroffen und wurde unter anderem beschlossen und hiermit verkündet: es wird nicht nur 4 Ausgaben pro Jahr geben, sondern in einer jeden auch wiederkehrende Rubriken, so wie diesmal bereits: berufspolitisches Glossar und Nachrichten aus den Landesverbänden, zudem Originalarbeiten, dann: Praxismanagement und QM sowie gerne auch Buchbesprechungen, vielleicht auch eine Seite für INNCHID?! Nicht zu vergessen: die Ethik-Rubrik.

Bleibt nun nur noch, Ihnen eine angenehme Lektüre zu wünschen und daß es nützen möge und vielleicht auch gefällt und stimuliert.

Mit herzlichem Gruß

aus Rendsburg

Ihr Jochen Leifeld

(für die Redaktion Ihrer ZfaNch)

Führen in Bereichen Ambulanter Versorgung

Der überwiegende Teil der medizinischen Versorgungsleistungen in Deutschland erfolgt im ambulanten Rahmen. Ca. 150 000 Praxen in verschiedener Organisationsform, ca. 1000 Klinikambulanzen und neuerdings auch ca. 1200 medizinische Versorgungszentren bieten ihre Dienste zusammen mit über 30 medizinischen Berufen im ambulanten Sektor an. In der Überzahl handelt es sich um kleine Praxen, in der eine Inhaberin, ein Inhaber, zusammen mit zwei bis drei Mitarbeiterinnen tätig ist. Daneben lassen sich alle Formen der Organisation finden, bis hin zu großen MVZ's, in denen 40 Ärzte und viele Mitarbeiter tätig werden.

Wenn wir zunächst die ärztliche Praxis oder auch jede andere medizinische Praxis z.B. eine Physiotherapiepraxis betrachten, findet sich im Vergleich zu anderen Branchen, eine Besonderheit: der Arzt, als Inhaber ist derjenige, der die wesentliche Kernleistung (Diagnostik und Therapie) in der Praxis erbringt, die er qua Approbation ausführen darf. Dafür ist er, aufgrund seiner Ausbildung an der Universität und am Krankenhaus in der Regel gut bis sehr gut vorbereitet. Es ist sein Kerngeschäft.

Als Praxisinhaber, d.h. als der verantwortliche Betriebsleiter muss er jedoch auch Managementfunktionen erfüllen, auf die er in der Regel nur ganz knapp vorbereitet wurde, wenn überhaupt.

Als Führungsperson letztlich hat er die Aufgabe, die Menschen, die im Behandlungsprozess aktiv werden, d.h. Mitarbeiter, Patienten und gegebenenfalls Kollegen so zu führen, dass sie dem Gesamtkonzept der Organisation und den ethischen Vorgaben entsprechend gut arbeiten. Wir haben hier also eine Aufgabenteilung oder Rollen, die der Arzt in seiner Person erfüllen muss, das heißt:

1. er muss seinen Betrieb leiten und managen, d.h. die umfassende Allokation von Ressourcen, Mitarbeitern, etc. sicherstellen

2. er muss die Beteiligten zu Zielerfüllungen führen und die Rahmenbedingungen entsprechend gestalten

3. er muss seiner ursprünglichen ärztlichen Primärtätigkeit in der Krankenversorgung nachkommen. (vgl. Abb 1)

Während sich gute Managementfähigkeiten in einem evolvierenden Gesundheitsmarkt, in die eine oder anderer Richtung auswirkend werden und letztlich auch am wirtschaftlichen Erfolg einer Praxis oder einer Organisation zu messen sind, sind die ärztlichen Qualitäten im Fokus der ärztlichen Standesorganisationen, die für eine bestimmte Qualität einer Ärztin, die sich niederlässt, Sorge tragen. Die Qualität der Führung, speziell im ärztlichen Bereich und insbesondere, bezogen auf ambulante Versorgungsstrukturen, bieten im Alltag in der Regel viele Beispiele, die adäquates Führungsverhalten bedenkenswert machen. Schrappe [1] spricht in diesem Zusammenhang davon, dass das deutsche Gesundheitswesen „overmanaged and underled“ ist, d.h. es wird sehr viel in die Managementfunktionen investiert und in diesen Bereichen getan. Im Bereich „Führung“ ist noch viel fragliches Potenzial.

Lassen Sie im Folgenden das Konzept „Führung“ einmal für die Praxis und einmal für ein medizinisches Versorgungszentrum gesondert betrachten. Vielleicht lässt sich gerade an der Verschiedenheit der beiden Ansprüche, die jeweiligen besonderen Anforderungsprofile herausarbeiten.

Führung in der Praxis

Wenn man eine Analyse der Harvard-Business-Review der Jahrgänge 2000–2005 vornimmt, im Managementbereich berücksichtigt, lassen sich zum Thema „Führung“ (leadership) folgende klare Aufgaben herausarbeiten. (siehe Abb. 2)

Management, Leitung und Führung

- **Management:** zielbezogene Koordination von Allikation informellen, personellen und sachlichen Ressourcen
- **Führung:** interpersonelle Komponente im Prozess der Zusammenarbeit
- **Leitung:** formale Berechtigung zur Wahrnehmung zugestander Kompetenzen (z. B. Zeichnungsrechte, fachliche und dienstrechtliche Anweisungen, Administration)

modifiziert Höfling 1988

Abb. 1: Management, Leitung und Führung

Führungsaufgaben:

1. **Orientierung:** Sicherstellung der Kommunikation
Vermittlung von: Werte, Visionen, Ziele, Aufg
Politik, Kultur, Normen
2. **Entscheidung:** Stil(e), Verhalten, Method
3. **Steuerung:** Lenken, Delegieren, Zielvereinbarungen, Kontra
4. **Unterstützen:** Kooperation
Feedback, Coaching

Abb. 2: Führungsaufgaben

Diese Eingrenzung und Abgrenzung entspricht eher einer engeren Fassung des Begriffes Führung senso Höfling [2], im Gegensatz zur umfassenderen Form von Malik [3] oder der des Curriculum der Bundesärztekammer [4].

Diese Führungsaufgaben werden in der Arztpraxis meistens nicht vom Arzt selbst wahrgenommen, sondern zum Teil von anderen Personen übernommen oder diesen überlassen oder diesen überlassen. Zahlen darüber lassen sich nicht eruieren, entsprechen aber der persönlichen Erfahrung des Autors über nahezu 20-jähriger Praxistätigkeit und Kenntnis der Gegebenheiten von über 8000 Praxen im Rahmen der Einführung von Qualitätsmanagement und Durchführung von Führungsseminaren. Gleichwohl finden sich im Selbstverständnis der Ärzte ein Führungsstil vor, den man am besten wohl als paternistisch bezeichnen kann. Im Sinne von Kurt Levin [4], der als einer der Ersten in der Sozialpsychologie Daten über verschiedene Führungsstile aufzeigen konnte, vielleicht eher eine Mischung aus Laissez faire und autoritärer Führung.

Bei der Analyse der Organisation einer Praxis findet man normalerweise eine ganz flache Hierar-

chie: in der Regel maximal zwei Hierarchieebenen, zum einen der Arzt an der Spitze der Organisation zusammen mit einer Mitarbeiterin mit Führungsanspruch. Das andere Personal ist strukturell, ohne große Differenzierung auf der operationalen Ebene anzusiedeln. Die häufig implizite Führungsfunktion einer mitarbeitenden oder nicht in der Praxis tätigen Arztgattin oder im umgekehrten Fall, auch ein Ehemann einer Ärztin, wird häufig in ihrer Wirksamkeit für das Funktionieren einer Arztpraxis im Alltag, aber auch in ihrer Brisanz verkannt.

Führungsverhalten wird natürlich einmal in der direkten Kommunikation, in der Festlegung von Regelungen und durch das eigene Vorbildverhalten gelebt und wahrgenommen. Speziell in kleinen Praxen, d.h. maximal mit ein oder zwei Psychotherapeuten spielt das Modell, das der Arzt im Umgang mit Personen und Arbeitsaufgaben vorgibt, eine wesentliche Rolle beim Führen. Dieses Verhalten wird von Ärzten häufig unreflektiert praktiziert und in der Regel durch hohe Kapazitätsbeanspruchung der Führungsperson in der primären ärztlichen Tätigkeit im Allgemeinen wenig reflektiert und modelliert, d.h. ein systematisches Führen findet nicht statt. ▶

Leistungen von IGeL-Leistungen, ist es erforderlich, dass Mitarbeiter in klarer Form über Ziele und Ausrichtung der Praxis informiert werden. Dies gilt natürlich ebenso, für die Routinetätigkeit und den Routineablauf. Auch hier muss eine, zumindest zielführende Kommunikation stattfinden, sodass die Dinge, die dem Patienten in der Versorgung taugen, auch effizient von allen Beteiligten erbracht werden können. Kommunikative Missverständnisse führen unweigerlich zu Effizienzverlust und damit zu Verschwendung (siehe Folie3) Poimann, Schuster [14]

Die neue Versorgungsform eines medizinischen Versorgungszentrums bietet grundsätzlich eine andere Organisationsstruktur. Die Funktionen Management, Führung und Dienstleistungserbringung und Inhaber einer Praxis, sind im MVZ nicht mehr zwingend auf eine Person vereinigt. Während in den Gemeinschaftspraxen oder in anderen Dienstleistungen im medizinischen Bereich in der Regel eine Monokultur vorliegt, d.h. es wird entweder innere Medizin praktiziert oder Allgemeinmedizin oder Orthopädie wird im MVZ interdisziplinär gearbeitet. Die Gründer und damit Inhaber eines MVZ sind in der Regel nicht gleichzeitig der alleinige Dienstleistungserbringer, sondern sind eher auf der Managementebene tätig. Die Ärzte, als Angestellte oder auch im selbstständigen Status, arbeiten im Konzert eines MVZ interdisziplinär. Führungsaufgaben hingegen, für das gemeinsame Personal und auch für die Ärzte werden und müssen vom ärztlichen Leiter des MVZ wahrgenommen werden. Sie können und werden auch zum Teil von jedem einzelnen Dienstleistungserbringer in Teilfunktionen wahrgenommen, sowie auch auf der Managementebene. Hieraus ist ersichtlich, dass gerade im MVZ eine klare Führungskonzeption gefunden, konsentiert, kommuniziert und gelebt werden muss. Ohne klare Kompetenzzuweisungen

und Verpflichtungen in Bezug auf Führung, kann es in Folge von Informationsverlusten zu hohem Aufwand für die einzelne Leistungserbringung kommen, wenn nicht sogar deutliche Verluste zu erwarten sind, nicht zu Reden von Fehlern, daraus möglichen Kosten und Schadensfällen.

An den zu erfüllenden Aufgaben, die an die Führung des MVZ gestellt werden, ändert sich prinzipiell nichts im Vergleich zur Einzelpraxis, nur diese Aufgaben müssen nun von einer Vielzahl von Personen erbracht werden und der Komplexitätsgrad der notwendigen Interaktionsprozesse steigt. Insbesondere sollten Konzepte kollegialer Führung Berücksichtigung finden.

Spezielle Formen der Führung in Ärztenetzen und Netzwerken z.B. Tumorzentren, Brustzentren etc, sollen sich nicht nur an die von der verstrukturierenden QM-Systemen orientieren, sondern ganz besonders Kriterien kollegialer ärztlichen Führung zur Umsetzung bringen. Rein verwaltungstechnische strukturierte Abläufe und Prozesse führen selten zu Versorgungsstrukturen, wie sie von Patienten gewünscht werden. Die Führung von Mitarbeitern, die an sektorenübergreifenden Prozessen beteiligt sind und verschiedene Organisationsangehörigen muss womöglich auf Modelle aus der Raumfahrt, der Industrie und dem Militär zurückgreifen, um hier tatsächlich ein systematisches Führungskonzept zu bewerkstelligen.

Während sich die Idee einer corporate-identity und die eines corporate-designs, die Schwelle von Praxen und MVZs überschritten hat, ist das Konzept einer corporate-language, z.B. mit einem klaren einheitlichen Führungsductus und festgelegten, kommunikativen Verhalten nach innen und außen kaum bekannt, [13]. Wenn wir in diesem Zusammenhang von Führungsstilen, Führungsaufgaben und Werkzeugen, um erstere

1. Hören Sie sich sorgfältig an, was Ihre Mitarbeiter zu sagen haben.
2. Informieren Sie Ihre Mitarbeiter zeitnah.
3. Führen Sie klare Regeln für Gruppengespräche ein.
4. Regeln Sie die Zugänglichkeit zur Führungsperson.
5. Arbeiten Sie ressourcenorientiert (und nicht defizitorientiert).
6. Überlegen Sie sich hin und wieder, ob Sie sich tatsächlich so verhalten, wie Sie es sich vorgenommen haben, im Umgang mit Patienten, Mitarbeitern und Kollegen (insbesondere, wenn das, was sie gerne hätten anders ist, als das, was sie erhalten).
7. Führen Sie kooperativ ausgerichtete Gespräche.
8. Leben Sie das vor, was Sie fordern.
9. Nehmen Sie die Führungsaufgabe ernst.
10. Managen Sie Ihre Organisation anhand von Kennzahlen.

Abb. 5: 10 Einfache Regeln zur Führung in der Praxis und MVZ

zu erfüllen, sprechen, so benötigt die Person, die führen will, als Gegenüber Personen, die sich führen lassen. Die ganz allgemeine Bereitschaft sich führen zu lassen ist durch drei Faktoren gekennzeichnet, nämlich

1. respektvolle Anerkennung der Arbeit und der Leistung der Mitarbeiter durch die Führungsperson.
2. ein Zusammengehörigkeitsgefühl und Verbundenheitsgefühl der Mitarbeiter der Organisation betreffend
3. eine gewisse Herausforderung durch den jeweiligen Tätigkeitsbereichen

Schaut man sich Ergebnisse im Bereich der Führungsforschung an, so wird klar, dass verschiedene Führungsstile, natürlich auch auf verschiedene Erwartungen der Geführten Treffen. Idealerweise sind diese beiden Erwartungen kompatibel [6,12], z.B. Befehlen, Gehorchen, trainieren – gehorsam arbeiten, Partizipien lassen – aktive Mitarbeit, delegieren – selbstständige Mitarbeit,

In der Interaktion von Führen und geführt werden, gibt es jedoch, und das auch in Bevollmächtigung – Teilhabe an der Führung kleinen Organi-

sationen, und dort wird es besonders bedeutsam, prinzipielle Möglichkeiten der Inkompatibilität. Dies stellt an die Führungskompetenz immerwährende neue Herausforderungen (s. Abb. 5).

Zum Vergleich mit anderen Führungspositionen: In großen Unternehmen, anderer Branchen steht die Führungskraft nicht zusätzlich am Band und erbringt Leistung. Sie kann sich im Gegenteil komplett auf ihre Führungsaufgabe konzentrieren. In der Arztpraxis, haben wir die spezielle Aufspaltung der Arbeitsbereiche Management, Führung und Dienstleistungserbringung, das trifft aber natürlich auch für einen Handwerksbetrieb zu. Führung ist kein Nebenjob, der nach Dienstschluss erbracht werden kann, ebenso wenig wie Management eine Aufgabe ist, die nach Dienstschluss erbracht werden kann. Gerade in kleinen Organisationen sollte die Aufgabe Führung im Rahmen von den Managementaufgaben und der ärztlichen Dienstleistung, klar verortet werden, d.h. sie sollten einen klaren zeitlichen und räumlichen Rahmen erhalten, indem die Managementaufgaben zum einen, die Führungsaufgaben zum anderen und die tatsächliche Dienstleistungser-

bringung zum Dritten geplant erfolgen. Sie sollten so in den 24-Stunden-Tag so eingebunden werden, dass die Bereiche des Selbstmanagements oder der Führung des eigenen Selbst, nicht vernachlässigt werden. [16,12] Gute Führung ist nur möglich, wenn sie Disziplin nicht nur von anderen, sondern auch von sich selbst fordern.

So kann gute Führung nur funktionieren, wenn wir alle Bereiche in uns selbst kultivieren und uns vor allem nicht schlechter behandeln, als unsere Mitarbeiter. [12] ■

Literatur

- [0] Schrappe M., Vortrag: Organisationen organisieren, 23. Oktober, Seminar: Ärztliche Führung, BLÄK, München, 2006
- [1] Höfling, S., Psychologische Vorbereitung auf chirurgische Operationen, 1988,
- [2] Malik, F., Führen, leisten, leben, Wirksames Management für eine neue Zeit, Frankfurt, New York, Campus Verlag, 2006
- [3] Curriculum der Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern, Berlin, 2007
- [4] Levin K., Lippert R., White R., Patterns of Aggressive Behavior, social climates, in: Journal of social Psychology, 1939, 10, p. 271–229
- [5] Herzberg F., One More Time: How Do You Motivate Employees?, in Harvard Business Review, Business Classics: Fifteen Key Concepts for Managerial Success, September-Oktober 1974, p. 42–53
- [6] Butler T, Waldroop J., Wie Unternehmen ihre besten Leute an sich binden, in: Harvard Business Manager, 2004, p. 92–101
- [7] Grawe, K. Neuropsychotherapie, Göttingen, Hogrefe, 2004
- [8] Sprenger, R. Vertrauen führt, Worauf es im Unternehmen wirklich ankommt, Frankfurt a. Main, New York, Campus Verlag, 2002
- [9] Pfaff H, Lütticke J., Badura B., Piekarski C., Richter P. (Hrsg.), „Weiche“ Kennzahlen für das strategische Krankenhausmanagement. Bern: Verlag Hans Huber, 2004
- [10] Poimann, H., Schuster, G., Fünf kostenfreie Schritte, Würzburg, Huttenscher Verlag 507, 2003
- [11] Kolb, D. A., The theory of experiential learning, with applications for education, work, and personal development. Contains information on the validity of the learning style inventory, Prentice Hall, 1984
- [12] Sydärmaanlakka, P., Intelligent leadership and leadership competencies, Developing a leadership framework for intelligent organizations, Helsinki University of Technology, 2003
- [13] Stegbauer, C, Reziprozität, Einführung in soziale Formen der Gegenseitigkeit, Wiesbaden, Westdeutscher Verlag, 2002
- [14] Poimann H., Schuster G., Kritisch konstruktive Kooperation, in: Idiolektik reader, Würzburg, Huttenscher Verlag 507
- [15] Reins, A., Corporate Language, Wie Sprache über Erfolg oder Misserfolg von Marken und Unternehmen entscheidet, Hermann Schmidt, Mainz(2004)
- [16] Bergner, T. Burnout Prävention, Stuttgart: Schattauer; 2007
- [17] Bischof, K., Bischof, A., Führen – Mit Ihren Mitarbeitern zum Erfolg, Die besten Instrumente und Techniken, Planegg, WRS Verlag, 1998

**1 Erweiterter Bewertungsausschuss
Sitzung am 23.10.2008**

Regionale HVV-Quoten (alte Bundesländer)

KV Schleswig-Holstein	0,9176	KV Hessen	0,9040
KV Hamburg	0,8975	KV Rheinland-Pfalz	0,9133
KV Bremen	0,8967	KV Baden-Württemberg	0,9094
KV Niedersachsen	0,9022	KV Bayerns	0,8954
KV Westfalen-Lippe	0,9048	KV Berlin	0,8956
KV Nordrhein	0,9155	KV Saarland	0,9014

10
ZfaNch
3/2008

2 Ermittlung der morbiditätsbedingten Leistungsmenge 2009

Basis: abgerechnete Leistungen in 1. bis 4. Quartal 2007 x HVV-Quote 0,9176 (SH)

= Auswirkungen des EBM 2008 + 9,7 %

morbiditätsbedingte Anpassung 2009 + 5,1 %

3 Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) für das Jahr 2009

- **Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung 2009 = Behandlungsbedarf 2009 x „vereinbarter Punktwert“**
- *„Fehlschätzungen zur Mengenentwicklung im Jahre 2008 und zu den Auswirkungen des zum 01. Januar 2008 in Kraft getretenen EBM werden bei der Festlegung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Jahr 2010 berücksichtigt.“*

4 Regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur

Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur, auf deren Grundlage in den regionalen Punktwertvereinbarungen von den Orientierungswerten abgewichen werden kann.

Für das Jahr 2009 gilt jedoch:

- **Versorgungsstruktur:** keine Indikatoren
- **Kostenstruktur:** keine Indikatoren
- **Regionale Wirtschaftskraft:** keine Indikatoren

? Orientierungswert = regionaler Punktwert

5 Festlegung des Orientierungswertes für das Jahr 2009

„Der Orientierungswert wird für das Jahr 2009 in Höhe von 3,5001 Cent festgelegt.“

* Erweiterter Bewertungsausschuss vom 23.10.2008

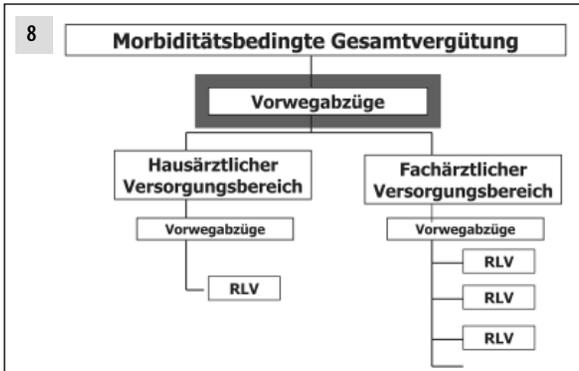
6 Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs - Akuterkrankungen -

- Sepsis/Schock
- Infektionen des Zentralnervensystems
- Tuberkulose
- Infektionen durch opportunistische Erreger
- Andere Infektionskrankheiten
- Pneumokokkenpneumonie, Empyem, Lungenabszess
- Virale und nicht näher bezeichnete Pneumonien, Pleuritis
- Andere Lungenerkrankungen

+ 25 %

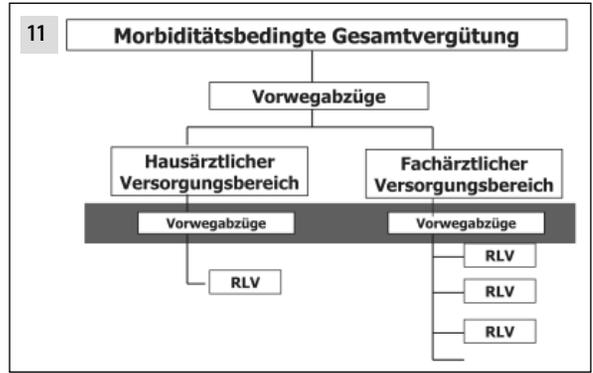
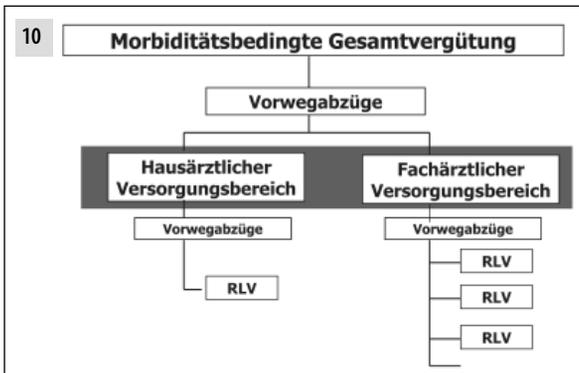
7 Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs - Ausnahmeereignisse -

- Epidemien nach Feststellung durch das zuständige Gesundheitsamt
- Naturkatastrophen oder andere Großschadensereignisse, bei denen mindestens 2 % der Bevölkerung der jeweiligen Region verletzt wurden und Katastrophenalarm ausgelöst wurde



9 Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) für das Jahr 2009 - Vorwegabzüge -

- Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung
- Vergütung für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2



11
ZfaNch
3/2008

12 Hausärztl. + fachärztl. Versorgungsbereich Vorwegabzüge

Hausärztl. Versorgungsbereich	Fachärztl. Versorgungsbereich
3 % des hausärztlichen Vergütungsvolumens für abgestaffelt zu vergütende Leistungen	3 % des fachärztlichen Vergütungsvolumens für abgestaffelt zu vergütende Leistungen
Zahlungen für Neupraxen	Zahlungen für Neupraxen
Zahlungen für ermächtigte Krankenhäuser, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die gemäß 2.1 kein Regelleistungsvolumen erhalten	Zahlungen für ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die gemäß 2.1 kein Regelleistungsvolumen erhalten
Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern	Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern

13 Hausärztl. + fachärztl. Versorgungsbereich Vorwegabzüge

Hausärztl. Versorgungsbereich	Fachärztl. Versorgungsbereich
Zunahme an teilnehmenden Ärzten	Zunahme an teilnehmenden Ärzten
Sicherstellungsaufgaben (u. a. nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen)	Sicherstellungsaufgaben (u. a. nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen)
Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten	Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten
Praxisbesonderheiten	Praxisbesonderheiten
Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge	Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge

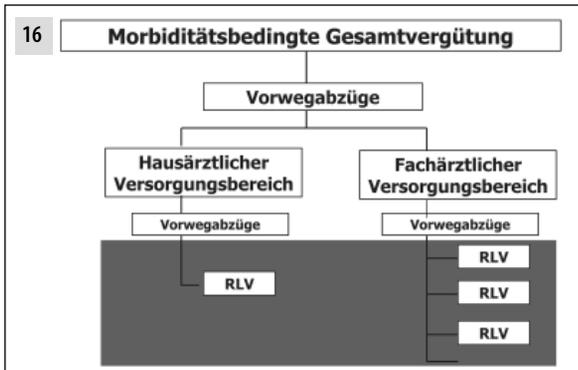
14 Hausärztl. + fachärztl. Versorgungsbereich Vorwegabzüge

Hausärztl. Versorgungsbereich	Fachärztl. Versorgungsbereich
Vergütungen des Jahres 2007 für folgende Leistungen:	Vergütungen des Jahres 2007 für folgende Leistungen:
<ul style="list-style-type: none"> • Besondere Inanspruchnahme • Leistungen im organisierten Notfalldienst • Dringende Besuche • Schmerztherapie • Akupunktur • Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen • Kostenpauschalen • Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Defibrions- oder Indikatorauftrag) 	<ul style="list-style-type: none"> • Besondere Inanspruchnahme • Leistungen im organisierten Notfalldienst • Dringende Besuche • Schmerztherapie • Akupunktur • Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen • Kostenpauschalen • Ambulante präklinische Betreuung und Nachsorge • Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiomen • Histologie, Zytologie • ESWL • Polysomnographie • MRT-Angiographie • Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen • Laborkontrollpauschale und Laborgrundpauschale • Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung

15 Hausärztl. + fachärztl. Versorgungsbereich Vorwegabzüge

Hausärztl. Versorgungsbereich	Fachärztl. Versorgungsbereich
Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen	Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen
Zahlungen für den Aufschlag bei arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/ desselben Schwerpunktes	Zahlungen für den Aufschlag bei arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/ desselben Schwerpunktes
	Zahlungen für nicht in Anlage 1 genannte Arztgruppen

12
ZfaNch
3/2008



17 **Zusätzliche Honorarvolumen für qualitätsgebundene Leistungen (Fachärzte)**

Das Honorarvolumen ergibt sich aus der Multiplikation der kurativ-ambulantem Arztfallzahl des entsprechenden Vorjahresquartals mit dem ausgewiesenen Betrag.

1.	Diagnostische Radiologie	5,00 €
----	--------------------------	--------

18 Beschluss des Bewertungsausschusses 27./28.08.2008

Regelleistungsvolumen (RLV) ab 01.01.2009

- Definition: Abrechenbare Leistungsmenge, welche mit **festen** Preisen zu vergüten ist (Euro-Gebührenordnung), also planbar.
 - Zentrale Frage: Was wird zukünftig extrabudgetär mit welchen Punktwerten vergütet? Anlage 2 des Infoschreibens vom 19.09.2008.
- Euro-Gebührenordnung ergibt sich aus der Leistungsbewertung des EBM und den regional vereinbarten Punktwerten.
- Darüber hinaus (RLV): Floatender Punktwert (sogenannter abgestaffelter Punktwert).
 - D.h. weiterhin viele RLV-Leistungen mit unbekannter Vergütung!!!

19 Beschluss des Bewertungsausschusses 27./28.08.2008

Regelleistungsvolumen (RLV) ab 01.01.2009

- Ermittlung der RLV erfolgt quartalsweise je Arzt.
 - Umsetzungsschwierigkeiten sind vorprogrammiert (z. B. BAG)
- Zuweisung der RLV erfolgt praxisbezogen (d.h. RLV Arzt 1 + RLV Arzt 2)
- RLV der Praxis steht der Leistungsmenge der Praxis gegenüber
- Ausgleich arztindividueller RLV ist möglich (ggf. Anpassung ab 2010)
 - Interne Praxisorganisation gefordert

20 Beschluss des Bewertungsausschusses 27./28.08.2008

Regelleistungsvolumen (RLV) ab 01.01.2009

- Ermittlung der RLV je Arzt
 - Fallwert (arztgruppenspezifisch) auf modifizierter Basis 2007 X
 - Fallzahl des Arztes (Vorjahresquartal), demnach 2008
 - Übergangsregelungen für das erste Halbjahr 2008
 - Auswirkungen des zweiten Halbjahres können teilweise noch beeinflusst werden
- Minderung des Fallwertes ab 150% der Durchschnittsfallzahl (Stufenmodell)

21 Beschluss des Bewertungsausschusses 27./28.08.2008

Erhöhung der RLV um ein Honorarvolumen für qualitätsgebundene Leistungen im hausärztlichen Bereich

- Sonographie
- Psychosomatik
- Prokto/Rektoskopie
- Kleinchirurgie
- Langzeit-EKG
- Langzeitblutdruckmessung
- Spirometrie
- Ergometrie
- Chirotherapie

Umsetzung dieser Regelung ist noch nicht geklärt

22 Beschluss des Bewertungsausschusses 27./28.08.2008

Leistungen ausserhalb des RLV zu Lasten der anteiligen Gesamtvergütung

- Besondere Inanspruchnahme
- Leistungen im organisierten Notdienst und im Notfall
- Dringende Besuche
- Schmerztherapie Kapitel 30.7.1
- Akupunktur
- Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen Kapitel 32
- Diagnostische Radiologie
- Kostenpauschalen Kapitel 40

23 Beschluss des Bewertungsausschusses 27./28.08.2008

Regelleistungsvolumen (RLV) ab 01.01.2009

- Keine RLV erhalten:
 - Psychologische Psychotherapeuten
 - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
 - FÄ für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie
 - andere aussch. psychoth. tätige Vertragsärzte
 - Pathologen
 - Labormediziner
 - Strahlentherapeuten
 - Für wenige Einzelleistungen Ermächtigte (fehlende Definition)

Zeitbezogene Kapazitätsgrenze

24

Beschluss des Bewertungsausschusses 27./28.08.2008

Was ist zwischen den Partnern der Gesamtverträge zu vereinbaren?

- Kriterien zur Ausnahme von der Abstufungsregelung
- RLV bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform
- Praxisbesonderheiten
- Überproportionale Honorarverluste
- Regionale Punktwerte

25

**Extrabudgetäre Leistungen (OPW)
- KV-Forderung -**

Dialysesachkosten	in €
Leistungen nach dem Katalog §115b SGB V	in €
Begleitleistungen zu Punkt 2 b	in €
Leistungen ehemaliger Strukturverträge	in €
in kurativ-stationären Behandlungsfällen abgerechnete Leistungen außerhalb des Kapitels 36 EBM	in €
neu eingeführte EBM-Leistungen	in €
Betreuungspauschalen für Nervenärzte/Neurologen	in €

d.a.o_net.de [®]
deutsche akademie für organisationsentwicklung
eine abteilung der huttenischen management gesellschaft

hutzenstr. 10
97072 würzburg
fon 0931 - 88 02 93 92
mobil 01 71 - 26 46 73 1
fax 0931 - 88 02 93 98
mail G.Schuster@dao-net.de
internet dao-net.de

Wenn Ihr Wellensittich beim Wellenreiten
immer Wasser schluckt,
gibt es folgende Möglichkeiten:
a) er braucht ein Begleitboot
b) er sollte einen Tauchkurs machen
c) mit zwei Flügeln fliegt man höher als mit einem.

Wir finden mit Ihnen die individuelle Lösung für Ihr Haus.

Facettenthermoläsion

Textvorschlag zur Beantwortung der KBV-Anfrage

Liebe Kollegen und Freunde!

Es geht um die Facettenläsion!
Mit Schreiben vom 25. 3. 2008 hatte die KBV beim BDNC – wie von uns schon am 18./19. 1. 2008 in Hannover im ANF-Forum besprochen und in der Frühjahrs-Ausgabe der Zeitschrift für ambulante Neurochirurgie veröffentlicht – um Stellungnahme gebeten in einer Angelegenheit des Bewertungsausschusses, welche auf den Verlust des Op-Status für die Facettenthermoläsion hinausläuft.

Inzwischen sind in den letzten Wochen bis 10/08 bundesweit diverse sehr unschöne Folgerungen aus dieser Beschlusslage zu berichten; in Greifswald wurden den Kollegen Wähler, Naujocks & Co. erhebliche Honoraranteile in Abrede gestellt, in Nord-Württemberg wurde dem Kollegen Potschka mit willkürlicher Begründung ein „Unilateralitäts“-Malus in Rechnung gestellt etc. Zusammengefaßt wird es nun allerhöchste Zeit, kurzfristig nun der KBV eine fachliche Stellungnahme zukommen zu lassen.

Dies zu ermöglichen, hat auf dem Dt.Schmerzkongress in Berlin 10/08 eine adhoc-Arbeitsgruppe sich getroffen und sind mit weiteren Berufsverbänden Abstimmungen erfolgt, sodaß die vom Unterzeichneten vorgeschlagene erarbeitete Stellungnahme wie in der Anlage beigefügt von den Vorsitzenden etlicher involvierter Fachgesellschaften auf den Weg nach Berlin gesandt wurden und werden an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Dezernat 3 Gebührenordnung und Vergütung, Frau Anna Maria Raskopp, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin.

Die in Berlin beteiligt gewesenen Fachvertreter und ihre Funktionen sind: Dres.Cortbus, Leifeld

und Potschka für den BDNC in telefonischer vorheriger Abstimmung mit dessen Erstem Vorsitzenden Dr.Baum, zudem Dres. Vadokas, Leifeld und Thoma für die DGNM, dessen Präsident ebenfalls in Berlin anwesend war, außerdem für den BVSD Dres. Cortbus, Leifeld, Potschka und Thoma als Vorsitzender; schon wegen der unübertroffenen Studien-Expertise zur Thematik und dem weltweiten Resonanzraum wurde unmittelbar mit involviert die International Spinal Injection Society ISIS, deren Deutschlandsprecher Dr.Kniesel in Berlin ebenfalls involviert war.

Somit besteht die Hoffnung, daß durch eine konzertierte multilaterale Aktion, analog zum jüngsten Vorgehen der Notenbanken, ein Signal ergeht, daß den Märkten Vertrauen wiedergibt spricht den ambulanten Op-Zentren die Möglichkeit, planbar wieder weiter dem operativen sinnvollen realwirtschaftlichen Geschäft sich widmen zu können ...

Hier der erarbeitete Textvorschlag zur Beantwortung der KBV-Anfrage an den BDNC zur aufgekündigten Zugehörigkeit der Facettenthermoläsion zum ambulant operativen Kanon nach OPS:

„Sehr geehrte Frau Raskopp,

Sie haben den Berufsverband Deutscher Neurochirurgen e.V. (BDNC) um Stellungnahme gebeten zu einer Neuregelung für minimal invasive Eingriffe an der Wirbelsäule.

In seiner 120. Sitzung hätte der Bewertungsausschuß in einer Protokollnotiz eine Neuordnung der minimal invasiven Wirbelsäulen Chirurgie mit Aufnahme einer entsprechenden QS-Vereinbarung im Rahmen der Anpassung des Anhangs 2 zum EBM an die OPS-Version 2007 beschlossen. Die Vertragspartner verständigten sich demnach darauf, minimal invasive Eingriffe an der Bandscheibe im Anhang 2 zum EBM zu belassen. Für minimal invasive Eingriffe an sonstigen Strukturen der Wirbelsäule, einschließlich der Facettendeneration, sollten Leistungen im Kapitel 34 angepasst bzw. geschaffen werden. Der OPS-Code 5-830.2 für die Facettendeneration sei im Anhang 2 verblieben, um einen offen chirurgischen Eingriff abzubilden.

Unverkennbar und begrüßenswert ist ein Trend in der (Neuro-)Chirurgie und hier speziell der spinalen und Schmerzchirurgie, sämtliche Eingriffe zu minimieren und den Zugang so klein wie möglich und nur so groß wie unbedingt notwendig zu gestalten. Es existieren heute bereits zahlreiche operative Eingriffe, die minimal invasiv mit kleinen Haut-, Faszien- und Schädelöffnungen und unter Einsatz von modernem (Navigations-)Gerät durchgeführt werden. Sollte man der Anmerkung in Kapitel 31.2.4 EBM und der o.g. Protokollnotiz folgen, würden diese sämtlichen hochaufwendigen und kostspieligen Prozeduren lediglich unter das Kapitel 34 fallen – das kann aus der Sicht des Berufsverbandes Deutscher Neurochirurgen und angeschlossener Verbände schlechterdings nicht sein! Das bedeutete, dass ein ganzer innovativer Bereich hochspezialisierter Eingriffe aus dem Anhang 2 und folglich aus der ambulanten Erbringbarkeit herausfallen und sachlich durch nichts rechtfertigt alleine in den stationären Sektor gedrängt würde. Längst gibt es Krankenhäuser, die wie etwa die Kliniken Damp solche operativen Leistungen i.R. eines kurzstationären Aufenthaltes zu einem Pauschalpreis von 2000 € durchführen!

Die Facettgelenksthhermoläsion ist eine jahrzehntelang in (Neuro-)Chirurgenhand bewährte neuroablative bildgestützte Perkutanoperation. Sie befindet sich i.R. der zunehmend miniaturisierten und navigierten operativen High-Tech-Techniken in Gesellschaft von so bewährten minimal invasiven neurochirurgischen Eingriffen wie Läsionen am Ganglion Gasseri an der Schädelbasis bei therapierefraktärer Trigemimusneuralgie oder per-

kutan stereotaktischen Eingriffen am Gehirn. Die jeweiligen Indikationsstellungen folgen klaren Kriterien seitens unserer Fachgesellschaft und die Durchführung erfordert hohen strukturellen Aufwand, und zwar apparativ wie zeitlich:

Erforderlich ist neben der entsprechenden bildgebenden Technik zur Zielführung ein Läsionsgenerator, wie er auch in der stereotaktischen funktionellen Hirnchirurgie Verwendung findet, mit zugehörigem Thermosondensystem, mit Sensorik zur Gewebeimpedanzmessung sowie zur probatorischen tiefen Elektrostimulation – Kostenaufwand im Minimum 15 000 bis 20 000 € und gehöriger Zeitaufwand des Eingriffs – neben dem üblichen Aufwand für Gerätschaften zur Infusions- und Schockbehandlung, Instrumentarium zur Reanimation und zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung und den Möglichkeiten üblichen intraoperativen Monitorings (Sauerstoffsättigung, EKG).

Also steht dieser bewährte minimal invasive Läsionseingriff nicht von Ungefähr im Anhang 2 unter OPS-Code 5-830.2. Die Facettethermoläsion war, ist und bleibt ein aufwändiger spinalchirurgischer operativer Eingriff mit längst nachgewiesener Effizienz, eindeutigen Indikationskriterien und statistisch belegt hoher Wahrscheinlichkeit nachhaltiger Schmerzlinderung und Verbesserung der Wirbelsäulenbeweglichkeit. Kürzlich hat es eine Ad-hoc-Verständigung gegeben zu diesem Thema anlässlich des Deutschen Schmerzkongresses in Berlin 10/08 zwischen Offiziellen zahlreicher Fachgesellschaften und Fachverbände; durchgängig wurde die Unverhandelbarkeit des operativen Charakters der Facettgelenksthermoläsion betont; mit paralleler Post werden Sie Statements und Referenzstudien in diesen Tagen erreichen vom Berufsverband Deutscher Neurochirurgen (BDNC), vom Berufsverband der Schmerztherapeuten in Deutschland BVSD, der Deutschen Gesellschaft für Neuromodulation DGNM sowie der International Spinal Injection Society ISIS.

Ganz deutlich muß unterschieden werden zwischen operativer perkutaner Facettgelenksthermodenervation, welche den o.g. erheblichen Durchführungsaufwand bedingt, und der Facettgelenksinfiltration, also der topischen bildgeführten Injektion bestimmter Substanzen ans Facettgelenk; alleine letztgenannte stellen Leistungen nach Kapitel 34 dar und nur insofern kann die Neuordnung minimal invasiver Wirbelsäulenchirurgie in der 120. Sitzung des Bewertungsausschusses aus der wohlbegründeten Sicht unserer o.g. Fachgesellschaften und Verbände nachvollzogen werden. Es geht hier wohlgerne nicht darum, den in z.T. schier ungeheuerlichen Fallzah-

len landesweit durchgeführten sogenannten PRT's und wirbelsäulennahen Infiltrationsblockaden mit Lokalanästhetika und Corticoiden den operativen Status zu erhalten. Vielmehr geht es darum zu unterscheiden: zwischen Facettinfiltrationen einerseits und neuroablative Thermoläsionen andererseits mit ungleich größerem Aufwand und weit höherer Nachhaltigkeit.

Die Protokollnotiz hat nicht den Verbleib des OPS-Codes 5-830.2 im Anhang 2 infrage gestellt – jedenfalls nicht, insofern die Facettgelenksthromoläsion gemeint ist; eine Interpretation, welche das Belassen des Codes alleine auf eine offen chirurgische Denervation z.B. im Zuge einer offen operativen Nukleotomie oder Spondylodese bezieht, entbehrt jeder Grundlage – wäre doch bei Durchführung derartiger Eingriffe der Code 5-830.2 subsidiär und gar nicht als eigenständige Abrechnungsleistung ansetzbar – ja mehr noch, ein derartiges Vorgehen: die alleine zum Zwecke operativer Facettgelenksthromoläsion erfolgende offen chirurgische Vorgehensweise, würde eine nicht rechtfertigte weil nicht erforderliche Körperverletzung darstellen!

Wie es auch auf Provokation überflüssiger Körperverletzung hinausläuft, wenn die KV Nordwürttemberg kürzlich in einer Stellungnahme an das neurochirurgische Schmerz-Zentrum Rhein-Neckar-Odenwald darlegte, die dort erbrachte Anzahl operativer Facettgelenksthromoläsionen um denjenigen Leistungsanteil in der Honorarabrechnung zu kürzen, zu dem der ablative Perkutaneingriff nur einseitig stattgefunden hat unter der Fehlinterpretation der Leistungslegende, „je Bewegungssegment“ erfordere auf jeden Fall eine beidseitige Läsion! Es ist dringend erforderlich, anstelle derart unterschiedlicher und unhaltbarer Interpretationen diverser kassenärztlicher Vereinigungen bundeseinheitlich vorzugehen und ausdrücklich den Sachverstand der entsprechenden Fachgesellschaften und Verbände einzubeziehen.

Zudem wird ausdrücklich auf die nicht ungefährliche mengen- und behandlungspfadsteuernde Auswirkung der Protokollnotiz hingewiesen: dass nämlich in Zukunft infolge dieses Beschlusses weit mehr minimal invasive Eingriffe an der Bandscheibe durchgeführt werden könnten als de facto indiziert sind und dann u.a. mit dem nicht unerheblichen Risiko, die gravierende und kostenträchtige Konsequenz einer Spondylodiszitis auszulösen...

Die genannten Fachgesellschaften und Verbände stimmen i.ü. darin überein, dass vom Gesichtspunkt des apparativen und zeitlichen Aufwandes sowie der Nachhaltigkeit der strukturellen Läsion an den Rami circumflexus die Thermoläsion sich nicht unterscheidet von der Facettgelenksthromoläsion, ►

also dem perkutanen Einbringen einer Kryoläsionssonde an die entsprechenden nervalen Strukturen der Facettgelenke mit anschließender operativer Neuroablation, ebenfalls mit etwa 30-minütigem operativen Aufwand verbunden.

In Zusammenfassung bleibt die Protokollnotiz und Beschlusslage auf der 120. Sitzung des Bewertungsausschusses hinsichtlich einer Neuordnung der minimal invasiven Wirbelsäulen Chirurgie aus fachspezifischer Sicht der involvierten Berufsverbände insoweit zu präzisieren, dass ebenso wie minimal invasive Eingriffe an der Bandscheibe auch die perkutane Facettgelenkstermo- und -kryoläsionen im Anhang 2 zum EBM belassen werden, welche beiden letzteren den Sachverhalt offen chirurgischer Durchführung auch dann erfüllen, wenn in üblicher Weise Haut und Subkutis sowie Muskelfaszie inzidiert werden, offene Nukleotomie oder Spondylodese allerdings unterbleiben.

In der großen Hoffnung, mit diesen eindeutigen Klarstellungen zu differenziertem Umgang beizutragen und dazu, im Interesse der Sache auseinanderzuhalten, was getrennt behandelt gehört, mit freundlichen Grüßen

...

Eine Antwort seitens der KBV lag zum Zeitpunkt der Drucklegung dieser Ausgabe am 16. 11. 2008 noch nicht vor.

Indessen hat Herr Sandvoss zum Thema Facettenläsionen Aspekte aus seiner Sicht beige-steuert, indem er dem Autor dieses Beitrags am 31. 10. 2008 mitteilte:

„2 Neurochirurgen mussten Strafanzeigen wegen angeblichen Abrechnungsbetruges ab-wettern, beide haben durch Regresse massi-ve finanzielle Einbußen erlitten (30 000,-? und 132 000,-?), nachdem Mitglieder im Auftrage des

BDNC vor unserer Zeit und ohne unser Wissen und Zutun länger mit den Gremien der KVB be-raten und die deutlich überhöhte OP-Zeit durch-gesetzt haben. Das lässt sich vor Gericht niemals halten, da kein seriöser Gerichtssachverständiger unwahre Angaben macht. Ich werde das Problem weiter im Auge behalten und übersende in der Anlage mein Gutachten und den Beschluß des SG S. zur Kenntnisnahme.“

Auszüge daraus: Im Fall des SG S. wurde zum Sachverhalt der Facettendenerivation festgestellt: „Soweit die KBV zur EBM-Nr. 2960 (operative De-nerivation der kleinen Wirbelgelenke (z.B. Facet-tendenerivation), je Bewegungssegment) einen

Minimalwert von 23 Minuten angibt, behauptet der Antragsteller, nur 3 Minuten zu benötigen. In den vorgelegten Op-Berichten sei die Erfüllung der Leistungslegende dokumentiert. Die Antragsgegnerin habe von seinem Angebot, sich von den organisatorischen Abläufen selbst ein Bild zu machen, keinen Gebrauch gemacht. Er führe diese Leistung mittels Radiofrequenz durch, dabei entstehe ein thermischer Effekt, der die Läsion auslöse. Von der reinen ärztlichen Leistung seien die Vorbereitungsarbeiten zu trennen. Die Vorbereitungsarbeiten erfolgten unter Zuhilfenahme eines C-Bogens und Therapiesets, welches er der Antragsgegnerin zur Veranschaulichung während des Plausibilitätsgesprächs präsentiert habe und die Vorbereitungsarbeiten erheblich beschleunige. Eine weitere Beschleunigung der eigentlichen Läsion erfolge durch die Verwendung eines Radiofrequenzgerätes der Firma Stryker-Howmedica. Die ursprüngliche Methode der sogenannten Kryodeneration der kleinen Wirbelgelenke, die der Mindestprüfzeit der KBV von 23 Minuten zugrunde liege, sei inzwischen überholt. Der Antragsteller bezieht sich hierzu auf die von der Antragsgegnerin eingeholte Stellungnahme von Dr. ... Dieser hat ausgeführt, dass bei der Verwendung der Radiofrequenztherapie einschließlich der Vor- und Nachbereitung etwa eine Zeitdauer von 13 Minuten benötigt werde. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 22. 6. 2005 hat Dr. ... hinzugefügt, dass bei einem erfahrenen Operateur der Eingriff maximal 2 Minuten dauere, wo-

bei er die erforderliche Vorbereitungs- und Lagerungszeit nicht berücksichtigt habe ... Soweit die Antragsgegnerin darauf hinweise, dass die KBV die Mindestprüfzeit für die infrage stehende Op ab Inkrafttreten des EBM 2000 plus sogar auf 25 Minuten erhöht habe, sei dieser Vergleich unzulässig, weil bereits die Leistungslegenden unterschiedlich seien. Auch nach der Stellungnahme der KBV seien durch die optimierte Praxisablaufgestaltung sowie aufgrund der Routine des behandelnden Arztes optimalere Behandlungszeiten möglich ...“

Zur Begründung seines Urteils führt das SG S. an, „dass zur Feststellung, ob abgerechnete Leistungen vollständig erbracht worden sind, es grundsätzlich zulässig ist, Tagesprofile zu verwenden (dazu: BSG-Urteile vom 8. 3. 2000 – B 6 KA 16/99, SozR 3-2500 § 83 Nr. 1 ...) ... Aufgrund der umfangreich erstellten Tagesprofile ist die Schlussfolgerung gerechtfertigt, dass der Antragsteller nicht alle Leistungen ordnungsgemäß erbracht hat ... Sie ist dabei von den von der KBV ermittelten Zeitprofilen ausgegangen. Daß der Antragsteller die dort ermittelten Minimalwerte selbst als erfahrener, geübter und zügig arbeitender Arzt zum Teil erheblich unterschreiten kann, ist derzeit nicht überzeugend dargelegt. Die Zeitansätze erfassen bereits nur den ärztlichen Anteil und rechnen nicht die im übrigen delegationsfähigen Leistungsanteile ein ... Die ermittelten höchsten täglichen Arbeitszeiten lagen in den Quartalen ... um die 20 Stunden.“ ■

Gutachterliche Stellungnahme zur Zeitplausibilität bei Facettendenervation

zum strafrechtlichen Tatbestand des Abrechnungsbetruges nach § 263 StGB

Auftragsgemäß erstatte ich Ihnen nachfolgende

1. gutachterliche Stellungnahme

zur Frage, ob und inwieweit der strafrechtliche Tatbestand des Abrechnungsbetruges nach § 263 StGB auf Grund des durchgeführten Plausibilitätsverfahrens der Kassenärztlichen Vereinigung XY überzeugend nachweisbar ist.

Ich beziehe mich auf den Inhalt der Ermittlungsakte III, S. 1–146 und Band II S. 77 ff.

Das staatsanwaltschaftliche Ermittlungsverfahren stützt sich offensichtlich auf eine Anzeige der Kassenärztlichen Vereinigung XY in S. vom 17.09.04 und auf den Honorarrückforderungsbescheid für Quartale 3/01 bis 3/04 der vertragsärztlichen neurochirurgischen Tätigkeit.

Die Prüfung und Begründung der Anzeige vom 17.9.2004 ist aus gutachterlicher Sicht unvollständig und unqualifiziert, selbst wenn sie sich auf einen Honorarrückforderungsbescheid und auf den Beschluss des Sozialgerichtes S. vom 15.5.2006 stützt. Auch dieser Beschluss ist in meinen Augen angreifbar, wie nachfolgend ausgeführt werden wird.

Maßgeblich für die Abrechnung in dem kritischen Zeitraum war im vertragsärztlichen Bereich der EBM vom 1. Juli 1999, wobei bemerkt werden muss, dass alle Vertragsärzte inzwischen den Überblick verloren haben, weil sich der EBM in kürzester Frist durch Überarbeitungen mehrfach geändert hat, so liegt mir hier auch der Vorläufer, d.h. der EBM vom 1.1.1996 vor und inzwischen gilt der neue, völlig anders konzipierte EBM 2000 plus, so dass von einer Kontinuität der Abrechnungsgegebenheiten wie bei der GOÄ nicht ausgegangen werden kann.

Die Anzeige erstattende KV XY hat es schuldhaft unterlassen, auf die Modalitäten der Berechnung

der KV-bezogenen Fallpunktzahlen hinzuweisen, wie sie in den Allgemeinen Bestimmungen A I des EBM 1999 nachzulesen sind.

Der rechnerische Ermittlung und insbesondere der Kalkulation für die Punktwerte der jeweiligen Leistungen wurde anfangs ein Punktwert von 10,00 DPF zu Grunde gelegt, der dann bereits 1994 auf 9,10 DPF für das Vertragsgebiet West bzw. 7,49 DPF für das Vertragsgebiet Ost abgefallen ist. Der floatende Punktwert wird von allen Vertragsärzten nachdrücklich kritisiert und hat zum Teil zu extremen Einkommensverlusten der überwiegend vertragsärztlich tätigen Praxen geführt mit massivem Zurückfahren und nicht seltener Aufgabe der ambulanten operativen Tätigkeit, weil diese nicht mehr kostendeckend durchgeführt werden konnte. Trotz der stringenten Vorgaben des § 115 SGB V, der die ambulanten Operationen und die stationärsersetzenden Leitungen festschreibt verbunden mit einem umfangreichen Katalog, welche Operationen nur noch ambulant durchgeführt werden dürfen, mussten die operativ tätigen Ärzte entweder ihre ambulante operative Tätigkeit aufgeben, weil z.B. der Punktwert in Niedersachsen auch für ambulante operative Leistungen auf 2,7 im Vergleich zu den kalkulierten 10 abgefallen war und somit nur noch die Sachkosten abgedeckt hat und für den operierenden Arzt Netto nur noch – wenn überhaupt – Minimalbeträge übrig geblieben sind. Dieser drastische Punktwertabfall hat zur Aufgabe neurochirurgischer belegärztlicher Tätigkeit geführt, z.B. in Ibbenbüren, wobei die Belegärzte ihre Tätigkeit ins Krankenhaus Osnabrück verlagert haben, wo sie mit einem komfortablen Konsiliararztvertrag ausgestattet wurden und die Abrechnung eben dieser Leistungen nach DRG´s von Seiten des Krankenhausträger mit den Kostenträgern (und nicht mit der KV) erfolgte. Dies ist im Rahmen einer sogenannten Praxisklinik jedoch nicht möglich.

1. gutachterliche Stellungnahme

In anderen Bundesländern stellt sich die geschilderte Problematik ganz anders dar, so z.B. in Schleswig-Holstein, wo heute nach wie vor die Neurochirurgen als Belegärzte mit einem Punktwert deutlich über 7 noch halbwegs kostendeckend, d.h. komfortabel arbeiten können. Ich will damit sagen, dass die KV XY die Höhe des Punktwertes für den fraglichen Zeitraum für eben diese ambulanten operativen Leistungen bewusst oder unbewusst verschwiegen hat und dass nur bei einem Punktwert von 10, der der Primärkalkulation entspricht, eine vollständige oder persönliche Leistungserbringung erwartet werden kann und darf.

Lag die Vergütung für die erbrachten operativen Leistungen unterhalb des kalkulierten Punktwertes von 10, so ist der operierende Arzt gezwungen, allen nur denkbaren und möglichen Rationalisierungsreserven auszuschöpfen, z. B. durch den Verzicht auf die übliche Dokumentation, auf den Verzicht der Bilddokumentation z. B. von Normalbefunden im Rahmen der Sonographie verbunden mit einer drastischen Verkürzung der Behandlungszeiten, so dass immer mehr Patienten in immer kürzeren Behandlungszeiten durchgezogen werden mußten, um das Einkommen zu sichern, die Unkosten und Investitionen abzudecken und die Arbeitsplätze der Mitarbeiter zu erhalten. Auf diesen typischen „Hamsterrad-effekt“ hat die KV XY nicht hingewiesen, ein Hamsterradeffekt, der KV verschuldet ist, weil diese Körperschaft nicht für eine angemessene Honorierung des mit 10 DPF kalkulierten Punktwertes gesorgt hat. Dieser typische Hamsterradeffekt hat sich vor allem auch bei den ambulanten Kniegelenksoperationen verwirklicht, wobei nach dem Punktwertverfall die Zahl der endoskopischen Kniegelenksspiegelungen bei weiter Indikationsstellung extrem angestiegen ist, allein um durch Mehrarbeit den Bestand der Praxis und das Einkommen zu sichern.

Liegt also der tatsächliche Punktwert, nachdem im kritischen Zeitraum bezahlt worden ist, unterhalb des offensichtlich kalkulierten und festgeschriebenen Punktwertes von 9,10 DPF bzw. 7,49 DPF für das Vertragsgebiet Ost, so kann der beschuldigte Neurochirurg nicht wegen Betrug in Anspruch genommen werden, weil es außerhalb seiner Macht lag, unter korrekten, normalen Bedingungen (wie z.B. bei der GOÄ – Abrechnung) zu arbeiten (vergleiche Seite 27 EBM vom 1. 7. 1999).

Zudem hätte die KV XY Praxisbudgets für operative Leistungen einführen und damit die Anzahl der Operationen begrenzen können, anstatt ein Ausufern der Leistungserbringung zuzulassen und dann im Nachhinein nicht nur Honorarrückforderungsbescheide wegen fehlender Plausibilität zu erlassen, sondern auch noch Betrug zu unterstellen.

Als Gerichtssachverständiger sehe ich eine ernsthafte Pflichtverletzung der KV darin, dass sie für ambulante operative Leistungen keine Beschränkung, d.h. kein Budget eingeführt hat noch eine Fallzahlbegrenzung, was zu dem besagten Hamsterradeffekt und zu einer möglicherweise überbordenden Leistungserbringung geführt hat, die sie jetzt nicht ordnungsgemäß bezahlen und mit bürokratischen Mitteln d.h. mit Plausibilitätskontrollen ex post unterbinden will. Bisher ist meines Wissens noch kein Arzt wegen Überschreitung z.B. seines Arzneimittelbudgets mit nachfolgenden massiven Regressforderungen strafrechtlich verurteilt worden, da es doch vielmehr im Ermessen und damit in den Händen der KV liegt, entsprechende Budget für einzelne Arztgruppen aufzustellen und durchzusetzen und in Hinblick auf die „Übersorgung“ d.h. die überbordende ambulante operative Tätigkeit ist die KV XY offensichtlich untätig geblieben und weigert sich

im Nachhinein, die Kosten zu übernehmen, bzw. fordert die Kosten für einwandfrei erbrachte Leistungen zurück.

Geht man ins Detail, so sei mitgeteilt, dass die KBV mit ihrer Festlegung der Mindestzeit von 23 Minuten für die Leistung nach EBM 2960 (operative Denervation der kleinen Wirbelgelenke) seit langem völlig falsch liegt und auch die Herabsetzung der Mindestzeit von 23 Minuten auf 13 Minuten relativ willkürlich ist und nicht der Lebenswirklichkeit entspricht. Für einen ebenfalls von KV-Regress betroffenen Neurochirurgen habe ich persönlich in unserem Op. die Zeit für die Erbringung der Leistung nach EBM-Ziffer 2960 gemessen und bin zu dem Schluss gekommen, dass die 23 Minuten die „Rüstzeiten“ offensichtlich einschließen einschließlich Lagerung, Desinfektion der Haut, Abdeckung und steriles Waschen bzw. steriles Einpacken des Bildschirmwandlers. Wird jedoch in der gleichen Sitzung mehr als ein Segment behandelt, so entfallen eben diese Rüstzeiten und der Eingriff kann für beide Seiten deutlich unter 10 Minuten durchgeführt werden. Bemerkenswert ist weiterhin, dass die von der KBV willkürlich festgeschriebenen Mindestzeiten weder mit dem Neurochirurgischen Berufsverband BDNC noch mit der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie, d.h. mit der wissenschaftlichen Gesellschaft DGNC abgesprochen worden sind, was man schon aus der völlig undifferenzierten Festlegung der Mindestzeit erkennen kann, die die Anzahl der Eingriffe pro Sitzung und pro Segment nicht berücksichtigt. Die dem Beschluss des Sozialgerichts S. vom 15. 5. 2006 zu Grunde liegenden Berechnungen sind also irrig und angreifbar und niemals geeignet, einen strafrechtlichen Vorwurf zu stützen.

Die tel. Rücksprache mit qualifizierten Kollegen ergab für hohe Fallzahlen:

Dr. B. in S. :
Facettendenerivation 4´ pro Seite d.h. 8´ pro Segment

Dr. R.S. in M.:
Facettendenerivation 10´ pro Segment

Dr. L. in G.:
13´ bzw. 3´ pro Segment oder Seite – unklar

KBV: 23´ pro Segment = irrig, da Rüstzeiten eingerechnet wurden

Auf die unten zitierten vergleichbaren Vorgaben des ausgeurteilten Richterrechts (BSG) sei verwiesen.

Der Vorwurf der nicht vollständigen Leistungserbringungen (Akte Seite 97) sei die Tatsache entgegen gehalten, dass bei einem Punktwertverfall, wie er z.B. in Niedersachsen offensichtlich und ruinös ist, mit einer vollständigen Leistungserbringung nicht gerechnet werden kann, weil der Arzt jede erdenkbare Rationalisierungsreserve auszuschöpfen gezwungen ist. Ein strafrechtlicher Vorwurf könnte sich nur bei einem Punktwert von 10 DPF ergeben, d.h. wenn die kalkulierten Beträge pro Leistung auch bezahlt würden.

Zu EBM-Ziffer 63:

Auch hier sei auf die klaren Allgemeinen Bestimmungen A II §1 des EBM 1999 hingewiesen, insbesondere auf den ersten Absatz, *dass Hilfeleistungen nichtärztlicher Mitarbeiter bei entsprechender Qualifikation als Vertragsleistungen abgerechnet werden können:*

In der Leistungslegende der EBM-Ziffer 63 ist an keiner Stelle festgeschrieben, dass die ambulante postoperative und tagesklinische Betreuung durch den Arzt zu erfolgen hat, weil sie – wie generell üblich – durch die Krankenschwester im

Aufwachraum und durch das apparative Monitoring (EKG und Pulsoxymetrie) gewährleistet ist. Darüber hinaus ist jeder qualifizierte, routinierete Arzt in der Lage, innerhalb einer Minute festzustellen, ob ein Patient postoperativ wach und transportfähig ist und nach einer ambulanten Operation in hausärztliche Weiterbehandlung entlassen werden kann. Bei etwas flotter Arbeitsweise kann die reine ärztliche Leistung wirklich auf 1 Minute beschränkt werden (eigene Erfahrung).

Darüber hinaus geht das Gericht von völlig falschen Voraussetzungen aus, da in jedem Krankenhaus und so auch in jeder Praxisklinik das Anlegen von Infusionen auch mit Betäubungsmitteln nicht selten oder in der Regel durch den Anästhesiepfleger durchgeführt und übernommen wird entsprechend den Vorgaben der oben zitierten Allgemeinen Bestimmungen.

Ganz entscheidend für meine gutachterliche Stellungnahme ist jedoch die Tatsache, dass es die Beschwerde führende KV nicht für notwendig erachtet hat, die Praxis und das tägliche Arbeiten des Beschuldigten persönlich in Augenschein zu nehmen, um erst danach gestützt auf qualifizierte Zeugenaussagen den Verdacht des Abrechnungsbetruges zu begründen. Es wäre der KV zumutbar und nach der Plausi-VO Akte/Band II Seite 86 hier 3.4 geboten gewesen, die Patientenkarteien einzusehen, einen Gutachter zu beauftragen, eine Praxisbegehung oder eine Patientenbefragung durchzuführen, also z.B. einen qualifizierten Gutachter zu veranlassen, in der Praxis des heute Beschuldigten eine entsprechende Untersuchung durchzuführen, um eine auf Augenscheinnahe und Qualifikation begründete Anzeige bzw. Beschwerde vorzutragen. Ich sehe also eine Pflichtverletzung der mit der Abrechnungsprüfung betrauten KV in der fehlenden Augenscheinnahe

und insbesondere in der verspäteten d.h. nicht zeitnahen Prüfung der Abrechnung auf Plausibilität, die Jahre nach der Leistungserbringung durch exzessiv hohe Honorarrückforderungsbescheide zu einem Ruin der Praxis führen muss.

Zusammenfassend sei festgestellt, dass der Beschwerde führenden KV XY Untätigkeit und mangelhafte Ermittlungen angelastet werden müssen verbunden mit der völligen Unkenntnis der den Leistungslegenden vorangehenden Allgemeinen Bestimmungen, dass ein strafrechtlicher Vorwurf wegen Abrechnungsbetruges vor einem ordentlichen Gericht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht überzeugend begründet werden kann. Nur Einzelfallprüfungen sind beweisträchtig und nicht etwa ein Verdacht aufgrund statistischer Vergleichsberechnungen oder Zeittaktungen. Der eine arbeitet schneller, der andere langsamer, die Berater der KBV arbeiten ganz langsam, wohl um einen möglichst hohen Punktwert vor dem Bewertungsausschuß d.h. einen hohen Erlös zu begründen.

Ich möchte Sie deshalb bitten, das auf Betreiben der KV XY eingeleitete Verfahren wegen Abrechnungsbetruges im vertragsärztlichen Bereich wegen völlig unqualifizierter Ermittlungen und fehlender Sachkenntnis der Beschwerdeführerin einzustellen oder diesen Bereich vom Hauptverfahren abzutrennen und einen anderen Gerichtssachverständigen für die vertragsärztliche Abrechnung zu bestimmen, wobei mir persönlich einige höchst qualifizierte Sachverständige aus dem niedergelassenen Bereich bekannt sind, die die identischen Leistungen erbringen, wie der Beschuldigte. Jedoch wird auch ein weiteres Sachverständigen-gutachten nicht die Grauzone im Bereich der Zeittaktung aufklären und die absonderlichen d.h. eigenmächtig und nicht mit den befugten Vertretern der Berufsgruppe ►

der Neurochirurgen abgesprochenen Mindestzeiten weiter aufklären können: Mögen sich die Parteien über die Honorarrückforderung streiten, ein strafrechtlicher Vorwurf wegen Abrechnungsbetruges jedoch, ist aus gutachterlicher Sicht und auf Grund eigener praktischer Erfahrung nicht zu begründen.

Ich sehe als Gerichtssachverständiger also weder ein Verschulden noch einen Straftatbestand. Auffällig ist weiterhin, dass der diesbezügliche Ansprechpartner bei der KV XY Frau E. ist und die Beschwerde von Herrn S. vorgetragen wurde, ohne dass eine Funktion oder persönliche Qualifikation erkennbar wäre und ich davon ausgehen muss, dass es sich nicht um qualifizierte Ärzte handelt. Ich bin nach 27-jähriger Tätigkeit als ermächtigter Vertragsarzt gewohnt, dass derartige Angriffe und Beschuldigen aus einer Körperschaft des öffentlichen Rechts durch einen befugten Arzt z.B. durch den Ärztlichen Vorsitzenden der Körperschaft erhoben und mit Unterschrift bestätigt werden und dies anhand eines wasserdichten Gutachtens. Ich vermisste also die zur Beurteilung gebotene ärztliche Fach- und Sachkompetenz, was die vielleicht etwas herbe Diktion entschuldigen mag.

Tatsache ist vielmehr, dass die KV offensichtlich erbrachte aber angeblich nicht plausible Leistungen nicht vergüten will, ohne eine Einzelfallprüfung z. B. durch eine schlichte Patientenbefragung oder Aktenprüfung vorzunehmen. Das ist für den Betroffenen schon kaum nachvollziehbar und ggf. ruinös. Nur wenn die Beschwerdeführerin anhand sorgfältiger Einzelfallprüfungen darlegen kann, dass nicht erbrachte Facettendenerivationen abgerechnet wurden, muß die Staatsanwaltschaft mit ihrem Sachverständigen als Ermittlungshelfer auftreten, vorher jedoch muß die KV ihre Hausaufgaben machen und einen begründeten Anfangsverdacht liefern. Das fragwür-

dige „Kleinrechnen“ anhand von Zeittaktungen reicht m.E. weder de facto noch de jure für eine Anklage aus.

Bisher liegt nur ein (angreifbares) fachärztliches Gutachten über die Privatliquidation vor, die nicht mit einem Punktwertverfall belastet ist. Meine bisherige Aktenprüfung hat ergeben, dass alle bei Privatpatienten abgerechneten operativen Leistungen erbracht wurden ebenso wie die CT-Leistungen und SSEPs.

Übertragen auf den KV-Regress, bei dem es vorrangig um die Bezahlung operative Leistungen (Facettendenerivationen) geht, habe ich keinen begründeten Anfangsverdacht noch eine einzige Krankenakte in Händen. ■

Das Gutachten ist zur Weitergabe geeignet.

Dr. med. G. Sandvoß
Neurochirurg

Quellen:

BSG Az.: B6KA 63/04 R: Regressabwehr bei unplausiblen Daten.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) Stand: 1.7.1999, Dt. Ärzte-Verlag, Köln, S. 25 u. 2.7

FORMAR HWS-Bandscheibenersatz

Form folgt Funktion

- Pyramidale Oberfläche begünstigt primäre Stabilität
- Konvexe Form fördert spontane Stabilisierung
- Innovative Titanpinanordnung verbessert Röntgenkontrolle
- Große zentrale Durchbauungszone erhöht Fusionswahrscheinlichkeit
- Homogene Lastenverteilung minimiert Einbruchrisiko



Zur Evolution unserer Körperschaften und Begriffskörper

Vom Einzelvertragsarzt zur Leistungserbringergemeinschaft

Die Geschichte vertragsärztlicher Bindung

1883: Arbeiterkranken-Versicherungsgesetz

Wer nicht den Blick zurückwendet auf die eigene Geschichte, verspielt seine Zukunft. Und so habe ich mich vor kurzem an einen der kompetentesten Sozialpolitiker des vorletzten Jahrhunderts gewendet, um mir Rat zu holen. Der Reichkanzler Bismarck erließ vor 125 Jahren ein richtungsweisendes Gesetz. In ihm wurden zum ersten mal gesetzliche Krankenkassen festgeschrieben, ärztliche Leistungen konnten mit Verträgen eingekauft werden. Die Krankenkassen erhielten aber das Vertragsmonopol.

- Gesetzliche Krankenkassen
- Privatrechtliche Dienstverträge mit einzelnen Ärzten
- Vertragsmonopol der Krankenkassen

1911: Reichsversicherungsordnung

Das Wirken der Ärzteschaft inner halb dieser Verträge erfüllte aber nicht in ausreichender Zahl der Fälle wirtschaftliche Kriterien, so daß etwa 28 Jahre später eine für das gesamte Reich verbindliche Gesetzgebung erfolgte. Auf dieser Reichsversicherungsordnung fußen auch wesentliche Teile unserer heutigen Sozialgesetzgebung.

Erstmals wurden die Begriffe „ausreichend und zweckmäßig“ als Leistungsverpflichtung der Ärzte niedergeschrieben.

Eine weitere Verbesserung ärztlicher Tätigkeit waren verbindliche und schriftliche Verträge.

- Grundgesetz der gesamten Sozialversicherung:
- „Der Arzt ist seiner Kasse gegenüber verpflichtet, den Kranken ausreichend und zweckmäßig zu behandeln“.
- Schriftlicher Vertrag

1913: Berliner Abkommen

(unter dem Eindruck erster Ärztestreiks)

Immer noch blieben Gruppen von Ärzten von der gesetzlichen Versorgung ausgeschlossen. Das führte zu Unruhen in der Ärzteschaft und zu Streiks, deren Forderungen mündeten 2 Jahre später in das Berliner Abkommen.

Weitere Lenkungsstrukturen des Gesundheitswesens wurden eingerichtet, die Systemungerechtigkeiten beseitigen sollten.

- Vorgabe fester Verhältniszahlen für die Zulassung von Kassenärzten (auf 1350 Versicherte war mindestens ein Arzt zuzulassen).
- Aufhebung der Zulassungsautonomie der Krankenkassen und Einrichtung von Arztregistern mit einer Auswahlentscheidung durch paritätisch besetzte Registerausschüsse für die Eintragung in diese Arztregister.
- Einrichtung von paritätisch besetzten Vertragsausschüssen für die Vorgabe des Inhalts von Einzelverträgen.
- Einrichtung eines zentralen Ausschusses für Ärzte und Krankenkassen zur Beschlussfassung von Richtlinien über Zulassungskriterien und Vertragsinhalte.

1924: Reichsausschuss für Ärzte und Krankenkassen

Unter Lenkungs Gesichtspunkten erfolgte 1924 die Zusammenführung der Ärzte- und Kassenverbände im Reichsausschuß. Erstmals wurden zur Schlichtung bei Streitigkeiten Schiedsgerichte eingesetzt. So sollte eine systematische Gesundheitspolitik mit Interessenausgleich zu allen 3 Seiten ermöglicht werden.

- Zwangsorganisation der Spitzenverbände
- Neufassung der Reichsversicherungsordnung
- Ausschuss paritätisch zusammengesetzt unter Staatsaufsicht zur Steuerung des vielfältigen Vertragsgeschehens.
- Oberstes Gremium zur Regelung der
- Zulassung der Ärzte,

Die Geschichte vertragsärztlicher Bindung

- Vertragsinhalte,
- der Vergütung,
- der Wirtschaftlichkeit ärztlichen Handelns,
- Einführung von Schiedsgerichten

1931: Notverordnung vom 8. Dezember

7 Jahre Erfahrung dieser Regelungen in der Weimarer Republik führten schließlich zur Notverordnung am 8. Dezember, in der das zentralistische Ordnungssystem in ein föderal organisiertes Kollektivsystem überführt wurde. Jetzt wurden auf regionaler Ebene alle Ärzte für das Kassensystem zugelassen. Dafür nahmen sie aber Einkommensverluste und den Verzicht auf das Streikrecht in Kauf. Das Kollektivvertragssystem war aber unter staatliche Aufsicht gestellt – das kommt uns heute doch sehr bekannt vor!

- Kollektivvertragssystem
- Regionale KVen erhalten den Gesamtvergütungsanspruch und die Möglichkeit, das Geld in eigener Regie zu verteilen.
- Sicherstellungsauftrag, Disziplinarbefugnisse und die Bedarfsplanung für die ambulante Versorgung.
- Einkommensverluste der Ärzte
- Verzicht auf das Streikrecht
- Staatliche Aufsicht

1933: Gesetz über die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands (KVD)

Schon 2 Jahre später schlägt das Pendel der Geschichte in die Gegenrichtung zurück: Erneut wird eine zentrale Verantwortung organisiert und die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen wieder einkassiert. Außerdem wird das Disziplinarrecht in eine Berufsgerichtsbarkeit überführt, die Disziplinaufgaben der KVen und der dort angesiedelten Arztregister zusammenfaßt.

- Die KVD übernimmt die bisher den KVen obliegenden Aufgaben und Befugnisse.

- Die KVD erhält eine eigene Berufsgerichtsbarkeit
- Das demokratische Mitbestimmungsrecht der Krankenkassen wird annulliert, die gemeinsame Selbstverwaltung abgeschafft.

1935: Die KVD wird dem „Reichsärztführer“ unterstellt, der zugleich Chef der Reichsärztekammer ist.

1935 nach der Machtergreifung wird auch die ärztliche Versorgung der Bevölkerung dem politischen Willen des Führers unterstellt.

1938: Juden wird die Fähigkeit, den Arztberuf auszuüben, generell abgesprochen.

Nach Kriegsende besinnt man sich der ehemals föderalen Strukturen in der Gesundheitsversorgung.

1945: Auflösung der KVD

1946: Wiederaufbau von Länder-KVen in den drei Westzonen.

1955: Gesetz über das Kassenarztrecht (GKAR)

1955 wird das moderne Kassenarztrecht geboren und den Regeln der „Sozialen Marktwirtschaft“ angepaßt.

- Ambulantes Versorgungsmonopol
- Gesamtvergütung mit Anpassung an die Grundlohnsomme
- Kopfpauschale/ Fallpauschale

1977: Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG).

Nach 22 Jahren der Blüte zeigen sich erste Korrekturbedürfnisse, da verfügbare Einnahmen für Gesundheitsleistungen und Ausgaben Divergenzen aufweisen.

- Die wichtigsten Bestandteile dieses Gesetzes sind ökonomische Globalsteuerung und ein- ▶

nahmenorientierte Ausgabenpolitik der Krankenkassen. Die Priorität liegt jetzt nicht mehr auf den medizinischen Möglichkeiten, sondern auf den medizinischen Rahmenbedingungen.

1989: Gesundheitsreformgesetz.

Nach weiteren 12 Jahren verlangt der Staat nach strengeren Kontrollen ärztlichen Wirtschaftens. Prüfungen, Mitspracherecht der Länder und Krankenkassen zu Lasten der KVen wird in das Gesundheitsreformgesetz hineingeschrieben.

- Neue Leistungseinschränkungen und Zuzahlungen folgen. Dazu kommen schärfere Wirtschaftlichkeitsprüfungen, weniger Gestaltungsspielraum für ärztliche Selbstverwaltung, eine massive Einflussnahme der Politik auf Honorarverträge und bürokratische Auflagen.

1993: Gesundheitsstrukturgesetz

Schon 4 Jahre später ergibt sich erneuter Korrekturbedarf. Die vorher strikte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung wird aufgebrochen. Die Niederlassungsfreiheit in kassenärztlichen Versorgung wird faktisch beendet.

Für die immer finanzschwächer werdenden Kassen – allen voran die AOKen – wird der Risikostrukturausgleich eingeführt, um Insolvenzen zu verhindern.

Dafür erhalten die Kassen eine geringe Freiheit, ihr Leistungsprofil zu gestalten.

- Strikte Budgetierung des kassenärztlichen Gesamthonorars
- Engere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung und damit ein erstes Aufbrechen des ambulanten Versorgungsmonopols der Kassenärzte
- Beschränkung der kassenärztlichen Zulassungszahlen
- Wahlfreiheit für Kassenart und Kostenerstattung
- Risikostrukturausgleich

- Erweiterung von Gestaltungsleistungen der Krankenkassen
- Zuzahlungserhöhungen bei Beitragssatzerhöhungen

2004: GKV-Modernisierungsgesetz (GMG).

Weitere 13 Jahre später erfolgt ein weiterer Reformschritt, mit dem neue Vertragsformen außerhalb der KV-Welt erprobt werden sollen. Integrative Versorgung ist das Schlagwort. Ab 2006 werden in nennenswerter Zahl IV-Verträge zwischen Gruppen von Ärzten/Therapeuten/Kliniken und anderen Spielern in der Gesundheitsversorgung auf unterschiedlichen Versorgungsgebieten unter Ausnutzung der 1%-Regelung geschlossen.

Eine neue Organisationsform, das „MVZ“, eine Mischung aus Gemeinschaftspraxis/ Praxisgemeinschaft/Apparatgemeinschaft/ Klinik bietet sich als Leistungsplattform an. Moderne Holding-Konstruktionen entstehen. An neue Betätigungsfelder ärztlicher Arbeit können sich die flexiblen Strukturen haftungsrechtlich besser anpassen. Den KVen wird eine Verschlinkung verordnet mit dem Ziel einer höheren Effizienz.

- Integrationsverträge unter Ausschluss der KVen.
- Einzelverträge mit „besonders qualifizierten“ Hausärzten im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung.
- Förderung von „Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)“.
- Öffnung des ambulanten Sektors für Krankenhäuser für bestimmte spezialisierte Leistungen.
- Organisationsreform der KV unter dem Motto „Professionalisierung“ und Zentralisierung.

Ständische Organisationsstrukturen I

Eine Struktur, in der Ärzte Zwangsglieder sein müssen, sind die Ärztekammern, die föderal geordnet sind. Ihre Aufgaben haben körperschaftlichen Charakter: Sie strukturieren, ordnen und disziplinieren ärztliches Handeln.

Brauchen wir in der Zukunft neue Metastrukturen? · Welche Anforderungen werden an die Fachverbände gestellt?

Die Bundesärztekammer und ihre 17 Länderkammern regeln:

- Berufsordnung
- Weiterbildungsordnung
- Disziplinarrecht
- berufspolitische Vertretung
- Leitlinienerstellung
- Richtlinienerstellung
- Stellungnahme zu GBA-Beschlüssen
- Stellungnahme zu IQWiG- Beschlüssen

Fachliche Organisationsstrukturen I

Darüber hinaus existiert eine große Zahl von Berufsverbänden, die bundesweite Lobbyarbeit für die Ärzteschaft leisten und Serviceleistungen für ihre Mitglieder erbringen bis hin zu Vertragsberatung und Rechtschutz in Streitfragen. Die Verbände sind fachübergreifend und bundesweit.

- Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e.V.
- Verband der angestellten Ärzte Deutschlands (Marburger Bund) e.V.
- Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) e.V.
- Deutscher Ärztebund
- Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.
- Bund der Deutschen Medizinalbeamten e.V.
- Deutscher Kassenarztverband
- Berufsverband der Schmerztherapeuten in Deutschland (BVSD) e.V.

Aufgabe: Einflußnahme auf politische, soziale und vertragsrechtliche Entwicklungen im Interesse der Ärzteschaft.¹

Fachliche Organisationsstrukturen II

Daneben existieren auch Fachberufsverbände, die inhaltliche und strukturelle Leistungen für ihre Fachgruppen erbringen. Forschung und Entwicklung von Behandlungsverfahren, Zusammen-

arbeit auf internationaler Ebene mit fachgleichen Auslandsverbänden, Unterstützung praktizierender Ärzte in Praxis und Klinik.

Bundesweite Fachberufsverbände am Beispiel Schmerztherapie:

- DGSS e.V.
- DGS e.V.
- DIVS e.V.
- ...

Ziele und Aufgaben: Einflußnahme auf Politik, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen. Entwicklung fachbezogener Projekte und Versorgungsmodelle.

Brauchen wir in der Zukunft neue Metastrukturen?

3 Fragen, die ich hiermit zur Diskussion stellen, auf die ich Ihnen aber auch Antworten aus meiner Sicht geben werde. Und ich hoffe, Sie sind nicht meiner Meinung! Denn dann müsste sich ja eine Menge ändern!

- Ja, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen modernen multimodalen Behandlungskonzepten gegenüber ablehnend bleiben.
- Ja, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen keine Innovationsabteilungen (KV-Konzept) als Hauptfeld künftiger Aktivitäten einrichten.
- Ja, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht gut evaluierte Therapiekonzepte aus Fach- und Berufsverbänden in lebensfähige Verträge umsetzen.

Welche Anforderungen werden an die Fachverbände gestellt?

Theoreme sind keine Hilfen in der täglichen Arbeit. Wenn 80% aller Patienten im Rahmen von Leitlinien Nutzen ziehen, ist der Zweck einer solchen Orientierungshilfe erfüllt. ►

Untere Bevölkerung altert schnell. Gerade für die Mitmenschen im Rentenalter aber läuft die Versorgung immer noch nach trial and error. „Der nächste Kollege ist ja auch noch da!“

Haben Sie auch schon gehört, daß nur 20% der Schmerzpatienten qualifiziert versorgt sind? Oder sind es nur 17%-oder 21%. Was machen Sie mit dieser Information?

Berufsverbände sind die Informationsträger und -verteiler. Egoisten und Eifersüchteleien, Ansprüche auf Urheberschaft haben keine Daseinsberechtigung mehr.

Finden Sie Egoisten sympathisch?

- Entwicklung umsetzbarer Leitlinien
- Erarbeitung von Behandlungspfaden unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung
- Lösungen statt Forderungen!
- Enge Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden

Ist Datenmanagement von Bedeutung?

Informationelle Selbstbestimmung des Patienten ist ein legitimes Recht, wird modernem, verantwortungsvollem Datenmanagement und zeitgemäßen Behandlungspfaden aber in den Weg gestellt. Die Selbstbestimmung darf aber nicht zum Verhinderer werden. Vernetzung und Transparenz sind eine *conditio sine qua non*!

- Gemeinsame elektronische Patientenakten sind der Schlüssel zu wirksamen und kostenoptimierten Behandlungspfaden
- Datenschutz darf Therapieeffizienz nicht abwürgen
- Formulare sind keine Qualitätsmerkmale – Dokumentation sehr wohl!
- Vernetzte elektronische Datenbanken sind der Schatz unserer Erfahrungen. Nur mit ihrer Auswertung lassen sich prozedurale und therapeutische Verbesserungen erarbeiten. Stand alone – Systeme sind sinnlos! ■

Paragraph eins. Der Arzt, sein Patient und die Zeit (die es braucht, das ärztliche Gespräch gelingen zu lassen)

Keine gute Zeit zu arzten dieser Tage; Fremdbestimmung und Unterfinanzierung, Zeitmangel, Hektik und Multitasking nerven und landauf landab kontrollieren Prüfungsausschüsse auf Zeitimplausibilitäten: zuviel Zeitaufwand gilt als Anfangsverdacht für kriminelles weil sozialschädliches Kollegenverhalten unter Niedergelassenen und Ermächtigten. Und analog verschiebt sich für unsere klinischen Kollegen/innen durch Finanzierungsinstrumente wie DRGs das wirtschaftliche Risiko von Staat und Krankenkassen auf die Kliniken und hängt entsprechend das wirtschaftliche Fortbestehen ganzer Einheiten bis hin zur Überlebensfrage davon ab, wie der entscheidende Faktor Arbeitszeit (im ärztlichen und Pflegebereich) nach betriebswirtschaftlichen Kriterien gesteuert werden kann – oder eben nicht. In der vorigen Ausgabe wurde an dieser Stelle § 34 der Musterberufsordnung thematisiert – vor allem anderen aber steht und muß stehen § 1! Hier formuliert die Bundesärzteordnung prägnant:

Der Arztberuf ist ein freier Beruf und kein Gewerbe!

In der Verteidigung der freiberuflichen Heilkunde ist Zielbewusstsein nötiger denn je. Der *Focus* 01/08 gibt als einen unter 44 den Tipp fürs Neue Jahr 2008: man möge täglich 10 Minuten darauf verwenden, über die eigenen Ziele nachzudenken. Was wollen wir mittelfristig erreichen? Was tragen all die täglichen und wöchentlichen Mosaiksteine zu dem Bild bei, das man sich im Gro-

ßen und Ganzen für die eigene Zukunft vorgestellt hat? Sehr wichtig und richtig! Wahrscheinlich genügen sogar zwei Minuten zur Steigerung des Kurshaltevermögens. Ein arabisches Sprichwort drückt das so aus: „Wer sich auf dem Weg von jedem Hund anbellern lässt, kommt nie ans Ziel“. Der Kurs liegt an, und auch wenn die Hunde bellen: die Karawane zieht weiter.

Das Ziel dieses Beitrages ist, angesichts von Schnelligkeit und Ausmaß des Wandels (des Arztbildes und auch der Bedrohungslage des freien Arztberufes) den Kern des eigenen Selbstverständnisses zu betonen und das ist und bleibt die Dyade von Arzt und Patient. Je intensiver man über das Arzt-Patient-Verhältnis nachdenkt, desto deutlicher tritt die Wichtigkeit von *Zeit* hervor. Zeit ist essentiell für die Beziehung zwischen Arzt und Patient und diese Relation wiederum ist konstitutiv für unser freiberufliches Selbstverständnis; also sei die teuerste aller Ressourcen, die Zeit, hier in ihrer Funktion für eine Stärkung der Arzt-Patient-Relation analysiert. Arbeitshypothese ist, dass durch Fokussieren von Aufmerksamkeit, durch Respekt, Akzeptanz und Einräumen von Zeit zuzuhören, kurz durch Achtsamkeit (um diesen modernen trendigen Begriff zu gebrauchen), beide Seiten nur profitieren können.

Die folgende Erörterung ist dreigliedrig:

- 1) das jahrtausendelang sozialisierte Arztbild ist bedroht,
- 2) die Arzt-Patient-Kommunikation gerät in immer größere Schiefelage und
- 3) beides ist noch zu retten und die Rettungskonzepte können richtig befriedigen!

1)

Die ärztliche Profession ist seit dem Altertum verwurzelt in antiken und später auch christlichen Gedanken und entwickelte darauf ein Selbstverständnis des Arztberufes, das bis vor 25 Jahren unumstößlich schien und dessen Ethos und Leitzweck zusammengefasst etwa lautet: „Nutzen stiften in der Behandlung kranker Menschen“. Laut dem Medizinethiker und Philosophen Matthias Kettner von der Universität Witten-Herdecke frasse dieser Leitzweck aus. Die *ÄrzteZeitung* hat dem Thema Arztbild und Profession am 19.10.2007 eine eigene Sonderausgabe gewidmet und darin formuliert Kettner: „Der Leitgedanke wird erodiert, unter Druck gesetzt durch das politische System und administrative Zwänge wie zuvor lange nicht“. Die krisenhafte Einschränkung der Freiberuflichkeit ist bekanntlich bewirkt durch eine Trias aus Bürokratisierung und Überreglementierung, Ökonomisierung/Kommerzialisierung und gleichzeitig Unterfinanzierung – allesamt herausfordernde „Marktkräfte, auf welche die Ärzteschaft mit Entsetzen und einer gewissen Faszination starrt, ohne zu wissen, wie diese immer massiver wirkenden Kräfte in ihr Leitbild einzubauen sind“. Hinzu kommen die vielbeschworenen Beiden: die demographische Entwicklung und ein immer höheres Innovationentempo. Vor diesem Hintergrund beschreiben Eckhard Nagel, Chirurg an der Universität Augsburg und Direktor am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bayreuth sowie sein dortiger Mitarbeiter, der Theologe Arne Manzeschke einen „neuen Wunsch nach Orientierung und Sicherheit, eine Suche nach Leit- und Vorbildern in der Ärzteschaft ... man kann auch sagen: eine neue Suche nach Sinn“ (*Dt. Ärzteblatt* 103, 2006, A-168).

Das Verhältnis von Arzt und Patient und die Sicht des Patienten auf den Arzt haben sich in den ver-

gangenen beiden Jahrzehnten deutlich verändert, so der Kölner Medizinhistoriker Bergdolt. „Das Aufweichen eines ärztlichen Paternalismus durch größere Patientenautonomie, wirtschaftlicher Abschwung, die Gesundheitsreform, zunehmend ökonomischer Denkstil in der Ärzteschaft und der Gesellschaft insgesamt, also eine stärkere Orientierung am Verhältnis von Aufwand und Ertrag, Kosten und Nutzen“ sind hierfür die wesentlichen Gründe. „In den Zeiten des Überflusses konnte der Arzt gut kaschieren, dass er nicht nur aus Nächstenliebe handelt, sondern Geld verdienen muß“, so Bergdolt, jetzt werde der Arzt verletzlicher und menschlicher. Das Ideal vom ausschließlichen Zweierverhältnis zwischen Arzt und Patient, wie es aus den Ärztegelöbnissen der Antike bis heute hinüber gerettet wurde, sei laut Kettner „sehr anspruchsvoll und fragil. Das Behandlungsideal „Ich und mein Patient“, welches die Ärzteschaft kultivierte, stand immer schon unter Spannung. Es war ein Ruhekitzchen, eine Scheinsicherheit in Zeiten, in denen scheinbar unbegrenzt Mittel zur Verfügung standen“. Die Arzt-Patient-Beziehung, einst auf solidem Grund, verlagere sich offenbar auf ein Wackelbrett, das ständig seinen Schwerpunkt wechselt. Veränderung erfahre dieses Verhältnis nicht allein durch die genannten ökonomischen Einflüsse und die Stärkung der Patientenautonomie, sondern auch durch zunehmende Arbeitsteilung und Integration von Angehörigen nicht-ärztlicher Disziplinen in die Patientenversorgung. Wobei eine solche Aufsplitterung der Versorgungsaufträge in immer mehr Unterdisziplinen nicht zuletzt auch der Neurochirurgie ihre Verselbständigung erst ermöglichte und zu ihrer Professionalisierung beitrug. Professionalisierung indessen bringt Bedeutungszuwachs bzw. nach dem Philosophen Peter Sloterdijk die Definitionsmacht über das Vorliegen oder Nicht-Vorliegen von Krankheiten – kurz: die Macht des Befundes.

Im zukünftigen Verständnis der Dyade werden Patienten mehr Pflichten übernehmen müssen, sowohl in der Prävention von Erkrankungen als auch für die Therapie (zunehmend auch die Pflicht privater Kostenübernahme) – Ärzte dürften noch stärker als bisher die Rolle haben, Patienten zu souveräner Entscheidung zu befähigen und in diese „Verhandlungen“ mit dem Patienten medizinische und berufliche Aspekte bezgl. Therapieziel und Standards mit ökonomischen, juristischen und auch persönlichen Elementen wie Gefühlen, Biographie und Erziehung zusammenfließen zu lassen. Nie zuvor in der Geschichte der Heilkunst seit dem Altertum dürfte die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten komplexer gewesen sein – aber nie zuvor auch wichtiger! Der Gründer und Aufsichtsratsvorsitzende der privaten Rhön-Klinikum AG, Eugen Münch, postuliert in der *ÄrzteZeitung* vom 19.10.2007 als seine Antwort auf derartig mannigfache Veränderungen im Gesamtgefüge den sogenannten *Betreuungsarzt* in den Instanzen der Schwerpunkt-Versorgung, der durch umfassende Systemkenntnisse und höchstmögliche kommunikative Fähigkeiten eine Schlüsselfunktion übernimmt, indem er etwa von ambulant arbeitenden Hausärzten neu in der Schwerpunkteinrichtung eintreffende Patienten übernimmt und durch das System führt. Nota bene: neben umfassenden Systemkenntnissen höchstmögliche kommunikative Fähigkeiten!

2)

Drastische Zahlen in der *Ärzte-Zeitung* vom 18.6.2008: 1395 Patienten suchten im vergangenen Jahr Hilfe bei dem Patientenombudsverein Schleswig-Holstein, der es sich seit 1996 zur Aufgabe gemacht hat, als „Vertreter berechtigter Interessen der Patienten“ zu fungieren. Und dort

haben der Vereinsvorsitzende Prof. Günther Janßen und seine Ombudsleute im vergangenen Jahr beobachtet, daß die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten in vielen Fällen gestört ist. 436 Patientenombudsfälle kamen im Vorjahr aus Arztpraxen, 307 von Kliniken, und mit 414 Fällen war Kommunikation klar das häufigste Problemfeld, gefolgt vom Verdacht auf Behandlungsfehler – viele Patienten unterstellten Fehler, „die man mit ungeschultem Auge bisweilen daran zu erkennen glaubt, daß es bis zu jenem Zeitpunkt zu keiner Schmerzlinderung gekommen ist“.

Dirk Schnack, Redakteur der *ÄrzteZeitung*, berichtet am 18.6.2008 konkret von jenem Arzt einer Gemeinschaftspraxis im Norden, der sich zu Beginn der Konsultation nicht vorstellte und auch sonst kurz angebunden war; als eine Patientin nach seinem Namen und einem Untersuchungsergebnis fragte, erhielt sie die verblüffende Antwort: sein Name stünde schon seit vielen Jahren an der Praxistür und Zeit für viele Erklärungen hätte er nicht, „es geht hier im Minutentakt“. Hinter solcher barschen Unfreundlichkeit, so der nicht ganz verständnislose Kommentar in selber Ausgabe, stünden in vielen Fällen, wie abschreckend auch immer erscheinend, Ärzte als Nager – in bizarrer Mimikry mit diesen putzigen Hamstern, die sich wie wild qua eigener Hamsterbeinchenkraft in Hamsterrädern drehen ...“ Die Arbeitsbelastung Niedergelassener ist bekanntlich immens, Erschöpfung, Schlafdefizite, unregelmäßige Mahlzeiten gehören für viele Ärzte zum Alltag und münden nicht selten in typische Burnout-Symptome; hinzu kommt eine nicht selten bedrückende wirtschaftliche Situation: etwa 80 Prozent der Vertragsärzte rechnen in absehbarer Zukunft mit wirtschaftlichen Problemen in der eigenen Praxis. Die Getriebenen reagieren vielfach unwirsch. „Hektik, Stress und Arbeitsverdichtung mögen als Erklärung dienen, eine Entschuldigung sind sie nicht“. Falsch sei hingegen die Behauptung des

Ersatzkassenverbandes, wonach Ärzte ihre Patienten nicht mehr verstünden. Allerdings begeben sich die kommunikativ Entgleisten der Chance, als Dienstleister im Wettbewerb zu punkten – zum eigenen Schaden mittel- und langfristig!

3)

Wie also Ärzte und Patienten wieder auf einen Nenner bringen oder sie wenigstens partiell wieder einander annähern in ihrer Interaktion?

Kommunikation ist das älteste therapeutische Mittel und die kathartische Wirkung eines guten Gespräches für die Patienten ist jahrtausendelang evident. Seit 2002 wird in einer veränderten Approbationsordnung unter einer Verbesserung praktischer Fertigkeiten der Studenten vielerorts auch eine Förderung kommunikativer Kompetenzen begriffen. So wird in Heidelberg verpflichtend seit über 6 Jahren ärztliche Kommunikation auch anhand von Rollenspielen trainiert. Auf solche Weise erfolgt die Grundlagenbildung für zeitgemäße sogenannte partizipative Entscheidungsfindung im Patientengespräch. Viel dürfte hier allerdings noch nachzuholen sein, denn lt. *MMW 3/2006* ergab eine Untersuchung der Universität Göttingen einen imposanten Verlust psychosozialer Kompetenz unter Medizinstudenten, die gleichzeitig stetig an biomedizinischem Wissen zulegten. Ungleich höher im Kurs als in der Ärzteausbildung stünde die Vermittlung von Rüstzeug zur Gesprächsführung, von Kommunikations- und Motivationstraining etwa bei den angehenden Pharmareferenten! In Zeiten knapper Kassen erinnert DIE ZEIT an Michael Balint und seine Bedeutung für die sogenannte Beziehungsmedizin – seit über 50 Jahren (*DIE ZEIT*, v. 3.8.2006). Die Beziehungsmedizin ist nicht nur geprägt von gegenseitigem Respekt, sondern beinhaltet auch psychosoziale Effekte einer Behandlung, zu denen ein angenehmer

Untersuchungsort ebenso gehört sowie ein Arzt, der seine Vertrauenswürdigkeit mit seiner Kleidung unterstreicht – all dies erzeuge eine positive Erwartungshaltung und könne „Selbsteilungskräfte in Gang setzen, die zur Genesung führen“. Fokussierte Aufmerksamkeit und Konzentriertheit sind Grundvoraussetzungen. In der *New York Times* stellt am 14.7.2008 Maggie Jackson ein neues wissenschaftliches Arbeitsgebiet vor, die sogenannte „interruption science“. Studien belegen, daß im white collar business alle drei Minuten der Aufmerksamkeitsfokus verschoben würde: „... switching tasks every three minutes, and, once distracted, it takes nearly a half-hour to resume the original task ... Interruptions and the requisite recovery time now consume 28% of a worker's day, the business research firm Basex estimates... And employees who are routinely interrupted and lack time to focus are more apt to feel frustrated, pressured and stressed“.

Mit der Senkung der Erkrankungsrate von Ärzten diene eine patientenzentrierte Kommunikation demgegenüber einem ganz wichtigen Zweck, so der Psychosomatiker Peter Henningsen – und führe nebenbei auch noch zu einer deutlichen Steigerung des Vertrauens der Patienten in die Anweisungen des behandelnden Arztes.

Was meint nun hier diese patientenzentrierte Kommunikation?!

Zunächst einmal die Kunst des Zuhörens von Seiten des Arztes. Das heißt: anstatt Symptome abzufragen oder den Patienten ins Wort zu fallen, lässt man diesen erst einmal selber erzählen. So gewinnt man Informationen und beiläufig sogar ein ganzheitliches, ein umfassendes Bild vom Patienten.

Entscheidendes Problem dabei: die Zeit.

Die durchschnittliche Konsultationsdauer in Deutschland beträgt vier bis acht Minuten. Wie also diese Zeit effektiv ausnützen, wenn wie so oft Patienten erst einmal des langen und breiten in aller umständlichen Langsamkeit von den eige-

nen Wehwehchen zu erzählen beginnen ... Laut der *ZEIT* dauert ein umfassender Bericht eines Patienten darüber, wo, wie, wann und warum es ihm wehtut: 5 Minuten. „Dann hat man sich als Arzt ein umfassendes Bild gemacht und ist imstande, Anweisungen zu treffen oder Medikamente zu verschreiben“. Der oft vorgebrachte Einwand, daß Ärzte von Patienten „zu Tode gequatscht werden“, so *MMW-Fortschr. Med. Nr. 3, 2006*, sei definitiv falsch. Es heißt dort weiter: „Untersuchungen aus allgemeinärztlichen Praxen haben ergeben, daß die meisten Patienten nach 143 +/- 88 Sekunden (...) zu erkennen geben, daß sie nun mit ihrer Schilderung am Ende seien und der Arzt jetzt etwas zu ihrem Problem sagen solle.“ Zu diesem Zeitpunkt hätte man als Arzt also noch mindestens ungefähr zwischen zwei und sechs Minuten Zeit. Na dann ...

Fokussierte Kommunikation ist Aufmerksamkeit für den Moment und insofern ein Akt von Achtsamkeit und Zuhören, von Aufnahmebereitschaft, die guttut, gleichermaßen Arzt und Patient! Dazu heißt es nicht nur, souverän das eigene Zeitbudget zu strukturieren, sondern auch von IT-Technik sich partiell zu emanzipieren, von dieser allgegenwärtigen mitunter extrem nervigen Kommunikationstechnik bestehend aus Handy, Telefonie, PC, iPod und Konsorten. Sich einzulassen auf die Geschichtchen, die Patienten erzählen, kann deren Wertschätzung sogar bis zum Wunsch steigern, ein eigenes Buch zu schreiben. Laut *Focus 1/2008* lassen sich im sogenannten Print-on-demand-Verfahren preiswert schon kleinste Auflagen in ansehnlicher Gestaltung herstellen. Sie erhalten zudem eine ISBN-Nummer, die dann das Buch in der Deutschen Nationalbibliographie verewigt. Marktführer sei Books on Demand in Norderstedt – neben einer ganzen Reihe vieler kleiner Anbieter. Gewarnt sei vor Selbstkostenver-

lagen. Ausdrücklich empfohlen sei indessen eine Veröffentlichung in unserer *ZfaNch* – deren zugehörige ISSN-Nummer führt gar zur Verewigung in der internationalen wissenschaftlichen Community! Zwei Mediziner von der State University of New York stießen ins selbe Horn: im *Journal for Palliative Medicine* rieten sie Ärzten zur Poesie; das Lesen und Verfassen von Gedichten (und Geschichten) könne Ärzten helfen, kreativer, reflektierter und mitfühlender mit Patienten umzugehen. Und als allertuerste Ressource ist die Zeit energisch zu verteidigen – gegen Zeitdiebe aller Art. Vonnöten ist dezidiertes Haushalten mit der endlichen eigenen Zeit, wie es etwa der Münchner Erfolgscoach und Buchautor Günter F.Gross empfiehlt: „Wer über Ihre Zeit verfügen darf, hat Unterschriftsvollmacht über Ihr Konto!... Kämpfen Sie hartnäckig um Termine, die sie auch einhalten können. Davon hängt Ihre Lebensqualität ab. Ich kann auch immer meine Arbeitstechnik verbessern. Nicht 15 Projekte beginnen, sondern nur drei, die ich aber abschließe. Denken Sie daran: gewonnene Zeit brauchen Sie nicht zu versteuern. Der Zeitfaktor ist die letzte große Waffe im Kampf um die persönliche Freiheit“. Wer im Rahmen von Zeitfinanz die Entschleunigung noch weiter treiben möchte und die Langsamkeit im Kloster sucht, sich Ruhe gönnen will, in die Stille flieht und einfach Zeit intensiver erleben will: Tipps gibt es auf www.orden.de.

Um bei soviel Entrücktem bundesbanal doch gleichwohl nicht ganz hoffnungslos zu schließen: der GOÄ-Ausschuß der Bundesärztekammer hat kürzlich mit deutlichen Worten seine Position in Sachen GOÄ-Novellierung geschärft: mehr Geld wird gefordert für die sprechende Medizin, denn dies Geld sei Geld für die Arztzeit und Geld für die Arztzeit ist Geld für die Ärzte und gerecht honoriertes Ärzten befreit fürs Wesentliche! ■

... aus den Landesverbänden

Treffen der als Qualitätszirkel geführten Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Neurochirurgen in Schleswig-Holstein ANNCh-SH e.V. am 1. 10. 2008.

Zugegen wie gewöhnlich etwa ein Dutzend Kollegen/innen – entsprechend wie regelmäßig einem Repräsentationsgrad dieses Versorgungsbereiches von mehr als 80%! (und wie meist auch diesmal wieder dabei ein herzlich willkommener Dauergast aus Niedersachsen):

Es ging primär um die Auswirkung des Bewertungsausschuß-Beschlusses 08/08 für die Vertragsärzte in Schleswig-Holstein. Zunächst nach ausgiebiger Sachstandsinformation (Leifeld) waren die verständlichen Reaktionen: Unverständnis bis Wut über derartige Honorar-UNGerechtigkeit gepaart mit zunehmend verunmöglichter Chance, Aussenstehenden und vor allem also unseren Patienten auch nur ansatzweise glaubwürdig noch darzustellen, warum unsererseits derart viel Unzufriedenheit fortbesteht, wobei doch alle Welt jüngst erfuhr: mal eben so eine Einigung auf 10%ige Honorarsteigerung zugunsten der Ärzteschaft erreicht – spricht 2,7 Mrd. EURO, zu bezahlen von jedermann in Gestalt eines Beitragssatzes von wohl mindestens 15,5 statt der bisherigen 14,9% (ab Mitte 10/08 werden wir durch die Berliner Regierung den Beitragssatz ja vorgelegt bekommen)! Ausführlich kamen anhand von diversen Quellen Strategien der Honorarverteilung zur Diskussion, die am Beispiel von Schleswig-Holstein (und teilweise auch Nordrhein) viel über das Gesamtsystem bundesweit aussagen.

Zunächst in einem Expose kurz Darstellung der langfristig von der KBV erhofften Perspektive des aktuellen Paradigmenwechsels in der Gesundheitspolitik:

Bemessung, Weiterentwicklung und Verteilung des Honorars folgen künftig neuen, an Morbidität und Praxiskostensteigerung orien-

tierten Kriterien. Insofern ist jetzt das Ende der 1993 gesetzgeberisch fixierten strikten Budgetierung markiert, welche bis dato alleine an Beitragssatzstabilität orientiert war, Steigerungen alleine nach Maßgabe der exogen vorgegebenen Grundlohnsummensteigerung vorsah und dem Paradigma einnahmeorientierter Ausgabepolitik sprich Diktat der Kassenlage entsprach: Risiken wachsender Morbidität und Kostensteigerungen anderer Art trugen alleine die Vertragsärzte. Nun also ein globaler Nachschlag von 2,7 Mrd. EURO, eingetrichtert in die körperschaftsinternen Umverteilungsregularien. Und was alles will der jüngst erreichte komplizierte Mehrheitsbeschluß des Erweiterten Bewertungsausschusses nicht aufs Mal durch Umverteilungen erreichen: neben der genannten Abschaffung der strikten grundlohnsummenfixierten Budgetierung als Novum die vielbeschworene Morbiditätsorientierung, Schaffung eines ausreichenden Rahmens für praxisindividuellen Leistungsbedarf auf Grundlage der bis 12/08 praxisindividuell von jeder KV zu errechnenden Regelleistungsvolumina RLV, Vermeidung neuer Konflikte zwischen Haus- und Fachärzten, deutliche Aufwertung der Honorare in den neuen Bundesländern ohne Verluste für Ärzte in Bayern und Baden-Württemberg etc.

Den Beschluss selber kann und möge man im bürokratendeutschen Wortlaut nachlesen unter dem Link <http://www.kbv.de//8157.html> <<http://www.kbv.de/8157.html>>

Danach ist z.B. neu und spezifisch:

- a) Die alte umstrittene „Fallzahl“ ist – leider – zurück (man denke nur an das widerliche Institut des sog. Verdünnerscheines); Honorar folgt zukünftig innerhalb des praxisindividuellen Regelleistungsvolumens folgender Multiplikation: fachgruppenspezifischer Fallwert mal

... aus den Landesverbänden

Fallzahl der jeweiligen Praxis (allerdings bezogen aus dem korrespondierenden Vorjahresquartal, also aus 2008).

- b) Dazu (infolge Mitbeteiligung des Bundesgesundheitsministeriums in den GemBA-Verhandlungen überhaupt erst möglich geworden): eine um 3 Jahre verlängerte Vergütungstrennung von Hausarzt- und Fachartbudgets – um Umverteilungen zwischen diesen beiden Gruppen erst noch einmal möglichst zu vermeiden und nicht zusätzlichen Keil in die bipolare Vertragsarztlandschaft zu treiben.
- c) Sodann: bisher länderspezifisch/regional extrabudgetär vergütete und belegärztliche Leistungen bleiben auch weiter zunächst erst einmal ausserhalb der jährlich neu errechneten Leistungsmenge entsprechend dem morbiditätsbedingten Handlungsbedarf. Weil der bundesweit allgemeinverbindliche Bundesorientierungspunktwert allerdings oftmals unterhalb des extrabudgetären Auszahlungspunktwertes liegt, wurde ein Korrekturfaktor zur Leistungshöherbewertung der EBM-Punktzahl definiert. Und ambul. Operieren? Was bedeutet die Referenzpunktwertregel, nach der mit dem sechstschlechtesten Punktwert bundesweit zu vergütet ist (entsprechend dem schlechtesten der West-Bundesländer?)?

Zitat ganz aktuell unserer KVSH zur Honorarverteilung: *Wir sind regelrecht entsetzt!*

Die KV Schleswig-Holstein hat KBV-Chef Dr. Andreas Köhler aufgefordert, sich für die Honorarverhandlungen vor der KVSH-Abgeordnetenversammlung zu verantworten. Schleswig-Holstein liege mit 3,9 Prozent Steigerung weit unter dem Bundesdurchschnitt, erklärte die kommissarische Vorstandsvorsitzende Dr. Ingeborg Kreuz heute in Bad Segeberg. „Wir sind regelrecht entsetzt.“

Eine genauere Analyse des von der KBV erzielten Verhandlungsergebnisses zeige, dass Schleswig-Holstein nach Baden-Württemberg und Nordrhein das Schlusslicht bilde. Zwar solle das Honorar für die Behandlung von Kassenpatienten im kommenden Jahr voraussichtlich um rund 35 Millionen Euro steigen. 3,9 Prozent mehr seien jedoch weniger als ein Tropfen auf den heißen Stein, sagte Kreuz. „Damit lässt sich weder die Unterfinanzierung stoppen, noch die Inflation ausgleichen und schon gar nicht die Patientenversorgung verbessern.“

Derart schlechte Honoraraussichten verstärkten den befürchteten Ärztemangel weiter. Gerade der medizinische Nachwuchs werde nun noch weniger dazu bereit sein, sich in Schleswig-Holstein niederzulassen. „Unsere Bemühungen, für Ärzte und Psychotherapeuten ein attraktives Arbeitsumfeld zu schaffen und damit eine wohnortnahe, flächendeckende Versorgung zu gewährleisten, werden zunichte gemacht“, kritisierte Kreuz.

Eigentlich habe die so genannte Honorarreform auch dafür sorgen sollen, dass das Einkommen der Ärzte und Psychotherapeuten bundesweit gerechter verteilt wird. Doch das Gegenteil sei nun der Fall. „Völlig unverständlich ist, warum zum Beispiel ein so reiches Land wie Bayern jetzt auch noch von enormen Zuwächsen profitiert“, erklärte die KV. „Diese werden sogar noch von den Versicherten in Schleswig-Holstein mitbezahlt. Denn auch in Schleswig-Holstein werden die Beitragssätze wegen der Honorarerhöhung um voraussichtlich 0,28 Prozent steigen.“ Das Geld aber lande zu einem Großteil in anderen Regionen Deutschlands.

Die KVSH kündigte an, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, im Interesse der ambulanten Versorgung in Schleswig-Holstein eine gerechtere Mittelverteilung durchzusetzen. „Der in Berlin getroffene Beschluss ist für Ärzte, Psychothera- ▶

... aus den Landesverbänden

peuten und Patienten in Schleswig-Holstein eine Katastrophe. Wir werden das Ergebnis nicht akzeptieren“, sagte Kreuz.

Ähnlich der ähnlich betroffene KV-Chef Nordrhein Hansen: „Wir haben die nützlichen Idioten gespielt“ durch stringente Leistungsmengenbegrenzung in der Vergangenheit, gewisses Ausbremsen des Hamsterrades flankiert von engen Individualbudgets und einigermaßen in die Nähe der ominösen 5,11 Ct gerückten Punktwerte – und nun einseitig bundesweit verbindlich Runterstufung auf den Bundesorientierungswert ohne Korrekturfaktor, der die symmetrisch dazugehörige Punktzahlmenge bundesweit verbindlich mittelt ...

Bevor der GemBA-Beschluss feststand, wurde alenthalben in den deutschen KVen strategisch geplant; was hier in der allerjüngsten Vergangenheit unsere obersten Strategen in Segeberg bewegte, schilderte seinerzeit der KVSH-Vorsitzende Ralf Ennenbach im NORDLICH 08/2008:

„Es wird aus den 2,5 Mrd. Euro einen Sonderbonus für die Ost-KVen geben, sodass 20 Jahre nach der Wende eine effektive Angleichung der Honorare zwischen Ost und West erfolgen wird. Der verbleibende Rest würde theoretisch auf alle KVen aufzuteilen sein, wenn es nicht den Effekt der ‚unterschiedlich rationierenden HVMs‘ gäbe. Will heißen, eine KV mit einem solchen HVM hat dazu beigetragen, dass in ihrer Region die Versorgung strikter auf das Notwendige orientiert war. Dies trifft insbesondere für die Nord-KVen Hamburg und Schleswig-Holstein zu, die beide nur um 70 Prozent aller Leistungen mit dem regionalen Kernpunktwert vergüten. Es liegt auf der Hand, dass dies zu Unterschieden in der Leistungsmenge führt.

Hierfür ist nach langem Für und Wider zwischen den KVen ein Korrekturfaktor vorgese-

hen. Damit wäre verhindert, dass wir wieder zu den „Doofen“ wie 1993 gehören, als ... uns das als KVSH wegen der erst 1992 durchgesetzten Strukturkorrektur knapp zehn Prozent an frisch erkämpftem Honorar kostete.

Das ist ein eigener Artikel, aber ein hinreichender Grund dafür, sich es heute bitte nicht zu schön zu reden. Solange man auf politischer Ebene vielerorts glaubt, das Ungleichgewicht von Finanzen und Bedarf in der GKV über mehr Wettbewerb allein lösen zu können, sind solche Szenarien denkbar. Im schlimmsten Fall war die Honorarreform 2009 dann nur die taktische Beruhigungsspielle, um Wildwüchsen den Weg zu bereiten. Wie schön, dass es immer spannend bleibt.“

Aber ganz genau anders als gedacht ist es gelaufen. Dumm gelaufen, könnte man sagen. Den Bayern, deren jährlicher Fallwert in der ärztlichen Versorgung overall bisher schon bei 400 Euro lag gegenüber 310 Euro etwa in Nordrhein, wurde ein Honorarplus von 6,8% verhandelt, uns in der KVSH nur von 3,9% und in Nordrhein gar nur von 3,6%. Entsprechend kocht es vertragsärztlich; Düsseldorf will geschlossen den Berliner Ärzte-Protesttag am 19. 9. 2008, den schon abgesagten, wiederbeleben zusammen mit der Freien Ärzteschaft; Klaus Bittmann für BVÄG und NAV-Virchowbund und ÄGSH äußerte öffentlich herbe Kritik: „Wer zuerst gut drei Milliarden Euro unter den Tisch fallen läßt, dann 4,5 Mrd. beansprucht und mit einer 2,5 Mrd.-Forderung in die Verhandlung geht, zeigt, daß er von Verhandlungstaktik keine Ahnung hat“. (Worauf prompt etwa die Süddeutsche Zeitung geißelte: „Wahrscheinlich würde jede andere Berufsgruppe in Deutschland jubeln. Nicht ... die Ärzte. Da ist von einem Tropfen auf den heißen Stein die Rede, davon, daß die niedergelassenen Mediziner weiterhin ausgehungert werden sollen ... Es gibt ein Wort für diese Haltung: Es heißt: Realitätsverlust.“)

... aus den Landesverbänden

Im Internet-„Ärzteforum.de“ schreibt der nordrheinische Allgemeinmediziner Jens Wasserberg am 5. 9. 2008:

„In einem wesentlichen Punkt haben die KVen aus Schleswig und Nordrhein Recht: Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses sind mit einem wesentlichen systematischen Fehler behaftet: Der Orientierungspunktwert wurde bundeseinheitlich festgelegt, die korrelierende Fallpunktzahl wird hingegen regional durch diese Festlegung ermittelt. Wer viele Punkte gemacht hat, der wird belohnt, wer wenige gemacht hat (oder nicht zur Abrechnung gebracht hat, weil er sie eh nicht bezahlt bekommt !) wird bestraft ! Aufgrund extrem unterschiedlicher Honorarverteilungssystematiken in den einzelnen KVen ist dies ein schwerer systematischer Fehler ! Er kann nur dadurch korrigiert werden, dass auch die Fallpunktzahl bundeseinheitlich festgelegt werden muss. Ansonsten würden dem Patienten in Bayern z.B. $1500 \times 0,035085 \text{ Cent} = 52,63 \text{ Euro}$ zur hausärztlichen Behandlung zur Verfügung stehen, dem in der KVNO nur $1200 \times 0,035085 \text{ Cent} = 42,11 \text{ Euro}$! Und dies in einem bundeseinheitlichen, maximal pauschalierten System ! Diese Differenz von 20% kann nicht gewollt oder gar richtig sein. Einen Teil dieser Differenz würde sogar als Transfer aus der KVNO nach Bayern fließen !? Also entweder bundeseinheitlicher Orientierungspunktwert und bundeseinheitliche Fallpunktzahlen, oder regionale Orientierungspunktwerte und regionale Fallpunktzahlen.

Da Hamstern ja auch kein positiver Effekt ist, erscheint mir die unterschwellige Schlussfolgerung, dass diese Kollegen es selber schuld sind, da sie ja hätten hamstern können, falsch. Die Voraussetzungen für eine solche Entwicklung werden von den KVen durch die HVVs geschaffen. Und hier hat die KVNO versagt, da sie entgegen den anderen KVen nie auf ein fallzahlabhängiges Vergütungssystem umgestiegen ist, obwohl dies spätestens am 1. 1. 2008 hätte geschehen müssen. Aber wer zu spät kommt, den bestraft das Leben. Die KVNO hat den Umstieg nicht vollzogen, weil sie sich durch das rigide Festhalten an den IBs in eine schier auswegslose Situation begeben hat, die nur durch eine höhere Honorarsteigerung 2009 hätte kaschiert werden können. Dies jetzt Richtung KBV kanalisieren zu wollen, ist etwas durchsichtig.“ ■



Ambulantes Operieren in Hessen genossenschaftlich

Bericht in www.facharzt.de am 5.11.2008: Niedergelassene Operateure in Hessen gründen Genossenschaft. Um die ambulante operative Versorgung in Hessen sicherzustellen und Direktverträge mit den Kostenträgern effektiver auszuhandeln zu können, haben 78 niedergelassene Operateure die Gründung einer „Genossenschaft der niedergelassenen Operateure Hessen eG“ beschlossen. „Die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen machen es von Tag zu Tag schwieriger, unseren Patienten eine hochwertige ambulante Versorgung zu bieten“, nennt Initiator Dr. Christoph Schürmann, Vorsitzender des Hessischen Chirurgenverbands, als Grund.

Ambulantes Operieren zum Punktwert von 4,0 Ct?

Mehrere Berufsverbände in Baden Württemberg haben vor einem Ende des ambulanten Operierens aufgrund der neuen Honorarsystematik im nächsten Jahr gewarnt. „Für den vom erweiterten Bewertungsausschuss vorgegebenen Punktwert von 4,0 Cent wird in Baden-Württemberg keine operativ tätige Fachgruppe eine ambulante Operation mehr durchführen können“, heißt es in einer gemeinsamen Mitteilung der Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Chirurgen (ANC), des HNO-Berufsverbandes, des Rheumatologenverbandes sowie des Sprechers der baden-württembergischen Anästhesisten, Dr. Thomas Fritz in www.facharzt.de am 13.11.2008. Durch die Steigerungen der Kosten, insbesondere Energiekosten, Gehälter und Anhebung der Mehrwertsteuer sowie der Inflation müsse der Punktwert heute eigentlich 6,8 Cent betragen. „In der Vergangenheit hatten die ambulanten Operateure in Baden-Württemberg einen Katalog ambulanter Operationen und Anästhesien, der im Jahre 2006 noch mit 5,11 Cent bezahlt wurde“, heißt es wei-

ter. Ab dem Jahre 2009 sollen nun dieselben Operationen und Anästhesien nur noch mit 4,0 Cent bezahlt werden, kritisieren die Verbände. Dies sei ein Verlust von knapp 20 Prozent. Damit würden nicht einmal die Kosten gedeckt. Die operativen Berufsverbände warnen: „Für diesen Punktwert können wir nicht mehr operieren und keine postoperative Versorgung bieten. Die gute ambulante operative fachärztliche Versorgung in Baden-Württemberg käme damit zum Stillstand“. Die Konsequenz wäre, die Patienten wieder ins Krankenhaus stationär einzuweisen, was für die Krankenkassen aber erheblich teurer sei. Die politische Intention „das ambulante Operieren zu fördern“ würde damit ad absurdum geführt. „Bereits 2004 hatte die Techniker Krankenkasse einen erheblichen Einspareffekt bei ambulanten Operationen gegenüber stationär erbrachten gleichen Operationen berechnet und belegt.“

Besonders problematisch wirke sich in den aktuellen Verhandlungen vor Schiedsämtern bundesweit u. a. zum ambulanten Operieren lt. www.facharzt.de vom 14.11.2008 ein Schreiben des BMG-Abteilungsleiters Franz Knieps aus: Dieser hatte die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Honorarreform im nächsten Jahr zwar offiziell genehmigt – jedoch in dem entsprechenden Brief auch Bedingungen gestellt. So muss der Bewertungsausschuss laut Knieps „sachgerechte Regelungen“ finden, um eine schnelle Berechnung und Anpassung der Regelleistungsvolumina (RLV) zu ermöglichen. Bislang sei nur von einer quartalsweisen Informationsweitergabe an die Kassen die Rede. Diese „Regelungslücke“ gelte es zu schließen. „Konkret heißt das, dass jede Kasse sofort die Hand aufhalten will, wenn ein Arzt sein Regelleistungsvolumen nicht voll ausgeschöpft“, erklärte Plassmann von der KV Hamburg. Genau mit dieser Auslegung seien die Kassen denn auch angerückt und hätten Gegenargumente vor dem Schiedsamt vom Tisch gewischt.

Dramatisch wirke sich zusätzlich aus, dass Knieps betont habe, das Ambulante Operieren müsse aus Rücklagen vergütet werden, welche die KVen per Vorwegabzug zu bilden haben – Geld, dass an anderer Stelle fehle. Die Kassen der Hansestadt sehen für das Ambulante Operieren laut Plassmann nur den bundeseinheitlichen Orientierungspunktwert von rund 3,5 Cent. „Gerade in Hamburg wäre das eine Katastrophe. Wir hatten bislang einen Punktwert von 4,87 Cent.“ Fatal sei darüber hinaus, dass die Honorarsystematik für das nächste Jahr auf Zahlen aus dem Jahr 2007 aufbaue. „Wir konnten 2008 aber spürbare Honoraranstiege erreichen – das bedeutet Rückschritte.“ Plassmann vermutet hinter dem Schreiben aus dem BMG und dem daraus folgenden Verhalten der Kassen eine Art „Masterplan“, den das Ministerium verfolge. „Ich glaube, dass kein einziges Bundesland das Honorarvolumen erreicht, dass ihm versprochen wurde. Die versprochenen Milliarden kommen einfach nicht an.“ Zahlreiche Ärzte in Hamburg hätten bereits von Protesten gesprochen und planten schon Aktionen.

Arztrecht und Internet-Adressen

Ortsnamen sind lt. Dt. Ärzteblatt vom 23.9.2008 in der Internetadresse verboten: Erfurt – Ortsnamen in der Internetadresse von Ärzten sind verboten, zum Beispiel Konstruktionen wie „www.allgemeinmedizin-bielefeld.de“. Grund ist das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG). Darauf hat die Rechtsanwältin Wiebke Baars, Kanzlei Taylor Wessing, Hamburg, auf dem 9. Deutschen Medizinrechtstag in Erfurt hingewiesen.

Vorsicht ist auch geboten bei der Kopie von Stadtplänen aus dem Internet. Diese sind urheberrechtlich geschützt und dürfen nur mit Zustimmung des Urhebers benutzt werden. Manche Firmen verwendeten sogenannte Webcrawler, die früher oder später jede Verwendung von Kartenmaterial auf privaten oder gewerblichen

Homepages fänden. Damit sei dann häufig sogar das automatisierte Ausfertigen der Abmahnungen verbunden. „Stadtpläne können häufig gegen Zahlung einer Lizenzgebühr heruntergeladen werden. Zum Teil gibt es auch kostenfreie Angebote. Eine sorgfältige Recherche vorab ist daher dringend zu empfehlen“, sagt Baars. © hil/aerzteblatt.de

Aufklärungspflicht

Ein Arzt muss laut Ärzte Zeitung vom 5.11.2008 Untersuchungsrisiken nicht ungefragt näher erläutern, wenn der Patient einen entsprechenden Aufklärungsbogen unterschrieben hat. Das geht aus einem jetzt bekannt gewordenen Urteil des Oberlandesgerichts (OLG) Koblenz hervor (Az.: 5 U 1630/07). Nur wenn für den Mediziner offensichtlich sei, dass der Patient den Inhalt des Papiers oder des Aufklärungsgesprächs teilweise nicht verstanden habe, müsse er weitere Erläuterungen geben. Das Gericht wies mit seinem Urteil die Klage einer Patientin ab. Bei der Klägerin war es nach einer Herzkatheteruntersuchung zu Gefäßverschlüssen am rechten Unterarm gekommen. Sie gab an, in dem Aufklärungsbogen den Hinweis auf dieses Risiko nicht verstanden zu haben. Der Arzt hätte sie intensiver aufklären müssen. Ihre Zustimmung zur Untersuchung sei mithin hinfällig und der Mediziner schadenersatzpflichtig. Das OLG schloss sich dem nicht an. Seiner Meinung nach liegen keine Anhaltspunkte für zu wenig Aufklärung vor (Koblenz, dpa).

Delphi-Studie 5 zum Gesundheitswesen im Jahre 2020

Wie kann und soll das Gesundheitswesen im Jahr 2020 aussehen? Wer soll über den Leistungskatalog und den Zugang zu Innovationen entscheiden? Antworten darauf gibt die fünfte Delphi-Studie aus der Zukunftsarbeit des Arzneimittelherstellers Janssen-Cilag; es geht um die Gesundheit der

Deutschen, um Macht und Geld. Antworten liefert eine der aufwendigsten Studien zur Entwicklung der deutschen Versorgungsstrukturen. Über Monate haben Wissenschaftler, Unternehmer, Politiker und Tausende Patienten darüber diskutiert. Herausgekommen sind drei Szenarien. Das Berliner Iges Institut und ein unabhängiger Thinktank mit 14 Experten – darunter Rhön-Klinikum-Gründer Eugen Münch, AOK-Bundesverbandschef Hans Jürgen Ahrens und der Vizechef der Techniker Krankenkasse, Christoph Straub – entwickelten die Szenarien. In einem zweiten Schritt gaben rund 60 Vertreter von Ärzten, Kliniken sowie privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen ihre Meinung ab. In einer repräsentativen Umfrage wurden dann zu jedem Szenario rund 1200 Patienten befragt. Finanziert und koordiniert wurde das Großprojekt von der Johnson-&-Johnson-Tochter Janssen-Cilag, die seit 1994 Delphi-Studien macht. Die wissenschaftliche Begleitung lag beim Iges Institut, als Berater fungierte der Essener Gesundheitsökonom Jürgen Wasem. Notwendig sei nun eine gesellschaftliche Debatte um die Potenziale der Szenarien, sagt Hans-Dieter Nolling vom Iges Institut. Ergebnisse zitiert lt. Ärzte Zeitung vom 6. 11. 2008. Ausgangspunkt der neuen Studie waren die Kernergebnisse der vorangegangenen Untersuchungen: Danach wünschen sich die Bürger bei Krankheit eine solidarische Absicherung, Teilhabe am Fortschritt und mehr Wahlmöglichkeiten als bisher, so Toon Overstijns, Vorsitzender der Geschäftsleitung von Janssen-Cilag bei der Vorstellung von Delphi V in Berlin. Darauf basierend hat ein Team von Experten unter Beteiligung des IGES-Instituts drei Szenarien entwickelt, wie Krankenversicherung und medizinische Versorgung 2020 organisiert sein könnten. Die Vorgabe: Die Modelle müssen politisch, rechtlich und technisch realisierbar sein.

Die Ergebnisse: Szenario A beschreibt ein ärztliches Gesundheitshaus, in dem hochvernetz-

te Gatekeeper (Ärzte) mit Budgetverantwortung Leistungen zuteilen und so über den Umfang des Leistungskatalogs maßgeblich entscheiden. In Szenario B gibt es einen GKV-Gemeinschaftstarif, dessen Basisleistungen der Staat festlegt. An neue Leistungen werden hohe Anforderungen gestellt. Daneben können sich Bürger individuell zusätzlich versichern. In Szenario C stehen (private) Versicherer in hartem Wettbewerb um Kunden, und zwar mit Leistungspaketen und Prämien. Vorgegeben ist nur ein abstrakter Versicherungsschutz, den auszugestalten den Versicherungen obliegt. Alle drei Szenarien wurden von Experten aus dem Gesundheitswesen und durch eine Repräsentativumfrage in der Bevölkerung beurteilt. Tendenz der Umfrage: eine leichte Präferenz für Szenario B, das eine gewisse Nähe zur Bürgerversicherung erkennen lässt. Für den Notfall vertrauen Bürger am ehesten auf den Staat und auf die Option von Zusatzversicherungen. Szenario A ist eine zuge-spitzte Weiterentwicklung des derzeitigen Hausarztmodells: Danach gibt es im Jahr 2020 sogenannte Primärversorgungszentren (PVZ). Die steuern und koordinieren die komplette Versorgung der bei ihnen eingeschriebenen Patienten – einschließlich des Zugangs zu Fachärzten und Krankenhäusern. Der Vorteil für die Versicherten: Die Zusatzprämien zum Gesundheitsfonds sind deutlich niedriger als in der Regelversorgung. Das Szenario geht davon aus, dass medizinische Leistungen 2020 weiterhin über einen einkommensabhängigen Fondsbeitragsatz und pauschale Zusatzprämien finanziert werden. Alle Kassen, so die Prognose, werden Extraprämien erheben müssen. Bei diesem Modell haben die PVZ selbst ein Interesse daran, die Behandlung ihrer Patienten kostengünstig zu organisieren. Die Krankenkassen stellen ihnen ein festes Budget zur Verfügung, mit dem sie auskommen müssen. Die eingeschriebenen Versicherten müssen dafür bestimmte Regeln einhalten. So müssen sie

grundsätzlich zuerst den PVZ-Hausarzt oder das medizinische Callcenter des Zentrums kontaktieren. Wesentlicher Bestandteil des ökonomischen Konzepts der Zentren ist es, die Überweisung an niedergelassene Fachärzte zu vermeiden. Die PVZ nutzen überwiegend fachärztliche Ressourcen in den Kliniken, weil die aufgrund von Skaleneffekten und einer stärkeren Standardisierung kostengünstiger sind. Die Mitglieder des Thinktanks halten dem Modell zugute, dass der Wettbewerb unter den Leistungserbringern gestärkt wird. Geringere Kosten seien dennoch eher unwahrscheinlich. Das ärztliche Handeln werde ökonomisiert, die Versorgung „konzernisiert“. Patienten auf dem Land könnten benachteiligt sein, da sie weniger zwischen PVZ wählen könnten.

Szenario B bedeutet „eine Versicherung für alle“. Alle Bürger zahlen in Gemeinschaftsversicherung ein. Aus diesem Topf werden jedoch nur Behandlungen bezahlt, deren Nutzen anerkannt ist. Die zusätzlichen Kosten für eine neue Methode dürfen einen Höchstbetrag nicht überschreiten. Will ein Patient nach einer Methode therapiert werden, deren Nutzen zweifelhaft ist, muss er die Kosten dafür aber nicht vollständig tragen. Er erhält einen Festbetrag aus dem Gemeinschaftstarif: die Summe, die die Behandlung mit einer herkömmlichen Methode kosten würde. Wer sofort das neueste Medikament oder die innovativste Therapie erhalten möchte, kann sich über einen sogenannten Individualtarif absichern. Dieser wird ausschließlich von privaten Versicherungen angeboten. Die Beiträge dazu zahlen allein die Versicherten. Die Verträge werden aber vom Staat über Steuererleichterungen finanziell gefördert. Wie viel der Einzelne zahlen muss, berechnet sich unter anderem über seine Vorerkrankungen. Das führt dazu, dass sich Versicherte mit niedrigem Einkommen und einer längeren Krankheitsgeschichte den Individualtarif in der Regel nicht leisten können. Für die

Pharmafirmen bedeutet das Szenario, dass sie verschiedene Strategien wählen können. Entweder sie versuchen, schnell mit Studien die Wirksamkeit ihrer Produkte zu beweisen, um sie von der Gemeinschaftsversicherung bezahlt zu bekommen – und damit hohe Mengen absetzen zu können. Oder sie arbeiten direkt mit den privaten Versicherern zusammen, die einen passenden Tarif rund um die Produkte entwickeln und gezielt damit werben. In diesem Fall profitieren die Firmen von frei verhandelbaren Preisen. Bei den Patienten kommt das Szenario insgesamt gut an. Mehr als 60 Prozent halten es für richtig, die Trennung zwischen Krankenkassen und privater Krankenversicherung aufzuheben. Aber nur 44 Prozent gefällt, dass der Leistungskatalog begrenzt wird. Der Expertenbeirat sieht den Gemeinschaftstopf als Chance, die Kosten im System deutlich zu senken. „Ein freiheitliches System ist besser als ein reguliertes, weil es lebt“, sagt Medizinethiker Georg Marckmann von der Uni Tübingen. „Aber wenn Erfolg versprechende Innovationen ausgeschlossen werden, ist das Modell problematisch.“

Szenario C lässt den Staat außen vor und unterscheidet sich insofern am deutlichsten vom heutigen Gesundheitssystem. Bei Krankheit, Schwangerschaft und Unfällen garantiert der Staat nur noch, dass den Bürgern wichtige Leistungen nicht vorenthalten werden. Er legt aber nicht mehr im Einzelnen fest, welche wichtigen Therapien die Versicherungen zwingend bezahlen müssen. Die Patienten genießen eine ganz neue Macht. Da alle eine risiko-unabhängige Kopfpauschale zahlen, können sich Versicherte mit ähnlichen Interessenlagen zu Gruppen zusammenschließen - beispielsweise alle Angestellten einer Firma, Mitglieder einer Kirche oder Gewerkschaft - und ganze Versicherungspakete nach ihren Bedürfnissen einkaufen. Die Pakete können etwa den unbeschränkten Zugang zu

einer Spezialklinik enthalten oder eine Behandlung, die auf Originalpräparate setzt und Nachahmermedikamente ausschließt. Kliniken stehen in einem scharfen Wettbewerb, da sich die Versicherungen aussuchen können, mit wem und zu welchen Bedingungen sie zusammenarbeiten wollen. Aus dem Konkurrenzkampf gehen private Klinikketten als Sieger hervor. Auch Apothekenketten profitieren: Sie sind häufig Teil von Versicherungen oder vertraglich eng an sie gebunden. Wer als Patient freier wählen kann, sollte auch gut informiert sein. Deshalb engagieren sich Verbraucherschutzorganisationen stärker als bisher auf dem Gesundheitsmarkt. Sie bewerten Versicherungen mithilfe von Gütesiegeln und betreiben Internetplattformen, die Zweitmeinungen von Ärzten anbieten. Alle Versicherungen müssen sich beim Staat akkreditieren und garantieren, eine Reihe von festgelegten Qualitätsindikatoren zu veröffentlichen. Da die Akkreditierung die einzige Hürde ist, können auch ausländische Krankenversicherungen in Deutschland agieren. Als „großen Wurf“ bezeichnet Joachim von Rieth, Vorstandsvorsitzender der Central Krankenversicherung, das Szenario. „Die Politik bräuchte aber großen Mut dazu. Den traue ich ihr nicht zu.“ Auf Skepsis stößt bei der Mehrheit des Expertengremiums, dass der Katalog der Leistungen, die Versicherte erhalten müssen, so offen ist. Der einzelne Patient könne mit der Auswahl seiner Versicherung schnell überfordert sein; ob ihm Konsumentenorganisationen weiterhelfen könnten, sei zweifelhaft. Über 40 Prozent der befragten Bürger bewerten es dagegen positiv, dass der Staat weniger steuert und Versicherungen mehr Spielraum haben. Die Mehrheit der Befragten lehnt aber die Vorstellung ab, Patienten könnten je nach ihrem gewählten Tarif unterschiedlich von Ärzten versorgt werden. (gesichtet in der Financial Times Deutschland von Stefanie Kreiss, Hamburg).

Diclofenac-Pflaster zur Schmerztherapie

Die Ärzte Zeitung berichtete am 3. 11. 2008 über eine neue „Option für die konservative Schmerzbehandlung / Kontinuierliche Wirkstoffabgabe über zwölf Stunden. BERLIN (gvg). Für die lokale Therapie bei Schmerzen am Bewegungsapparat können Ärzte seit Kurzem auf ein neues Diclofenac-Pflaster (Flector® Schmerzpflaster) zurückgreifen. Es gewährleistet eine kontinuierliche Wirkstoffabgabe über zwölf Stunden. Auch bei Tennisellbogen ist das neue Schmerzpflaster geeignet. Das vom Unternehmen IBSA hergestellte Pflaster enthält 180 mg Diclofenac-Epolamin, das in ein mit Hydrogel überzogenes Polyestervlies eingelassen ist. Das Trägermolekül Epolamin ist amphiphil, hat also hydrophile und lipophile Eigenschaften. Das soll dazu führen, dass der Wirkstoff besser durch Hornhaut und Epidermis dringt. Die Löslichkeit in Wasser und in einem alkoholischen Lösemittel ist jeweils etwa doppelt so groß wie bei Diclofenac-Natrium, der üblichen Diclofenac-Zubereitung. „Im Vergleich zum Gel hat das Pflaster eine längere Wirkdauer und führt auch dazu, dass die Wirkspiegel länger konstant bleiben“, so Dr. Kerstin Warnke, Chefärztin für Sportmedizin an der Schulthess Klinik in Zürich. Das neue Pflaster ist in Deutschland für die Indikationen Sprunggelenksdistorsion und Epicondylitis (Tennisellbogen, Golferellbogen) zugelassen und kann verschreibungsfrei über Apotheken bezogen werden. Auf einer von IBSA unterstützten Veranstaltung in Berlin stellte Warnke jetzt Daten zu dem Präparat vor. In zwei Doppelblindstudien ergab sich für die beiden Indikationen bei 134 und 190 Patienten eine statistisch signifikante Überlegenheit im Vergleich zu Placebo. „Etwa ab der vierten Stunde nach Applikation lindert das Pflaster die Schmerzen doppelt so gut wie Placebo“, so Warnke. In der Schweiz und in den USA ist das Pflaster bereits seit vielen

Jahren auf dem Markt. Dort wird es auch bei anderen Indikationen angewandt, etwa bei Gonarthrose, bei entzündlichen Muskel- und Gelenksbeschwerden oder auch bei Rückenschmerzen. „Das Potenzial ist in jedem Fall wesentlich größer“, betonte Dr. Thomas Pauly, niedergelassener Orthopäde in Düsseldorf. „Es umfasst letztlich die komplette orthopädische Schmerzpalette. Ich hoffe sehr, dass wir die weitergehenden Zulassungen auch in Deutschland bekommen werden.“ Weitere Informationen auf www.aerztezeitung.de. Das Pflaster enthält 180 mg Diclofenac-Epolamin.

Exodus

Deutschland droht laut Nachrichtenmagazin „Focus“ vom 17. 11. 2008 ein Exodus frisch ausgebildeter Mediziner. Rund 70 Prozent der Medizinstudenten wollten nach Abschluss ihrer Ausbildung ins Ausland gehen, so „Focus“ unter Berufung auf eine bislang unveröffentlichte Studie der Ruhr-Universität Bochum. Die Abteilung für Allgemeinmedizin habe für ihre Untersuchung 4000 Medizinstudenten in ganz Deutschland nach deren Zukunftsplänen befragt. Die Medizin-Ökonomin Dorothea Osenberg hatte die Studie geleitet und bezeichnete die Ergebnisse als ‚erschreckend‘. Sie sehe die Patientenversorgung in Deutschland gefährdet, schreibt das Magazin. Die Studierenden nannten als wichtigste Gründe für ihre Abwanderungswünsche die Arbeitszeiten, die Budgetierung der Leistungen sowie die Vergütung. Nur 22 Prozent der Befragten wollen sich als Ärzte niederlassen. Ein fast ebenso hoher Anteil schließt dies aus. Dagegen können sich 38 Prozent eine Patienten-ferne Tätigkeit vorstellen. Wenig beliebt ist der Beruf des Hausarztes. Laut Studie wollen nur 17 Prozent der Medizinstudenten diese Richtung einschlagen (München, dpa).

Extrabudgetäre Leistungen: Aufwertungen im EBM u.a. für ambulantes Operieren, Belegärztlichkeit, Schmerztherapie und Akupunktur

Julia Frisch berichtet in der *Ärzte Zeitung* vom 30. 10. 2008: „Kaum zwei Monate nach dem Beschluss zur Vergütungsreform hat der Erweiterte Bewertungsausschuss Korrekturen vorgenommen. Resultat ist eine zusätzliche Steigerung des Gesamthonorars für 2009 um knapp 437 Millionen Euro oder 1,3 Prozent. Leistungen der Akupunktur werden ab dem kommenden Jahr höher bewertet. Durch die beschlossenen Änderungen wird eine Steigerung des Honorarvolumens „im Jahr 2009 gegenüber dem Jahr 2007 um rund drei Milliarden Euro auf insgesamt 30,4 Milliarden Euro erreicht“. So wird in dem Beschluss das Ergebnis der Sitzung zusammengefasst. Dies, so heißt es weiter, entspreche einem Zuwachs von elf Prozent. Das Protokoll der Sitzung liegt der „Ärzte Zeitung“ vor. Simulationsberechnungen haben ergeben, dass im Vergleich zum Beschluss vom August die jetzigen Entscheidungen eine zusätzliche Steigerung von 436,6 Millionen Euro bringen. Ein Grund dafür ist, dass der Einheitliche Bewertungsausschuss nun davon ausgeht, dass die Menge der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlten Leistungen im kommenden Jahr um 5,1 Prozent ansteigen wird. Im August war dem Mengenzuwachs bei den extrabudgetären Leistungen keine große Beachtung geschenkt worden - offenbar weil die Beteiligten stillschweigend davon ausgingen, dass das Vergütungsvolumen für diese Leistungen unverändert weiterbestehen würde. Diese Annahme - darauf wird in dem jetzigen Beschluss hingewiesen - stellten die Kassen auf Landesebene in Frage. Dadurch sah sich die KBV gezwungen, diesen Punkt in den Erweiterten Bewertungsausschuss einzubringen, um ihn verbindlich klären zu lassen. Ein weiterer Grund für den Honorarzuwachs ist die

Höherbewertung der Leistungen für ambulantes Operieren, der Koloskopie und ERCP um rund 15 Prozent. Sie umfasst ein Volumen von 30 Millionen Euro. Aufwertungen gleichen niedrigen Punktwert aus. Außerdem werden auch andere extrabudgetäre Leistungen höher bewertet, zum Teil sogar über dem, was im August noch vereinbart worden war. Anlass für die Anpassungen der Leistungsbewertungen ist, dass Ärzte ab 2009 für die extrabudgetären Leistungen weniger Geld bekämen, wenn sie nach der bisherigen Punktzahl und dem niedrigen Orientierungspunktwert bezahlt würden. Um den Niedergelassenen eine Vergütung auf dem bisherigen Niveau zu ermöglichen, werden die Leistungsbewertungen nun angehoben. Konkret bedeutet das nach dem Beschluss, dass bei bestimmten Leistungen unter anderem Aufwertungen in folgender Höhe vorgenommen werden:

- im organisierten Notdienst (EBM-Abschnitt 1.2) um rund zehn Prozent (Anpassungsfaktor 1,1018)
- bei der Substitutionsbehandlung (Abschnitt 1.8) um 12 Prozent (Anpassungsfaktor 1,1206)
- in der Schmerztherapie (Abschnitt 30.7.1) um 32 Prozent (Faktor 1,3223)
- bei Akupunktur (Abschnitt 30.7.3) um 17 Prozent (Faktor 1,1733)
- bei Polysomnographie (EBM-Ziffer 30901) um 21 Prozent (Faktor 1,2063)
- bei der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie (Abschnitt 35.2) um 32 Prozent (Faktor 1,3196)
- bei Früherkennung (Abschnitt 1.7.1 und 1.7.2, außer EBM-Ziffern 01745 und 01746) sowie Mutterschaftsvorsorge (Abschnitt 1.7.4) um 27 Prozent (Faktor 1,2719)
- bei Mammografie-Screening (01750 bis 01758) um 34 Prozent (Faktor 1,3430)
- bei U 7a (01723) um 27 Prozent (Faktor 1,2719)
- bei der Vakuumstanzbiopsie (01759, 34274) um 19 Prozent (Faktor 1,1937)

Gesundheitsfonds – ein Interview u.a. zu den 80 Morbi-RSA-Diagnosen

Viel Wirbel macht bereits im Vorfeld seiner Einrichtung der Gesundheitsfonds, diese gewaltig(st)e Umverteilungsmaschinerie der Neuzeit. Etwa für Schleswig-Holstein entstünde nach Informationen der „Lübecker Nachrichten“ vom 14. 11. 2008 ein Verlustgeschäft: Die gesetzlichen Krankenkassen im Land werden im kommenden Jahr 100 Millionen Euro weniger einnehmen als die hiesigen Mitglieder einzahlen. Das geht aus einem Rundschreiben des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen hervor, das der Zeitung vorliegt. Danach wäre Schleswig-Holstein im neuen Bundesland-bezogenen Strukturausgleich eines von fünf Zahlerländern. Die anderen sind Bayern, Baden-Württemberg, Hamburg und Hessen. Pro Kopf der Versicherten gerechnet ist das nördlichste Bundesland der größte Verlierer. Hierzu weiter ein aktueller Auszug aus einem Interview in der Ärzte Zeitung, 17. 11. 2008 zum Thema: „Die Diagnosen werden von den Ärzten gestellt“ – von Bülent Erdogan befragt: Josef Hecken (49), von 2004 bis zu seiner Berufung an die Spitze des Bundesversicherungsamtes im Frühjahr dieses Jahres Gesundheitsminister im Saarland. Monatelang haben die Experten im Bundesversicherungsamt (BVA) gerechnet, bevor sie am Freitag die Bescheide verschickten: Seit heute wissen die Kassen nun, wie viel Geld ihnen aus dem Gesundheitsfonds zufließen wird. Nach Ansicht von BVA-Chef Josef Hecken können die Kassen damit verlässlich planen. Im Interview mit der „Ärzte Zeitung“ erwartet er jedenfalls keine Pleitewelle. „Wir haben die Kassen nicht im Regen stehen gelassen.“ Josef Hecken Chef des Bundesversicherungsamtes.

Ärzte Zeitung: *Herr Hecken, am 14. 11. 2008 haben Sie den Kassen die Briefe mit den Informationen über die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesund-*

heitsfonds zugeschickt. Nach welchen Kriterien erfolgen die Zuweisungen und wie verlässlich sind diese Daten?

Hecken: Nach dem neuen Finanzierungsmodell erhalten die Krankenkassen für jeden Versicherten eine Grundpauschale sowie alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge, mit denen die unterschiedlichen Risikostrukturen ausgeglichen werden - ferner Zuweisungen für sonstige Ausgaben. Das sind insbesondere die Verwaltungsausgaben. Die Größen werden für ein Jahr im Voraus berechnet, wobei es natürlich unterjährig Anpassungen geben kann, wenn sich die Zahl der Versicherten oder deren Struktur verändert.

Ärzte Zeitung: Viele Kassenmanager haben sich beklagt, dass sie bis jetzt keine Chance hatten, den künftigen Mittelzufluss zu simulieren und damit auch den Haushalt aufzustellen. Warum haben Sie die Kassen so lange im Regen stehen lassen?

Hecken: Es kann keine Rede davon sein, dass wir die Kassen „im Regen stehen gelassen“ hätten. Bereits im Mai dieses Jahres haben wir die Krankheiten bekannt gegeben, die künftig ausgleichsrelevant sind, Anfang Juli die Einzelheiten zum Berechnungsverfahren. Auf der Grundlage dieser Information waren erste Simulationen möglich. Seit Anfang Oktober steht den Kassen zudem eine Software zur Verfügung, mit der Berechnungen zur Risikoeinstufung möglich sind.

Ärzte Zeitung: Letzte Klarheit, ob die Mittel aus dem Fonds ausreichen, hat eine Kasse aber erst mit großer Verzögerung, heißt es - etwa eineinhalb Jahre nach Beginn der ersten Zuweisung. Müssen wir uns ab Mitte 2010 auf eine Pleitewelle einstellen?

Hecken: Das Verfahren, mit dem die Höhe der Zuweisungen aus dem Fonds berechnet wird, unter-

scheidet sich nicht vom bisherigen. Wie schon im heutigen Verfahren werden die Informationen aber laufend aktualisiert, damit die Kassen planen können. Ob die Mittel aus dem Fonds ausreichen, sieht eine Krankenkasse nicht erst bei Vorlage der Jahresrechnung. Bei einer sorgfältigen Haushaltsplanung und -überwachung erkennt eine Kasse schon vorher, ob und wie sie gegensteuern muss, etwa durch die Erhebung von Zusatzbeiträgen. Schon deshalb steht in keiner Weise zu erwarten, dass es im Jahr 2010 zu einer „Pleitewelle“ kommen wird.

Ärzte Zeitung: Welche Kassen gehören bei den aktuellen Zuweisungen zu den Gewinnern, welche zu den Verlierern?

Hecken: Für die Versorgung der Versicherten stehen im nächsten Jahr rund 167 Milliarden Euro, und damit zehn Milliarden Euro mehr als in diesem Jahr zur Verfügung. Hiervon erhalten diejenigen Krankenkassen einen höheren Anteil, die auch die größeren Versorgungslasten tragen müssen. Es geht schließlich darum, dass die zur Verfügung stehenden Mittel auch dort ankommen, wo das Geld für die Versorgung der Versicherten am dringendsten benötigt wird. Ich weigere mich daher, in diesem Zusammenhang die Kassen in Gewinner und Verlierer einzuteilen.

Ärzte Zeitung: Eine oft geäußerte Sorge ist, dass die Vorgaben des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) einen Run auf die mit ihm definierten 80 Krankheiten auslösen könnten, für die es Zuschläge gibt. Wie manipulationssicher ist der Morbi-RSA, und wie schnell kann das BVA auf Fehlentwicklungen reagieren?

Hecken: Ich kann diese Sorge nicht nachvollziehen. Denn die Diagnosen, die zur Krankheitseinstufung der Versicherten führen, werden von Ärz-

ten gestellt. Zu unterstellen, dass diese sozusagen in kollusivem Zusammenwirken mit Kassen dabei ihre ethischen und berufsständischen Verpflichtungen nicht beachten, halte ich für völlig unangemessen. Zudem muss sich eine Diagnose erst über zwei Quartale hinweg manifestiert haben, um - und das auch nur für die Zukunft - relevant zu werden. Bis dahin müssen die Kassen die Mehrkosten für Behandlung und Medikation tragen, ohne eine Ausgleichszahlung zu erhalten. Ich glaube, schon das nimmt den Anreiz für eine wundersame Krankenvermehrung. Im Übrigen achten wir auch als Aufsichtsbehörde sehr genau darauf, dass die Krankenkassen nicht manipulieren. Wie schon im heutigen Risikostrukturausgleich werden die Kassen von den Prüfdiensten kontrolliert.

Ärzte Zeitung: Was passiert mit den Leistungsansprüchen der Ärzte und der Kassenärztlichen Vereinigungen, wenn eine Kasse mit den Zuweisungen und auch den Zusatzbeiträgen nicht auskommt und pleite geht?

Hecken: Auch vor dem Gesundheitsfonds war es schon möglich, dass eine Krankenkasse geschlossen wird. Deshalb hat der Gesetzgeber auch Haftungsregelungen aufgestellt. Grundsätzlich gilt, dass die übrigen Kassen einer Kassenart einspringen müssen. Das schließt auch die Ansprüche der Leistungserbringer ein.

Im Zusammenhang mit dem hier für unmöglich gehaltenen „kollusiven Zusammenwirken“ bei kreativer Diagnosekonstruktion folgende Eilmeldung vom 17.11.08: Die AOK Niedersachsen hat nach Informationen des Hausärzterverbandes eine Kampagne gestartet, bei der Kassen-Mitarbeiter die Praxen zu verschärften Diagnosen drängen. Die Kasse biete sogar zehn Euro pro Patient an, sagte der Bezirksvorsitzende Dr. Helmut Anderten dem änd. „Ich halte das für sehr

problematisch.“ Die Kasse versuche so, langfristige zu größeren Mitteln über den morbi-RSA zu kommen.

Honorarreform als Umverteilung zwischen den Bundesländern

Laut Ärzte Zeitung vom 25.9.2008 warnt Nordrhein KV-Chef Hansen vor erheblichen Honorarverwerfungen für alle KVen; auch KV-Regionen, die aktuell ein Plus verzeichneten, würden 2010 Federn lassen: KÖLN (iss). Der Vorsitzende der KV Nordrhein (KVNo) Dr. Leonhard Hansen ruft die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Solidarität mit den KVen auf, die bei der Honorarreform schlecht abschneiden. „Wenn die Verwerfungen nicht korrigiert werden, führt das zu einem Vertrauensverlust im System, der heute und auch morgen nicht mehr aufgefangen werden kann“, sagt Hansen anlässlich der morgigen Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im Gespräch mit der „Ärzte Zeitung“. Bei der Honorarreform hatten vor allem die KVen in Nordrhein, Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz schlecht abgeschnitten. Da sich der Bewertungsausschuss am 17. September nicht auf eine Korrektur der Beschlüsse einigen konnte, muss jetzt der Erweiterte Bewertungsausschuss am 17. Oktober entscheiden. Das Hauptproblem liegt nach Ansicht Hansens darin, dass die starken regionalen Unterschiede bei den Honorarzuwächsen nicht durch Versorgungsnotwendigkeiten begründet sind. „Wenn die ausgehandelten Steigerungen so stehen bleiben, werden wir in einzelnen KVen wie Nordrhein mit einer Gesamtmorbiditätsvergütung einsteigen, die definitiv zu niedrig ist“, warnt Hansen. Die Folge: „Die Kollegen werden gezwungen zu rationieren.“ Es sei schwierig, den Niedergelassenen vor Ort den Honorarbeschluss zu erklären, sagt Hansen. „Ich habe hier im Land ein Riesenproblem.“ Die Ärzte reagierten bitter und fühlten sich von der KBV im Stich

gelassen. KVen, die aktuell besser abschneiden, sollten nicht meinen, das Problem gehe sie nichts an. Der nächste Schritt folge schon zum Jahr 2010. Es werde zu einer Angleichung der unterschiedlichen Fallpunktzahlen und zu neuen Verwerfungen kommen. „Dann wird ein Aufschrei aus der Hälfte der Republik kommen“, erwartet Hansen. Er appelliert an die KVen, gemeinsam nach einer für alle verträglichen Lösung zu suchen. „Wir dürfen uns nicht auseinanderdividieren lassen, wir müssen gemeinsam sagen, dass Korrekturen unvermeidbar sind.“ KBV-Chef Dr. Andreas Köhler sieht die von Hansen skizzierte Problematik. Er habe auch auf die mit der Neugestaltung der Vergütung im Jahr 2010 verbundenen Verwerfungen bereits dezidiert aufmerksam gemacht, sagt Köhler der „Ärzte Zeitung“: „Wir befinden uns in einer gigantischen Konvergenzphase, in der die in den vergangenen 50 Jahren gewachsenen regionalen Strukturen der Vergütungsanteile neu geordnet werden.“ Und in der Tat stellte die folgende Oktober-Sitzung des Bewertungsausschusses die Solidarität unter den KVen enorm auf die Probe: der Erweiterte Bewertungsausschuss hat sein Verhandlungsergebnis von Ende August für vier KV-Regionen korrigiert. Instrument der Umverteilung ist die so genannte HVV-Quote, die bei der Verteilung des Honorars auf die einzelnen KVen eine wichtige Rolle spielt. Grundlage für die morbiditätsbedingte Vergütung 2009 sind die Leistungen, die von den Vertragsärzten im Jahr 2007 erbracht und sachlich-rechnerisch anerkannt wurden. Bedingt durch die Honorarverteilungsverträge (HVV) ist jedoch die Zahl der Punkte, die Ärzte tatsächlich honoriert, also anerkannt bekommen, je nach KV sehr unterschiedlich. Diese HVV-Quote reicht von 64 bis 100 Prozent. Diesen unterschiedlichen landesspezifischen Honorarbegrenzungsregeln wurde nun verstärkt bei der Berechnung der 2009er Gesamtvergütung Rechnung getragen. KBV-Sprecher Dr. Roland Stahl sagte auf

Anfrage der „Ärzte Zeitung“, erschienen in der Ausgabe vom 27. 10. 2008, aus der im folgenden zitiert wird: „Alles in allem kann von einem solidarisches Ergebnis gesprochen werden.“ Er bestätigte die Zahlen, wonach sich für Nordrhein 2009 ein Honorarzuwachs von 6,5 Prozent (statt 3,6), in Schleswig-Holstein ein Plus von 6,3 Prozent (statt 3,9) ergibt. In Rheinland-Pfalz beträgt der Honorarzuschlag nun 8,6 statt 5,7 Prozent. Am geringsten fällt der Zuwachs in Baden-Württemberg aus. Dort beträgt der Anstieg 2,5 Prozent – ein Prozentpunkt mehr als vorgesehen. Daraufhin führen die Kassen in Süddeutschland schweres Geschütz auf: in Baden-Württemberg war der Widerstand der Kassen am härtesten. In einem offenen Brief an Landessozialministerin Monika Stolz (CDU) und die Landtagsabgeordneten übten die Kassen harsche Kritik an der Landes-KV: Diese vermittele den falschen Eindruck, Ärzte in Baden-Württemberg würden benachteiligt im Vergleich zu anderen Regionen. Zugleich werde die Versorgungssituation „verzerrt dargestellt und es werden unnötig Ängste bei den Menschen im Land geschürt“, heißt es in dem Brief aller Kassen. Mit dem Honorarplus von 2,5 Prozent könne das „qualitativ hohe Versorgungsniveau“ in Baden-Württemberg erhalten werden. Es sei weder nötig noch möglich, „den unangebrachten Forderungen nach zusätzlichen Honorarsteigerungen nachzukommen“. Die KV Baden-Württemberg wollte auf Anfrage der „Ärzte Zeitung“ nicht zum neuen Verhandlungsergebnis Stellung nehmen. In Schleswig-Holstein bewertet die KV das Ergebnis zurückhaltend: „Wir erkennen an, dass die Korrektur solidarisch von den bisher begünstigten KVen getragen wird“, sagte die kommissarische KV-Chefin Dr. Ingeborg Kreuz. Die Ärzte im Norden hatten zuvor für ihre Forderung nach höheren Zuwächsen parteiübergreifend Rückendeckung aus der Landespolitik erhalten. Ärzte im Norden hätten sich strikter als andernorts an die Mengenbegrenzungen

gehalten und würden dafür nun bestraft, hatten die Gesundheitspolitiker der Parteien erklärt. Rückenwind von der Landespolitik hatte es auch in Nordrhein gegeben: KV-Chef Dr. Leonhard Hansen bedankte sich bei Landessozialminister Karl-Josef Laumann (CDU) für die Unterstützung der Ärzte in Nordrhein. Das ursprüngliche Verhandlungsergebnis wäre den Ärzten kaum zu vermitteln gewesen: „Die Gefahr einer weitgehenden Rationierung ärztlicher Leistungen ist damit vom Tisch“, sagte Hansen. Lt. www.facharzt.de bleibe es außerdem weiterhin unklar, wie viele Milliarden Euro Honorarzuwachs es ab 2009 für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland wirklich gebe, monierte die KV. Allen Hochrechnungen lägen zu viele Hypothesen zugrunde. Appelliert wurde an die Landesverbände der Kassen, bei den regionalen Verhandlungen kompromissbereit zu sein, andernfalls wäre die medizinische Versorgung etwa in Baden-Württemberg gefährdet. Bis zum 15. November 2008 müssten sich Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen auf die regionalen Honorierungen geeinigt haben ...

Honorarreform und Hamsterrad

Nach den Konstruktionsprinzipien der Honorarreform zu urteilen, feiert das Hamsterrad, auch Haifischbeckenprinzip genannt, ein ungeheuerliches Comeback. Die für zukünftiges vertragsärztliches Wirtschaften (fast – noch) allesbestimmenden Regelleistungsvolumina RLV folgen der simplen Formel: fachgruppenspezifischer Fallwert multipliziert mit der Fallzahl im korrespondierenden Vorjahresquartal. Eine perspektivische Betrachtung hierzu gibt Medi, zitiert nach www.facharzt.de vom 26. 9. 2008:

Medi-Chef Dr. Werner Baumgärtner zum EBM:
„Willkommen im Hamsterrad“
„Willkommen im Hamsterrad des EBM 2009“,

heißt es in einem Rundschreiben, das der Medi-Verband gestern herausgab. Medi-Chef Dr. Werner Baumgärtner übt darin heftige Kritik: „Wie viele von Ihnen habe ich die Meldung, es gibt 2,7 Milliarden Euro mehr Honorar für die niedergelassenen Ärzte, positiv aufgenommen. Inzwischen ist mir allerdings die Freude vergangen, weil ich mit Schrecken die Details des EBM 2009 zur Kenntnis genommen habe, insbesondere die drastische Steigerung der Leistungsmenge zu niedrigeren Einzelpreisen.“

Der EBM 2009 werfe jede bisherige betriebswirtschaftliche Kalkulation wird über den Haufen, die Arztminute, bisher im alten EBM bei lächerlichen 79 Cent (Punktwert 5,11), werde abgesenkt auf ca. 59 Cent (Punktwert 3,5 Cent).

Einen „Taschenspielertrick“ sieht Baumgärtner im „allseits gefeierten Honorarplus von 2,7 Milliarden Euro. Dieser betrage weit weniger, denn der Zuwachs sei auf das Jahr 2007 berechnet. Die Grundlohnsummensteigerungen 2008 und 2009 werde nicht berücksichtigt.

„Die Vergütung der einzelnen Leistungen wird um zirka 30 Prozent abgesenkt, im Gegenzug wird der Deckel der Leistungsbegrenzung um ca. 40 Prozent angehoben. Nur wer zukünftig zirka 40 Prozent mehr Leistungen abrechnet als die bisher zugestandenen Leistungen, kommt gegebenenfalls auf ein höheres Honorar.“ Wie schwierig das werde, könne man an den Qualitätszuschlägen erkennen. „Diese werden nur ausbezahlt, wenn man unrealistisch hohe Leistungsmengen erbringt, in einer Durchschnittspraxis muss man hierfür z. B. mehr als zwei Langzeit-RR-Messungen oder mehr als fünf Ultraschalluntersuchungen pro Tag durchführen.“

Für Baden-Württemberg bedeute dies, dass wenn „wir cirka 40 Prozent mehr Leistungen als bisher erbringen und abrechnen und anerkannt erhalten, so ergibt sich bezogen auf 2007 ein Ho-

norarplus von cirka 1,5 Prozent. Bezogen auf 2008 wird es ein „Minuswachstum“ des Honorars geben.“ Die sei „Vollkaskoversorgung zu Dumpingpreisen“ für die sich KBV-Chef Dr. Andreas Köhler auch noch feiern lasse.

„Stellen Sie sich einmal vor, eine Gewerkschaft würde im neuen Tarifvertrag erreichen, dass die Stundensätze oder die Gehälter um 30 Prozent abgesenkt würden, dafür aber die Betroffenen bei Mehrarbeit von 40 Prozent wieder in etwa das gleiche Gehalt erzielen können. Welch ein Aufschrei in der Öffentlichkeit und bei den Beteiligten! Die Verantwortlichen für solch ein Desaster würden aus ihren Ämtern gejagt“, geht Baumgärtner mit den Verantwortlichen ins Gericht.

Medizinische Versorgungszentren in ärztlicher Trägerschaft

Niedergelassenen Ärzten müsse die Gründung von Versorgungszentren künftig erleichtert werden. Dies forderten die Delegierten des NAV-Virchow-Bundes auf ihrer Hauptversammlung am vergangenen 14. und 15. 11. 2008. Die meisten medizinischen Versorgungszentren würden derzeit von stationären Einrichtungen gegründet, die häufig in Klinikketten organisiert seien. Niedergelassene Ärzte bauten solche Zentren nur in Ausnahmefällen auf. NAV sei grundsätzlich gegen MVZ-Gründung durch Kapitalgesellschaften. Hauptursache seien die unterschiedlichen Startbedingungen: „So ist das wirtschaftliche Risiko einer Versorgungszentrums-Gründung für eine Klinikette oder eine vertragsfähige Krankengymnastik-Gesellschaft deutlich leichter zu überschauen, als für einen niedergelassenen Arzt. Die Führung eines ärztlichen Versorgungszentrums erfordert stark ausgeprägte unternehmerische Kenntnisse, insbesondere die Fähigkeit kaufmännischen Handelns. Stationäre Einrichtun-

gen, wie auch juristische Personen im Bereich der vertragsfähigen Leistungserbringer, verfügen in der Regel bereits über entsprechende personelle Voraussetzungen, die Praxis eines niedergelassenen Arztes häufig nicht“, heißt es in einem Beschluss der Hauptversammlung, zitiert nach www.facharzt.de vom 17. 11. 2008. Um ein Gleichgewicht herzustellen, sei es dringend erforderlich, dass auch niedergelassene Ärzte die Möglichkeit erhalten, sich zu organisieren. „Eine zum Beispiel in einer Genossenschaft organisierte Gruppe von niedergelassenen Ärzten wäre in der Lage, sich die benötigten personellen Qualifikationen über Anstellungsverträge zu beschaffen. Zudem wäre das wirtschaftliche Risiko einer Versorgungszentrums-Gründung für eine solche Gruppe von Ärzten deutlich geringer als für die Einzelpraxis. Mit einer entsprechenden Gesetzesänderung wären die Startvoraussetzungen für niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen und andere vertragsfähige Leistungserbringer gleich. Die Trägerschaft von MVZ durch Kapitalgesellschaften werde vom NAV-Virchow-Bund jedoch komplett abgelehnt.“

Neurochirurgische Versorgung grenzüberschreitend

Kooperation am Bodensee: In dem Schweizer Herz-Neuro-Zentrum in Kreuzlingen können sich ab sofort nicht nur deutsche Privatpatienten, sondern auch Versicherte der AOK und Barmer behandeln lassen. Jährlich werden am Zentrum über 5700 Patienten versorgt. Die AOK Baden-Württemberg hat hier seit längerem für ihre Versicherten einen praktischen Handlungsbedarf gesehen. Jetzt wird im Bereich der Neurochirurgie diese Versorgungslücke im Landkreis Konstanz geschlossen“, so der Vizechef der AOK Baden-Württemberg, Dr. Christopher Hermann – Ärzte Zeitung, 4. 11. 2008, KONSTANZ (mm).

Nichtsteroidale anti-inflammatorische Medikamente und Herzinsuffizienz

Meta-Analysen von Beobachtungsstudien und randomisierten kontrollierten Studien werden zitiert in Facharzt.de, 29. 10. 2008: Scott PA et al. – Beobachtungsstudien und randomisierte kontrollierte Studien zeigen, dass NSAIDs das Risiko für Herzinsuffizienz erhöhen; die Risiken insgesamt sind relativ gering und unter herkömmlichen NSAIDs sowie Cox-2-spezifischen NSAIDs (COXIBs) ähnlich; zudem erhöht eine vorbestehende Herzinsuffizienz das Risiko.

Methoden:

- Literatur-Review und Meta-Analysen der Risiken für Herzinsuffizienz im Zusammenhang mit NSAIDs und spezifische Risiken mit COXIBs
- Analyse der Risiken für die Entwicklung von Herzinsuffizienz in Beobachtungsstudien und randomisierten kontrollierten Studien an Patienten mit Arthritis und nicht rheumatischen Erkrankungen
- Suche in elektronischen Datenbanken und veröffentlichten Bibliographien (1997–2008)

Ergebnisse:

- Fall-Kontrollstudien (fünf Studien: 4657 Patienten und 45 862 Kontrollen) zeigten in einem Random-Effect-Modell einen nicht signifikanten Zusammenhang zwischen NSAIDs und Herzinsuffizienz
- Kohortenstudien (zwei Studien: 27 418 Patientenjahre, 55 367 Kontrolljahre) zeigten ein signifikantes Risiko für Herzinsuffizienz unter NSAIDs
- Placebo-kontrollierte Studien (sechs Studien: Naproxen, Rofecoxib, Celecoxib) bei nicht rheumatischen Erkrankungen (15 750 Patienten) zeigten mehr Herzinsuffizienz unter NSAIDs
- randomisierte kontrollierte Studien, die herkömmliche NSAIDs gegenüber COXIBs bei Ar-

thritis verglichen (sechs Studien; 62.653 Patienten) zeigten keinen Unterschied beim Risiko für Herzinsuffizienz. Quelle: MedQuarter

OPS Version 2009, DIMDI veröffentlicht endgültige Fassung

Nachzulesen unter www.dimdi.de vom 7. 11. 2008: Das DIMDI hat die endgültige Fassung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) Version 2009 auf seinen Internetseiten veröffentlicht. Viele Prozeduren können mit der neuen Version präziser und differenzierter verschlüsselt werden als bisher. Die Klassifikation bildet eine der Grundlagen für das pauschalierende Vergütungssystem der German Diagnosis Related Groups (G-DRG). Rund 260 Vorschläge aus Fachgesellschaften und von Fachleuten der Ärzteschaft, Krankenkassen und Kliniken sowie zusätzliche Anforderungen aus der Weiterentwicklung des Entgeltsystems für Krankenhausleistungen sind in die neue Version des OPS 2009 eingeflossen. Ärzte und Dokumentare in den Krankenhäusern sind verpflichtet, Operationen und Prozeduren nach den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) der für das G-DRG-Vergütungssystem zuständigen Selbstverwaltungspartner zu kodieren. Die Verschlüsselung erfolgt auf der Basis des Systematischen Verzeichnisses des OPS. Das zugehörige Alphabetische Verzeichnis erleichtert die Arbeit mit dem OPS in der Praxis. Wichtige Änderungen im Systematischen Verzeichnis des OPS 2009 sind u. a.:

- **Spezifische Kodes** für viele NUB-Leistungen (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)
- **Neue Kodes** für komplexe Diagnostik bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen
- **Neuer Kode** für die Teilstationäre Multimodale Schmerztherapie
- **Erweiterter OPS:** Der Erweiterungskatalog zum OPS wurde aufgelöst.

- **Osteosynthese durch Materialkombinationen (5-786.9):** Dieser Code darf ab der OPS-Version 2009 im Geltungsbereich des § 17 b KHG nicht mehr verwendet werden (siehe Hinweis im OPS 2009).

Referenz Ausgaben des OPS 2009 (Systematisches und Alphabetisches Verzeichnis) finden Sie wie die Aktualisierungsliste als kostenfreie PDF-Dateien im Downloadcenter: www.dimdi.de – Klassifikationen – Downloadcenter – OPS – Version 2009. Alle anderen Dateifassungen (ASCII-, SGML-, HTML- und RTF-Datei sowie Metadaten) und die Überleitungstabelle sind im DIMDI Webshop erhältlich. Nur das erstmalige Herunterladen der Dateien einer Jahrgangsversion aus dem DIMDI Webshop wird berechnet. Jedes weitere Herunterladen einer einmal gekauften Datei (z. B. bei Aktualisierungen) ist kostenfrei (im DIMDI Webshop über „Mein Konto“). Das DIMDI stellt hochwertige Informationen für alle Bereiche des Gesundheitswesens zur Verfügung. Es entwickelt und betreibt datenbankgestützte Informationssysteme für Arzneimittel- und Medizinprodukte und verantwortet ein Programm zur Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien (Health Technology Assessment, HTA). Das DIMDI ist Herausgeber amtlicher medizinischer Klassifikationen wie ICD-10-GM oder OPS und pflegt medizinische Terminologien, Thesauri, Nomenklaturen und Kataloge (z. B. MeSH, UMDNS, Alpha-ID, LOINC, OID), die u.a. für die Gesundheitstelematik von Bedeutung sind. Das DIMDI ermöglicht den Online-Zugriff auf seine Informationssysteme und 70 Datenbanken aus der gesamten Medizin. Dazu entwickelt und pflegt es moderne Software-Anwendungen und betreibt ein eigenes Rechenzentrum.

Praxismarketing kostet

Bericht in der Ärzte Zeitung, 4. 11. 2008: „Praxismarketing gibt es nicht zum Nulltarif. Budgetpla-

nung gibt Übersicht über die Aktivitäten. NEUISENBURG (maw). Ein professionell angelegenes Praxismarketing ist eine wesentliche Schraube für den ökonomischen Erfolg in der Praxis. Ohne Budget fällt die gezielte Planung der einzelnen Marketingaktivitäten allerdings schwer. Ein gut funktionierendes Praxismarketing gibt es nicht zum Nulltarif. Wer die verschiedenen Patientengruppen in der Praxis passgenau auf einzelne Leistungen aus dem Gesamtspektrum ansprechen und damit auch den langfristigen ökonomischen Erfolg der Praxis sichern will, kommt um eine dezidierte Planung der einzelnen Schritte und Ausgaben nicht herum. 5500 Euro lassen sich Praxischefs die Marketingmaßnahmen im Jahr kosten, wie eine Studie der Hamburger Stiftung Gesundheit zeigt. Die Angaben verzerren jedoch das Gesamtbild, da die Summe nur auf die Praxen zutrifft, die überhaupt ein Marketingbudget in der Jahresplanung berücksichtigen. Und das sind gerade einmal 13 Prozent der Niedergelassenen, die geantwortet haben. Zu berücksichtigen bei der Kostenplanung sind alle Ausgaben, die zum Beispiel bei Recall-Maßnahmen für Impfkampagnen oder speziellen Angeboten wie der medizinischen Reisesprechstunde anfallen. Bei mehreren hundert Patienten kommt hier allein für Porto einiges an Ausgaben zusammen. Auch professionelle Info-Broschüren oder die Pflege der Praxis-Website sind nicht kostenlos zu haben.

Private Krankenversicherung PKV, Neugeschäft in 2007

Laut www.facharzt.de vom 6. 11. 2008 hat sich das PKV-Neugeschäft 2007 halbiert. Starke Rückgänge bei Neuabschlüssen haben die privaten Krankenversicherungen verzeichnet, heißt es im PKV-Zahlenbericht. Im ersten Halbjahr 2008 habe sich dieser Trend fortgesetzt. Grund seien die durch die Gesundheitsreform deutlich er-

schweren Konditionen für einen Wechsel in die PKV. Am 31. Dezember 2007 hatten 8,55 Millionen Personen eine private Krankheitsvollversicherung abgeschlossen, am 30. Juni 2008 waren es 8,57 Millionen. Der Nettoneuzugang habe im ersten Halbjahr 2008 bei nur 23 400 Personen gelegen. Gestiegen sei die Zahl der Zusatzversicherungen auf rund 20 Millionen Ende 2007 (Ende 2006: 18,4 Millionen). Im ersten Halbjahr 2008 erhöhte sich die Zahl auf knapp 20,5 Millionen. Ende 2007 gab es allein 14,38 Millionen Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz (+ 1,38 Millionen). Dazu zählten ambulante Tarife, Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus sowie Zahn Tarife. Die Beitragseinnahmen in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung stiegen 2007 um 3,4 Prozent auf 29,46 Milliarden Euro. Auf die Krankenversicherung entfielen 27,58 Milliarden Euro. Für 2008 rechnen die Versicherer mit Beitragseinnahmen in Höhe von insgesamt 30,3 Milliarden Euro. Die Versicherungsleistungen seien 2007 um insgesamt 5,9 Prozent auf 18,9 Milliarden Euro gestiegen. Davon entfielen 1,04 Milliarden Euro Mehrausgaben auf die Krankenversicherung, auf die Pflegeversicherung 14,3 Millionen. Den Alterungsrückstellungen wurden 10,21 Milliarden Euro zugeführt. Insgesamt verfügte die PKV damit zum 31. Dezember 2007 über Alterungsrückstellungen in Höhe von 123,65 Milliarden Euro, 106,50 Milliarden Euro für die Krankenversicherung und 17,15 Milliarden Euro für die Pflegeversicherung.

Punktwerte, floatende

Medi Baden-Württemberg hat alle Vertragsärzte in Baden-Württemberg aufgerufen, Widerspruch gegen die floatenden Punktwerte bei der KV einzureichen. Der Gesetzgeber habe 2005 feste Punktwerte ins SGBV geschrieben, um die Monopoly-Vergütung zu beenden, schrieb der Vorsitzende Dr. Werner Baumgärtner in einem Rund-

brief. Der HVV der KV sei seit 2005 rechtswidrig. Baumgärtner in www.facharzt.de vom 5. 11. 2008: Der Gesetzgeber habe wenigstens einen kleinen Teil des Morbiditätsrisikos mit den festen Punktwerten auf die Kassen übertragen, um den Ärzten etwas mehr Planungssicherheit zu geben, erklärte Baumgärtner. „Denn floatende Punktwerte sind unkalkulierbar! Jeder von uns kennt das Zittern vor der nächsten Schlusszahlung!“ Auch habe es bis zu 30 Prozent der Leistungen außerhalb des Budgets gegeben, bei denen die Kassen bereit gewesen seien, das volle Morbiditätsrisiko zu übernehmen. „Gerade die AOK BW war immer bereit, sachgerechte und moderne Lösungen in der Honorarpolitik zu vereinbaren, weil sie die gute ambulante Versorgung in unseren Praxen für ihre Versicherten erhalten wollte“, erklärte Baumgärtner. Auch andere Kassen seien für bessere Lösungen als floatende Punktwerte offen gewesen.

Qualität vertragsärztlicher Leistungen

Die Ärzte Zeitung berichtet am 5. 11. 2008 wie folgt: BERLIN (ble). Erstmals hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in einer Stichprobe mit 5700 Ärzten Qualitätsdaten von niedergelassenen Ärzten aus dem ganzen Bundesgebiet ausgewertet. Dabei zeigen sich in den einzelnen Disziplinen große Unterschiede in der Qualität der Leistungen, hohe Qualität bei Röntgen und CT, indessen würde nur jede 2. Arthroskopie nicht beanstandet. Bei bundesweit durchgeführten Prüfungen zur Röntgendiagnostik und Computertomografie gab es demnach in 94,8 Prozent der Fälle keinen oder nur geringen Grund zu Beanstandung. Bei der Kernspintomografie waren es 93,1 Prozent, teilte die KBV gestern mit. Damit wurden 17,1 Prozent aller Ärzte mit einer Röntgengenehmigung und 14,1 Prozent der Ärzte mit einer Genehmigung zur Kernspintomografie geprüft.

Regional setzten die KVen dabei Schwerpunkte, etwa Stichprobenprüfungen in der Nu-

klearmedizin, beim ambulanten Operieren, beim Langzeit-EKG, der Ultraschalldiagnostik und der Arthroskopie. Bei den insgesamt acht Prozent geprüften Ärzten mit einer Ultraschallgenehmigung betrug der Anteil der Nicht- oder nur geringen Beanstandungen 66,2 Prozent. Bei der Arthroskopie lag die Prüfquote bei 10,1 Prozent aller Vertragsärzte mit einer Genehmigung. Hiervon erzielte knapp die Hälfte der Ärzte (48,7 Prozent) ein gutes Ergebnis. Allerdings teilte die KBV nicht mit, welche Referenzwerte den Stichproben zugrunde lagen. Ein Grund für Beanstandungen war die unzureichende Dokumentation von Untersuchungen. KBV-Chef Dr. Andreas Köhler zog eine gemischte Bilanz: „Während in manchen Leistungsbereichen die Behandlungsgüte außerordentlich hoch ist, offenbart sie in anderen noch Defizite. Damit können und wollen wir uns nicht zufriedengeben.“

Regelleistungsvolumina

Individualbudgets gibt es noch bis Ende 2008. Dann kommen die Regelleistungsvolumina (RLV). Wie hoch sie sind, hängt von Abrechnungsdaten der Vergangenheit ab. Wie die RLV berechnet werden, hat der Erweiterte Bewertungsausschuss Ende August fixiert. www.facharzt.de am 5. 11. 2008: „Grundsätzlich ist die Rechnung einfach: Das Regelleistungsvolumen ergibt sich aus der Multiplikation eines arztgruppenspezifischen Fallwertes mit der praxisindividuellen Fallzahl. Den fachspezifischen Fallwert zu ermitteln, verlangt indes von der KV einiges an Aufwand“. Die RLV-relevante Fallzahl ist dabei die Zahl der kurativen Behandlungsfälle; ausgenommen sind Fälle im organisierten Notfalldienst und Überweisungen, bei denen ausschließlich Probenuntersuchungen oder Befundungen von dokumentierten Untersuchungsergebnissen stattfinden. „Ebenfalls ausgenommen sind Fälle, in denen Praxen ausschließlich Leistungen abgerechnet haben,

die nicht dem RLV unterliegen.“ Zur Ermittlung des RLV für die einzelne Praxis multipliziert die KV den fachgruppenspezifischen Fallwert mit der RLV-relevanten Fallzahl der Praxis. „Die Fallzahl wird je Praxis auf Basis des entsprechenden Vorjahresquartals ermittelt.“

Rhön-Kliniken und ambulante Versorgung

Der Klinikkonzern dränge in die Integrierte Versorgung und TK-Vize Christoph Straub wechselt in den Rhön-Vorstand, wie die Ärzte Zeitung am 3. 11. 2008 meldet: „BAD NEUSTADT/SAALE (ava) . Die Rhön-Klinikum AG drängt in den ambulant-stationären Versorgungsbereich. Dafür hat der Konzern jetzt seinen Vorstand neu ausgerichtet. Neu in den Rhön-Vorstand einziehen wird zum 1. Januar 2009 der bisherige Vize-Chef der Techniker-Krankenkasse (TK) Dr. Christoph Straub. Er gilt als Fachmann der Integrierten Versorgung. Der 47-jährige Arzt soll den Geschäftsbereich der ambulant-stationären Grund- und Regelversorgung etablieren und die medizinische Entwicklung und das Qualitätsmanagement im Konzernverbund steuern, teilte der Klinikbetreiber am Montag mit. Straub ist der erste Arzt im Vorstand des Klinik-Konzerns. Vorzeitig verlängert hat das Unternehmen, zu dem 47 Kliniken gehören und das 33 047 Mitarbeiter beschäftigt, den Vertrag mit dem Vorstandsvorsitzenden Wolfgang Pföhler. Der Aufsichtsrat habe einstimmig beschlossen, den Vertrag mit dem 55-Jährigen bis Ende April 2014 zu verlängern, teilte der im MDax notierte Konzern aus dem fränkischen Bad Neustadt mit. Pföhler ist seit Sommer 2005 im Amt. Die Rhön-Klinikum AG kündigte zudem weitere Vorstandsänderungen an, um der geänderten Unternehmensstrategie gerecht zu werden. Finanzvorstand Dietmar Pawlik verlasse das Unternehmen auf eigenen Wunsch. Sein Nachfolger werde Erik Hamann. Der 38-Jährige soll

sich als stellvertretender Vorstand um die Bereiche Finanzen, Investor Relations und Controlling kümmern. Der Konzern ist auf die Übernahme und Sanierung von öffentlichen Kliniken spezialisiert und zählt neben Helios und Asklepios zu den drei großen Krankenhausbetreibern in Deutschland.“ Lt. www.facharzt.de vom 5. 11. 2008:

„Rhön-Kliniken formieren sich für ambulante Versorgung. Die Rhön-Kliniken haben ihren Vorstand neu aufgestellt, um sich in Zukunft stärker in der wohnortnahen ambulant-stationären Versorgung zu betätigen. Für diesen neuen Geschäftsbereich habe der Konzern den vormaligen Vize der Techniker Krankenkasse Dr. Christoph Straub (47) gewinnen können, teilten die Rhön-Kliniken am Montag in Bad Neustadt a.d. Saale mit. Der Rhön-Konzern verlässt damit sein angestammtes Geschäftsfeld der stationären Akutversorgung. Straub habe große Erfahrungen im medizinischen Leistungs- und Versorgungsmanagement, erklärte der Rhön-Vorsitzende Wolfgang Pföhler. Daher sei er der Richtige, um den neuen Geschäftsbereich aufzubauen und zu leiten. Der Abgang von Straub sei für die Techniker Krankenkasse ein Schlag, schreibt dazu die „Financial Times“. Er habe der nächste Vorstandschef werden sollen, heiße es aus der Kasse. Konkurrenten schrieben ihm exzellente Kenntnisse der neuen Versorgungsmodelle und die Fähigkeit zu, Türen zu den Krankenkassen zu öffnen. Für Rhön werde das im ambulanten Markt besonders dann interessant, wenn der Konzern direkte Verträge mit den Kassen für die Versorgung ganzer Regionen schließen könnte, resümiert die Zeitung. Die Rhön-Kliniken haben am 6. 11. 2008 ihr Ziel für 2009 genauer vorgestellt, als neuen wesentlichen Geschäftsbereich eine wohnortnahe ambulant-stationäre Versorgung aufzubauen. Auch den Klinikbereich will der Konzern als zweites Standbein noch erweitern, insbesondere da in der Finanzkrise mit sinkenden Preisen für Klinikzukaufe zu

rechnen sei, erläuterte der Vorsitzende Wolfgang Pföhler in Frankfurt am Main auf seiner Jahres-Analystenkonferenz. Rhön-Konzern steigert Patientenzahlen in MVZ um 73 Prozent. Der Konzern will Umsatz und Gewinn demnach auch im kommenden Jahr weiter steigern. Der Umsatz solle um knapp zehn Prozent auf 2,3 Milliarden Euro wachsen. Dieses Jahr sei der Umsatz bisher um 4,9 Prozent gestiegen. In den ersten neun Monaten des Jahres habe das Unternehmen 1,42 Millionen Patienten behandelt und damit 6,6 Prozent mehr als im Vorjahreszeitraum. Pföhler rechnete mit einer weiteren Zuspitzung der Finanzmarktkrise und weiteren Auswirkungen auf die Realwirtschaft über die aktuelle Automobilindustrie hinaus. „Der Gesundheitsmarkt ist auf der anderen Krisen- und Wetterfest. Die Entwicklung hängt hier von der Altersstruktur und dem medizinischen Fortschritt ab“, erklärte Pföhler. Insbesondere werde die Lage für öffentliche Krankenhäuser enger. „Die öffentlichen Hände werden Einbrüche bei den Steuereinnahmen verzeichnen, für sie wird es schwieriger, Verluste abzudecken. Das wird ein Trend sein, der letztlich nicht aufzuhalten ist.“ Rhön richte sich daher auf einen größeren Zulauf zu den privaten Kliniken ein. Finanzvorstand des Konzerns, Dietmar Pawlik, erläuterte, dass die Umsatzerlöse vor allem durch eine Leistungsausweitung in der „ambulant-stationären Grund- und Regelversorgung“ erfolgen solle. Der Konzern habe erste MVZ-Strukturen aufgebaut. Dieses Jahr werde die Marke von 100.000 Patienten in MVZ überschritten, der Bereich sei damit im Vergleich zum Vorjahr um 73 Prozent gewachsen. Der bislang klassische Klinikbetreiber wolle sich zu einem Gesundheitsversorger weiterentwickeln, führte Pföhler aus. Wirtschaftliches Wachstum solle in Zukunft in zwei Bereichen stattfinden. „Wir wollen langfristig eine wohnortnahe, qualitativ hochwertige und für jeden bezahlbare Versorgung in Deutschland

leisten. Wir wollen jedem Menschen ein umfassendes medizinisches Angebot machen, das die ambulante und stationäre Versorgung umfasst.“ Modell sei eine integrierte sektorenübergreifende Versorgung, sagte Pföhler. „Wir erleben einen tiefgreifenden Wandel in der Gesellschaft. Das System stößt immer öfter an Grenzen. Wir müssten uns auf immer längere Wartezeiten und auf Zwei-Klassen-Gesellschaft einstellen.“ Der Konzern wolle ein Mehr an medizinischer Versorgung ermöglichen und sieht die Potenziale in der Überwindung der Sektorengrenzen. Die Gewinner im Wettstreit der Sektoren ließen sich heute noch nicht absehen. Bestimmte Leistungen gingen aus den Krankenhäusern heraus in die Praxen, ein Teil gehe andersherum in die Kliniken. „Bei der nächsten Gesundheitsreform steht die Überwindung der Sektorengrenzen im Mittelpunkt“ prophezeite Pföhler. „Wir setzen den Hebel genau an dieser Schnittstelle an.“ Die Ärzte bräuchten deshalb Freiräume in der Medizin. Er werde eine stärkere Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung organisieren. Im Fokus werde die Eingangsdiagnostik stehen, die Patienten genauer in leichte und schwere Fälle aufteilen und der adäquaten Versorgungsstufe zuweisen müsse: Die leichten Fälle in die MVZ, die schweren Fälle in die Krankenhäuser. Klinik und MVZ sollten in Zukunft eine gemeinsame Plattform bilden. Fachärzte sollten nicht nur in MVZ angestellt werden, sondern könnten ihre Kassenarztsitze gegen eine Beteiligung am MVZ oder der ambulant-stationären Versorgung umwandeln, sagte Pföhler. So könnten sie als Mitgesellschafter eine unternehmerische Verantwortung übernehmen. Fortschritte seien beispielsweise in dem Pilotprojekt am St. Petri Hospital in Warburg zu besichtigen. Hier würden zur Zeit Kooperationen mit Fachärzten geknüpft und in ersten Gesprächen mit den Niedergelassenen die Möglichkeiten ausgelotet. „Nur in einem gemeinsamen An-

satz liegt für Leistungserbringer die Möglichkeit, sich gegenüber den Kostenträgern durchzusetzen.“ Hier könne auch ein Facharztzentrum sinnvoll sein, weil immer mehr Leistungen ambulant durchgeführt würden, sagte Pföhler (zitiert nach www.facharzt.de 6. 11. 2008).

Streikrecht von Vertragsärzten

Bundesärztekammer-Präsident Dr. J. D. Hoppe hat eindeutig – zitiert nach www.facharzt.de vom 25.9.2008 – festgestellt: Kassenärzte dürfen streiken. Auf diesem Standpunkt steht der Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe. Im Interview mit dem „Deutsche Ärzteblatt“ begründete er dies mit der neuen Gesetzeslage. Mit Blick auf den von Ärzteverbänden mit der AOK geschlossenen Hausarztvertrag in Baden-Württemberg, an dem die Kassenärztliche Vereinigung nicht beteiligt ist, sprach Hoppe von einer „sukzessiven Aushöhlung“ der Grundlagen der Körperschaft Kassenärztliche Vereinigung (KV). Bisher habe die KV den Sicherstellungsauftrag, dafür hätten die Kassenärzte auf das Streikrecht verzichtet, sagte Hoppe in einem Interview des Deutschen Ärzteblattes (Heft 39/2008). „Diese Vereinbarung ist jetzt aufgelöst. Durch die gesetzliche Regelung ist der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen obsolet geworden. Die Kassenärzte dürfen meines Erachtens nun auch streiken.“ Hoppe befürchtet, „dass die totale Wettbewerbsideologie eines Tages zu einer ungleichen medizinischen Versorgung in Deutschland führt“. Die Versorgung auf dem Land werde sich verschlechtern.

Hoppe bekräftigte seinen Aufruf zur Großdemonstration des Aktionsbündnisses „Rettung der Krankenhäuser“ an diesem Donnerstag in Berlin. Die von der Politik versprochenen drei Milliarden Euro für die Kliniken bezeichnete Hoppe als „Blendwerk“, weil das ohnehin vorgesehene Auslaufen des Sanierungsbeitrags und

die Grundlohnsummensteigerung einberechnet seien. „Das Geld reicht nicht aus, um den Investitionsstau in den Krankenhäusern aufzulösen.

Umsatzsteuergesetz – Änderung 2009

2009 wird das Umsatzsteuergesetz geändert. Es wird unter anderem der gängigen Rechtsprechung der Finanzgerichte angepasst. Explizit wird dann geregelt sein, was de facto jetzt schon gilt: dass Leistungen von Praxis- und Apparategemeinschaften gegenüber ihren Mitgliedern nur dann umsatzsteuerfrei sind, wenn sie gegen genaue Kostenerstattung erbracht werden. Die Ärzte Zeitung, 14. 11. 2008 sieht speziell steuerliche Fallstricke bei Apparate- und Praxisgemeinschaften; diese sollten spätestens bis zum Jahreswechsel Verträge überprüfen, denn mit Gewinnverteilung droht Umsatzsteuer. Ärzte, die Gesellschaf-

ter solcher Gemeinschaften und nicht zum Vorsteuerabzug berechtigt sind, liefen sonst Gefahr, draufzahlen zu müssen. Das Problem, so Arztrechtler Dr. Ingo Pflugmacher aus Bonn: Viele der genannten Gemeinschaften arbeiten nicht nach dem Kostenerstattungsprinzip, sondern auf Gewinnverteilungsbasis. Zwar sind solche Vertragskonstruktionen wegen der Rechtsprechung schon seit Längerem steuerlich gefährlich. Die Wahrscheinlichkeit, in eine Betriebsprüfung zu geraten, ist mittlerweile aber stark gestiegen. Denn die Finanzverwaltung verfolgt die Strategie, Ärzte konsequent mit Betriebsprüfungen zu kontrollieren. Wer die Fallstricke vermeiden will, sollte darauf achten, dass im Vertrag keine Gewinnverteilung geregelt ist, sondern die Kosten nach genau definierten Maßstäben wie Fläche, Stundenzahl oder Nutzung umgelegt werden. *J. L.*

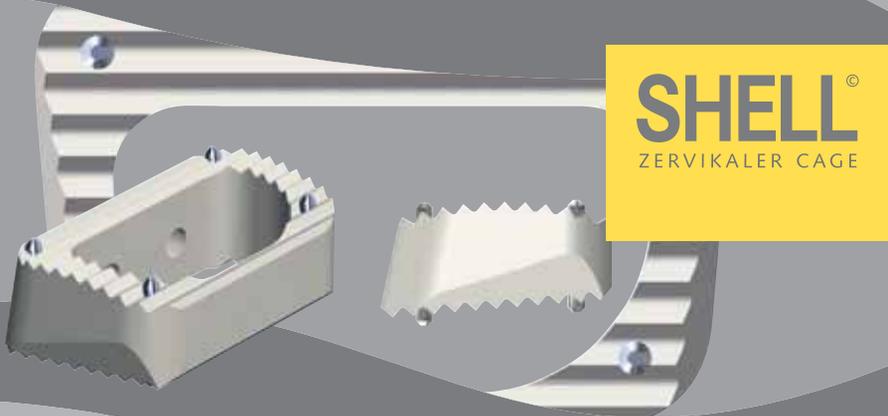
EINZIGARTIG

Einzigartig funktional. Außerordentlich unkompliziert ermöglicht der distrahierbare PLIF-Cage WAVE die Wiederherstellung der Bandscheibenhöhe mit minimiertem Zugang. Die anatomisch optimierte Form und PEEK-Optima® Elastizität gewährleisten die sichere Fusion auch in der nicht spreizbaren Standardversion.



WAVE®
LUMBALER CAGE

Einzigartiges Design. Maximale Fusionsöffnung, breite Auflagefläche, anatomische Kontaktflächen und fixierende Verzahnung, der zervikale Cage Shell integriert perfekt eine Vielzahl herausragender Produkteigenschaften.



SHELL®
ZERVIKALER CAGE

Einzigartig neu. Die Cage-Achse (Patent angemeldet) überzeugt viele Operateure von den Vorteilen des transforaminalen Eingriffs. Beim T-LIF LOOP lässt sich der Winkel zwischen Cage und OP-Instrument in jeder Phase des Eingriffs exakt anpassen und sicher arretieren.



LOOP®
LUMBALER T-LIF CAGE

Spitzentechnologie
aus Deutschland

www.amt-ag.de

art

Advanced
Medical
Technologies