

Zeitschrift für Ambulante Neurochirurgie

ISSN 1139-7021 01/2010



BDNC

Berufsverband
Deutscher Neurochirurgen e.V.

ANF

Arbeitsgemeinschaft
Neurochirurgischer
Fachpraxen

In dieser Ausgabe

L. Rode

Umfangreiche RLV- und EBM-Änderungen zum 1. Juli 2010
Neuaufnahme neurologischer Gesprächsleistungen –
Absenkung der Grundpauschalen

M. Conzen

Indikatoren zur neurochirurgischen Versorgungsqualität

H. Poimann

Sektorenübergreifende neurochirurgische Versorgung

KVB

Analyse fachärztlicher Versorgungsbereiche der KVB

F. O. Miltner

„We have Champions“

G. Schuster

„Genau so machen wir's“

H. Poimann

Priorisierung im Gesundheitswesen

1/2010

editorial 1

beiträge

L. Rode

**Umfangreiche RLV- und EBM-Änderungen zum 1. Juli 2010
Neuaufnahme neurologischer Gesprächsleistungen – Absenkung der Grundpauschalen** 3

M. Conzen

Indikatoren zur neurochirurgischen Versorgungsqualität 9

H. Poimann

Sektorenübergreifende neurochirurgische Versorgung 12

F. O. Miltner

„We have Champions“ 18

KVB

Analyse fachärztlicher Versorgungsbereiche der KVB 21

G. Schuster

„Genau so machen wir’s“ 24

H. Poimann

Priorisierung im Gesundheitswesen 25

aus der wissenschaft 30
von **Martin Engelhard**

berichte und informationen 32

impressum

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

adresse der redaktion

Zeitschrift für ambulante Neurochirurgie
Redaktion
H. Poimann / S. Hergenröder
Sonnenstraße 39, 97772 Wildflecken

Persönliche Meinungen der Autoren
sind individuell und geben deshalb
grundsätzlich nicht die Meinung
der Redaktion wieder.

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Eine honorare Form jagt die andere. Kaum hat man sie halbwegs mit einem schlechten Regelleistungsvolumen, in einigen Bundesländern auch mit einem guten Regelleistungsvolumen abgefunden, erfolgt eine Umstellung auf Regelleistungsvolumen und QZV (qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen), was erneut die Karten völlig neu mischt. Wir erhalten noch einmal weniger an Vergütung, was bei einem kleinen Topf für die Neurochirurgen in Bayern von insgesamt nur zwei Millionen besonders un erfreulich erscheint.

Als Beispiel für die Einkommensveränderung der Neurochirurgen habe ich die offiziellen Zahlen der KV Bayern für die Neurochirurgie in den Quartalen 1/2009, 2/2009 und 3/2009 exemplarisch darstellt.

In diesem Heft, möchten wir für alle Kollegen das Thema „QZV und neue Abrechnungsmöglichkeiten“ präsentierten und Sie auffordern, sich intensiv damit zu beschäftigen. Die Vorteile des QZVs können wir als Neurochirurgen möglicherweise darin erleben, dass dadurch die Qualifikationen der Neurochirurgen erstmalig etwas genauer spezifiziert sind und wir in zukünftigen Verhandlungen darauf zurückgreifen können. Dass diese Berechnung über Ergebnisse 2008 vorgenommen wird, ist eine Regelung, die die KV so treffen kann, weil sie vom Gesetzgeber verpflichtet ist, eine Regelung einzuführen, welche dann letztlich nicht juristisch angreifbar sein wird. Die Quintessenz für uns Neurochirurgen muss allerdings sein, dass wir in Zukunft Leistungen, die wir erbringen dokumentieren, unabhängig davon, ob wir sie bezahlt bekommen oder nicht. Wenn wir überhaupt eine Chance haben wollen im KV-Bereich oder auch Kassen gegenüber eine Steigerung unserer Einkommen durch die von uns qualifizierten, erbrachten Leistungen zu erhalten, können wir nur so vorgehen, dass wir solide Dokumentation unserer

erbrachten Leistungen vornehmen. Diese müssen dann den Landesverbänden oder dem Berufsverband natürlich auch zugänglich gemacht werden, damit wir gemeinsam voranschreiten können.

Ich bitte die einzelnen Landesverbände dringlich darauf zu achten, dass die Regelleistungsvolumina für die Neurochirurgen isoliert berechnet werden und nicht, mit dem Topf der Chirurgen oder anderen Fachgruppen. Wo dies dennoch geschieht, müssen Sie die Chance nutzen, die neurochirurgische Tätigkeit in ihrer Besonderheit im Antrags- oder Widerspruchsverfahren deutlich geltend machen, um so zumindest einen kleinen Vorteil daraus ziehen zu können. Ich bitte aber alle Landesverbände dringlich, sich um Abrechnungsfragen zu kümmern und gemeinsame Aktionen zu unternehmen, damit das, was wie leisten dargestellt wird und letztlich auch in Form von Euros zurückfließt.

Ein weiteres Thema in diesem Heft, greift in die mittelbare und unmittelbare Zukunft, Indikatoren für Wirbelsäulenbehandlung als sektorenübergreifende Möglichkeit, die wie vom Gesetzgeber gewünscht, in Zukunft auf uns zukommen wird. Wie bereits mehrfach mitgeteilt, sind wir vom Berufsverband aktiv. Erste Informationen dazu finden Sie in dem Artikel vom Kollegen Conzen.

Über die Möglichkeiten, wie man die verschiedenen legalen Formen der Abrechnungsarithmetik in Deutschland als niedergelassener Neurochirurg nutzen kann und wie die zukünftige Abrechnung im Gesamtkonzept der neurochirurgischen Tätigkeit zu sehen ist, schildert mein Artikel zum Thema „sektorenübergreifende Leistungen in der Neurochirurgie“.

Dass Priorisierung im Gesundheitswesen kein einfaches Unterfangen ist, zeigt die momentane Diskussion. Als Fazit könnte man sehen, dass Priorisierung nicht zu einer Verbilligung der Versorgung führt, sondern eher zu einer weiteren Differenzierung und Darlegung der Qualität, die für die Versorgung notwendig ist. In diesem Sinne ist Priorisierung zu begrüßen, sie muss aber als „Trojanisches Pferd“, das eine Rationalisierung und Rationierung mit sich bringen soll, verhindert werden.

In weiteren Rubriken finden sich Anregungen für die tägliche Praxis, was Abrechnung, EBM oder spezielle Praxisführungstipps betrifft. Ich möchte Ihnen mit diesem Heft viel Freude, aber auch Anregungen für Ihre alltäglichen Tätigkeiten bieten, damit wir nicht allzu sehr in der Routine versinken, sondern aus der Routine heraus Kraft schöpfen und unsere gute Leistung demonstrieren können.

Mit den besten Wünschen verbleibe ich
mit freundlichen Grüßen aus Würzburg

Ihr

Horst Poimann

Umfangreiche RLV- und EBM-Änderungen zum 1. Juli 2010

Neuaufnahme neurologischer Gesprächsleistungen – Absenkung der Grundpauschalen

RLV-Änderungen

Neurochirurgen müssen sich zum 1. Juli 2010 auf umfangreiche Änderungen in der Vergütungssystematik einstellen. Dies ist das Ergebnis eines Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010.

Ausgehend von der Maxime, den freien Fall der RLV-Fallwerte zu stoppen und damit zu stabilisieren, gilt ab dem Quartal 3/2010 für nahezu alle Leistungen des EBM eine Mengengrenzung. Die Unterschiede innerhalb der einzelnen Arztgruppen werden künftig durch sogenannte Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV), vergleichbar den früheren Zusatzbudgets, berücksichtigt.

Der kürzlich im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichte Beschluss ist außergewöhnlich umfangreich und nur schwer verständlich. Nachfolgend finden Sie daher eine Zusammenfassung der für Neurochirurgen wesentlichen Änderungen.

Den vollständigen Beschlusstext können Sie auch im Internet unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de (dort unter der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse) abrufen.

Leistungen ohne Mengengrenzung

Der Katalog der sogenannten freien Leistungen wird deutlich reduziert. Ohne Mengengrenzung werden auch weiterhin alle Leistungen außerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Morbi-GV) vergütet. Für Neurochirurgen sind dies im Wesentlichen ambulante Operationen und Anästhesien, postoperative Überwachung und postoperative Behandlung (Abschnitte 31.2 bis 31.5 EBM). Auch für belegärztliche Leistungen gibt es keine Mengengrenzung.

Besondere Honorarkontingente

Besondere Honorarkontingente gibt es künftig für Laborleistungen, Leistungen im organisierten Notfalldienst, Leistungen des Kap. 19 bei Probeneinsendungen und Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM. Wie im Falle einer Überschreitung zu verfahren ist, lässt der Beschluss offen: KVen und Kassen sollen sich über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens einigen. Dabei gilt allerdings der Grundsatz, dass eine Überschreitung des Vergütungsvolumens keine zusätzlichen Zahlungen der Krankenkassen auslöst.

Wird also das jeweilige Honorarkontingent überschritten, ist eine quotierte Vergütung ebenso möglich wie ein Ausgleich der Überschreitung durch entsprechende Rückstellungen. Allerdings führt ein Ausgleich der Überschreitung durch eine entsprechende Rückstellung zwangsläufig dazu, dass entsprechend weniger Geld für die RLV und QZV zur Verfügung steht.

Neue Arztgruppentöpfe

Honorartöpfe für die jeweiligen Arztgruppen gab es bisher nur für die Leistungen des RLV. Die sogenannten freien Leistungen wie Akupunktur, dringende Besuche, Empfängnisregelung etc. wurden praktisch von allen Fachärzten gemeinsam finanziert. Grundlage dieser Arztgruppentöpfe waren die Punktzahlanforderungen der jeweiligen Arztgruppen des Jahres 2007, angepasst um die Auswirkungen der EBM-Reform 2008.

Ab dem Quartal 3/2010 werden für *alle* Leistungen, die nicht außerhalb der Morbi-GV bzw. innerhalb der o. g. Honorarkontingente vergütet werden, Arztgruppentöpfe gebildet. Grundlage dieser Arztgruppentöpfe sind jetzt die Punktzahlanforderungen der jeweiligen Arztgruppen des Jahres 2008.

Beispiel:

Das Vergütungsvolumen für den fachärztlichen Versorgungsbereich nach den Abzügen für die besonderen Honorarkontingente beträgt 100 Mio. Euro. Alle Fachärzte haben in 2008 Leistungen in einem Umfang von 1000 Mio. Punkten abgerechnet, davon die Arztgruppe A Leistungen in einem Umfang von 50 Mio. Punkten. Für die Vergütung der RLV- und QZV-Leistungen der Arztgruppe A stehen somit 5 Mio. Euro zur Verfügung. Diese 5 Mio. Euro werden aufgeteilt in ein Vergütungsvolumen für RLV-Leistungen und ein Vergütungsvolumen für QZV-Leistungen. Grundlage der Aufteilung sind die Punktzahlanforderungen des Jahres 2008. Wenn also in dem obigen Beispiel in 2008 Leistungen des RLV in einem Umfang von 40 Mio. Punkten und Leistungen der QZV in einem Umfang von 10 Mio. Punkten abgerechnet wurden, stehen somit für das RLV 4 Mio. Euro, für die QZV 1 Mio. Euro zur Verfügung.

Der Beschluss ordnet wie bisher die Neurochirurgen der RLV-Arztgruppe der Chirurgen zu. Ebenfalls können KV und Krankenkassen jedoch vereinbaren, dass für Neurochirurgen eine eigene RLV-Arztgruppe gebildet wird.

Regelleistungsvolumen

Die Berechnung des Regelleistungsvolumens (RLV) bleibt unverändert. Für die RLV-Leistungen wird weiterhin für jede Arztgruppe ein Fallwert in Euro ermittelt. Dieser Fallwert wird mit der RLV-Fallzahl des Arztes im jeweiligen Vorjahresquartal multipliziert.

Auch bei den Zuschlägen zum RLV für Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten bleibt zunächst alles beim Alten. Der Bewertungsausschuss hat jedoch angekündigt, diese Zuschläge zum 1. Januar 2011 anzupassen mit der Zielsetzung, bei der Förderung fach- und schwerpunktübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften neben der Anzahl der vertretenen Arztgruppen und Schwerpunkte insbesondere auch den Kooperationsgrad zu berücksichtigen. Das bedeutet, dass in fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften der Zuschlag zum RLV künftig davon abhängig sein könnte, wie viele Patienten im Laufe des Quartals von mehreren Ärzten der Berufsausübungsgemeinschaft behandelt werden.

Qualitätsgebundene Zusatzvolumen

Kernelement der neuen Honorarverteilungssystematik sind die neuen Qualitätsgebundenen Zusatzvolumen (QZV). Diese sollen Unterschiede im Leistungsspektrum der Praxen besser als bisher abbilden.

Für Neurochirurgen gibt es bis zu 20 QZV (siehe untenstehende Tabelle). Diese QZV beinhalten nicht nur den bisherigen Fallwertzuschlag „Teilradiologie“. QZV gibt es künftig auch für die meisten der bisher freien Leistungen (z.B. unvorhergesehene Inanspruchnahme, Akupunktur) und für Leistungen, die bisher Bestandteil der RLV waren (z.B. Psychosomatik, Schmerztherapie).

Wer hat Anspruch auf ein QZV?

Ein Arzt hat Anspruch auf ein QZV, wenn er im jeweiligen Vorjahresquartal mindestens eine Leistung aus dem Ziffernkatalog des jeweiligen QZV erbracht hat. Für neugelassene Ärzte und aus Sicherheitsgründen können Sonderregelungen getroffen werden.

Wie werden die QZV berechnet?

Auf der Basis der Punktzahlanforderungen des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 für die QZV-Leistungen berechnet die KV zunächst einen für die Vergütung der Leistungen des jeweiligen QZV zur Verfügung stehenden Euro-Betrag.

Beispiel:

Der Honoraranteil der Arztgruppe A für QZV-Leistungen beträgt 1 Mio. €. Wenn die Arztgruppe A für Leistungen des QZV 1 in 2008 5 Mio. Punkte, für Leistungen des QZV 2 3 Mio. Punkte und für Leistungen des QZV 3 2 Mio. Punkte abgerechnet wurden, steht für das QZV 1 ein Honorarvolumen von 0,5 Mio. Euro, für das QZV 2 ein Honorarvolumen von 0,3 Mio. Euro und für das QZV 3 ein Honorarvolumen von 0,2 Mio. Euro zur Verfügung.

Für die Berechnung der QZV sieht der Beschluss so- dann drei Varianten vor:

1. Berechnung je RLV-Fall

Der zur Verfügung stehende Euro-Betrag wird durch die Zahl der RLV-Fälle des Vorjahresquartals derje- nigen Ärzte, die Anspruch auf das QZV haben, ge- teilt. So ergibt sich der QZV-Fallwert. Das Volumen des QZV errechnet sich dann wie bei den bisherigen Fallwertzuschlägen durch Multiplikation des QZV- Fallwertes mit der RLV-Fallzahl.

2. Berechnung je Leistungsfall

Neben den bereits bekannten Begriffen „Arztfall“, „Behandlungsfall“ und „RLV-Fall“ wird jetzt der Be- griff des „Leistungsfall“ neu eingeführt.

Ein Leistungsfall liegt dann vor, wenn im Be- handlungsfall des Vorjahresquartals mindestens *eine* Leistung des Leistungskatalogs des entspre- chenden QZV abgerechnet wurde.

Der für das QZV zur Verfügung stehende Euro- Betrag wird dann durch die Anzahl der Leistungs- fälle des Vorjahresquartals derjenigen Ärzte, die An- spruch auf dieses QZV haben, geteilt. So ergibt sich der QZV-Fallwert.

Das Volumen des QZV errechnet sich bei dieser Variante durch die Multiplikation des QZV-Fallwer- tes mit der Leistungsfallzahl.

3. Berechnung je Arzt

Schließlich sieht der Beschluss vor, dass ein QZV auch je Arzt berechnet werden kann. Die KV stellt zunächst die Anzahl derjenigen Ärzte fest, die An- spruch auf das jeweilige QZV haben. Der für das QZV zur Verfügung stehende Euro-Betrag wird dann durch die Anzahl der berechtigten Ärzte ge- teilt. Dieser Betrag ist dann das für alle berechtigten Ärzte einheitliche QZV.

Die drei Varianten der QZV-Berechnung müs- sen nicht einheitlich auf alle QZV angewendet wer- den. Vielmehr können in Abhängigkeit der jeweili- gen Leistungen und deren Leistungsstruktur unter-

schiedliche Berechnungsweisen festgelegt werden. So kann zum Beispiel eine KV mit den Krankenkas- sen vereinbaren, dass das QZV „Schmerztherapie“ je RLV-Fall berechnet wird (*Variante 1*), das QZV „Teilradiologie“ je Leistungsfall (*Variante 2*) und das QZV „Unvorhergesehene Inanspruchnahme“ je Arzt (*Variante 3*).

Nach den bisherigen Informationen favorisieren die KVen überwiegend die QZV-Berechnung die „Leis- tungsfall-Variante“, so beispielsweise von der KV Niedersachsen bereits angekündigt.

Dies erscheint auch sinnvoll, da damit die unter- schiedliche Intensität der Behandlung bzw. Diag- nostik besser abgebildet wird.

Regionale Spielräume

Der Beschluss eröffnet den KVen eine Vielzahl von Differenzierungsmöglichkeiten. Zum einen kön- nen Zusammenfassungen von QZV gemeinsam mit den Krankenkassen vereinbart werden. Auch Zu- sammenfassungen einzelner QZV mit dem RLV sind möglich. Außerdem können QZV auch für weitere, in der QZV-Tabelle nicht enthaltene Leistungen ver- einbart werden.

Zu guter Letzt kann auch eine Differenzierung der QZV in Gruppen von Ärzten mit unterschied- lich hohem Leistungsbedarf vorgenommen werden. Eine solche Differenzierung, wie sie die KV Nieder- sachsen bis Ende 2008 schon praktiziert hatte, ist auch bei den RLV-Fallwerten möglich.

Verrechnungsmöglichkeiten

Die neue Vergütungssystematik folgt dem Prinzip „kommunizierender Röhren“: Im Gegensatz zur bis- herigen Regelung sind nämlich alle QZV unterein- ander sowie auch mit Über- bzw. Unterschreitungen des RLV verrechnungsfähig.

Jeder Arzt erhält nach dem Beschluss ein Gesamt- budget, das sich aus der Addition seines RLV und sei-

ner QZV ergibt. So können beispielsweise Unterschreitungen beim QZV „Schmerztherapie“ mit Überschreitungen beim QZV „Radiologie“ bzw. des RLV verrechnet werden. Mit welchen Leistungen der Arzt sein Budget füllt, spielt also keine Rolle.

Praxisbesonderheiten

Da bei dem für alle Ärzte einer RLV-Arztgruppe einheitlichen und am Durchschnitt orientierten RLV Praxisbesonderheiten nicht ausreichend abgebildet waren, haben einige Neurochirurgen einen Zuschlag zum RLV erhalten.

Durch die neuen QZV werden Unterschiede im Vergleich zur Arztgruppe jetzt wesentlich besser berücksichtigt. Es ist daher zu erwarten, dass die bisher von den KVen gewährten Zuschläge zum RLV wegen Praxisbesonderheiten überprüft, ggf. neu festgesetzt oder sogar aufgehoben werden.

Konvergenzregelung

Der Bewertungsausschuss hat die sog. Konvergenzregelung bis Ende 2011 verlängert. Bis dahin können die KVen mit den Krankenkassen von dieser Honorarverteilungssystematik abweichende Regelungen vereinbaren. Der Beschluss gibt vor, dass eine Anpassung an den Beschluss bis Ende 2011 in „quartalsweise erfolgenden Schritten“ umgesetzt werden muss.

Es ist deshalb damit zu rechnen, dass längst nicht alle KVen die oben skizzierten Regelungen vollständig mit Beginn des Quartals 3/2010 umsetzen werden. Wegen der Komplexität der Berechnungen und der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit (*die RLV-Bescheide müssen vier Wochen vor Quartalsbeginn verschickt werden*) wird es sicherlich in einigen KVen Übergangsregelungen geben.

Fazit aus neurochirurgischer Sicht

Die Bildung von Honorarkontingenten für bestimmte Leistungsbereiche sowie die Einführung von QZV

für die übrigen bisher freien Leistungen soll zu einer Stabilisierung der RLV-Fallwerte führen.

Neurochirurgen haben ebenso wie Chirurgen bisher vergleichsweise wenige freie Leistungen abgerechnet, aber die freien Leistungen anderer Arztgruppen anteilig mitfinanziert. Künftig werden diese Leistungen jedoch innerhalb des jeweiligen Honorarkontingentes der Fachgruppe vergütet. Es ist deshalb zu hoffen, dass die Neurochirurgen von dieser Neuregelung durch eine Anhebung ihrer RLV profitieren werden.

Positiv zu beurteilen ist auch die Verrechnungsmöglichkeit aller Budgets untereinander.

Insgesamt steht für die Vergütung der Leistungen innerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aber nicht mehr Geld zur Verfügung. Nochmalige Umverteilungen innerhalb des fachärztlichen Versorgungsbereichs und innerhalb der einzelnen Arztgruppen sind die Folge. Zusammensetzung des KV-Honorars für Neurochirurgen:

	Begrenzung	Maßnahmen bei Überschreitung
Freie Leistungen außerhalb Morbi-GV	ohne	–
Laborkosten und Laborleistungen	Honorarkontingent	ggf. quotierte Vergütung
Organisierter Notfalldienst	Honorarkontingent	ggf. quotierte Vergütung
Kostenpauschalen Kap. 40	Honorarkontingent	ggf. quotierte Vergütung
RLV QZV 1 – QZV n	Addition zu einem Gesamtbudget	abgestaffelte Vergütung

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Akupunktur	30790, 30791
Behandlung des diabetischen Fußes	02311
Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
Dringende Besuche	01411, 01412, 01415

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Chirotherapie	30200, 30201
Gastroenterologie I	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412
Gastroenterologie II	13420, 13662, 13663, 13664, 13670
Labor- Grundpauschale	12225
Phlebologie	30500, 30501
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Proktologie	30600, 30601
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611
Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

EBM-Änderungen

Erörterungsleistungen sind für Nervenärzte, Neurologen und Psychiater, aber auch Neurochirurgen von erheblich größerer Bedeutung als für die meis-

ten anderen Facharztgruppen. Der Bewertungsausschuss hat daher mit Wirkung ab 1. Juli 2010 die neurologischen Gesprächsleistungen aus den Grundpauschalen ausgegliedert und unter der EBM-Nr. 16220 wieder neu in EBM aufgenommen.

Nr. 16220

Neurologisches Gespräch, neurologische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung

Obligater Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 10 Minuten,
- Als Einzelbehandlung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erhebung neuropsychologischer/verhaltensneurologische Befunde, Vertiefte Exploration und differentialdiagnostische Einordnung, Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Anleitung von Bezugspersonen,

je vollendete 10 Minuten

255 Punkte bzw. 8,94 €

Die Leistungsbeschreibung der Grundpauschalen nach den Nrn. 16210, 16211 und 16212 wurde zur Klarstellung dahingehend ergänzt, dass Beratungen und Behandlungen bis zu 10 Minuten Dauer Bestandteil der Grundpauschalen sind.

Die Nr. 16220 kann nur für Beratungen/Behandlungen berechnet werden, die länger als 10 Min. dauern, dann aber je vollendete 10 Min. Wird die Nr. 16220 neben der Grundpauschale abgerechnet, muss die Arzt-Patienten-Kontaktzeit mindestens 20 Min. gedauert haben.

Zusätzlich wurde mit der EBM-Nr. 16222 ein Zuschlag für die Beratung und Erhebung der Fremdanamnese bei Patienten mit schweren neuropsychiatrischen Erkrankungen geschaffen.

Im Gegensatz zur Nr. 16220, die nicht an das Vorliegen bestimmter Erkrankungen gebunden ist, kann der Zuschlag nach Nr. 16222 nur bei bestimmten Erkrankungen einmal im Quartal zusätzlich berechnet werden. Voraussetzung für die Berechnung des Zu-

schlags Nr. 16222 ist also die Angabe einer entsprechenden ICD-10-Verschlüsselung.

Nr. 16222

Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 16220 bei Patienten mit schweren neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Störungen auf Basis der in der Anmerkung genannten Erkrankungen

Fakultativer Leistungsinhalt

Erhebung einer/von Fremdanamnese(n)

1 x im Behandlungsfall **320 Punkte bzw. 11,22 €**

Da die neu geschaffenen Gesprächsleistungen bisher Bestandteil der Grundpauschalen sind, werden im Gegenzug zum 1. Juli 2010 die Bewertungen der neurochirurgischen Grundpauschalen abgesenkt:

EBM-Nr.	Punkte alt	Punkte neu
16210	905	680
16211	900	645
16212	895	650

Die Gebührenordnungsposition 16222 ist zusätzlich nur berechnungsfähig bei Patienten mit schweren Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit und/oder der kognitiven Fähigkeiten und mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen:

A81 Atypische Virus-Infektionen des Zentralnervensystems (z. B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit),
 C71. bis C72. Bösartige Neubildungen des Gehirns und des Rückenmarks,
 F00. bis F03. Demenz,
 F06.9 Hirnorganisches Syndrom,
 F07. Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung,
 F70. bis F79. Intelligenzstörung,
 G09. Folgen einer Enzephalomyelitis,
 G10. bis G13. Systematrophien,
 G20. Morbus Parkinson,
 G35. Multiple Sklerose,
 G40. Epilepsie,
 G61. Guillain-Barree-Syndrom und chron. inflammatorisch demyelisierende Polyneuritis,
 G70. und G71. Myasthenia gravis, Muskeldystrophien und Myopathien,
 G80. bis G82. Hemi-/Paraparese, Hemi-/Paraplegie,
 G83. Diplegie/Monoplegie,
 G91. Hydrocephalus,
 G95.0 bis G95.2 Sonstige Erkrankungen des Rückenmarks,
 I60. bis I69. Hirnblutungen und Hirninfarkte,
 M33. Polymyositis,
 R47. Aphasie.

Einführung

Seit Juni 1999 besteht in der Bundesrepublik Deutschland nach einer Konferenz der Ländergesundheitsminister eine Empfehlung zur Etablierung einer einheitlichen Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen. Zunächst wurde für zugelassene Krankenhäuser, stationäre Vorsorgeeinrichtungen und stationäre Rehabilitationseinrichtungen ein Qualitätsmanagement eingefordert. Dieses Gesetz wurde am 1.1.2000 in Kraft gesetzt. Seit 2009 besteht auch eine Verbindlichkeit zur Etablierung eines Qualitätsmanagements in ambulanten Einrichtungen nach dem Vertragsarztrecht.

Ziel der Qualitätspolitik ist es, medizinische Leistungen systematisch zu verbessern und vorhandene Ressourcen im Gesundheitssystem besser nutzen zu können. Die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems bedeutet zunächst nur die Implementierung eines prozessorientierten Leitungssystems. Die Qualitätsunternehmenspolitik sollte durch das Qualitätsmanagement-System systematisch nachvollziehbar geregelt sein.

In den letzten Jahren ist die Entwicklung von Leitlinien in der Behandlung von Krankheiten durch die AWMF (Arbeitsgesellschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.) deutlich fortentwickelt worden. Die Leitlinien sollen eine Sicherheit der Behandlung nach außen dokumentieren und beruhen auf Evidenz und konsensbasierter Systematik.

Was sind Qualitätsindikatoren?

Nach der Einführung von Qualitätsmanagementsystemen hat sich in den großen Industrienationen der Wunsch etabliert, Instrumente zu entwickeln, um Qualitätsmessung und Transparenz darzustellen. Eine wichtige Rolle hierzu sind Indikatoren zur Abbildung der Versorgungsqualität.

Harte Indikatoren

- Fallzahl
- Komplikation
- Qualitätsmanagement
- QM-Konferenzen
- QM-Zirkel

Hierbei stoßen wir bei der Entwicklung vom Qualitätsindikator naturgemäß auf sehr große Schwierigkeiten, da Qualität nicht einfach zu definieren ist.

Grundsätzlich kann man harte und weiche Indikatoren zunächst unterscheiden:

Harte Indikatoren wären z. B. die dokumentierte Ausbildung von Ärzten, Schwestern und Personal, Publikationen in wissenschaftlichen Organen, medizintechnische Ausrüstung und Einrichtung. Weitere harte Indikatoren sind durch Leistungen im jeweiligen Betrieb gekennzeichnet, wobei die Fallzahl pro Jahr einen Indikator darstellen kann. Hierbei spielt auch die Wartezeit der Patientin in der Versorgungsqualität eine Rolle. Sichtbare harte Indikatoren sind Publikationen von Komplikationen und Outcome. Beim Outcome wäre als harter Indikator z. B. bei Patienten der Ausfall in der Arbeitsunfähigkeit nach operativen Eingriffen zu nennen. Die Durchführung von Qualitätsmanagement, QM-Konferenzen und QM-Zirkel sind dabei auch selbstverständlich harte Indikatoren.

Die Durchführung eines QM-Managementsystems beinhaltet, dass Statistiken im medizinischen Betrieb über Freundlichkeit, Service, Zufriedenheit der Patienten, Zufriedenheit der Zuweiser und Zufriedenheit des Personals erstellt werden.

Eine externe Validierung von Prozessqualitäten z. B. die externe Validierung von Bandscheibenoperationen durch ANF (Arbeitsgemeinschaft neurochirurgischer Fachpraxen) beinhaltet die Indikationsstellung, Dokumentation von Indikation und OP-Berichten sowie zeitnahe Arztberichte.

Weiche Indikatoren

- Ruf vor Ort, überregional
- Rating Krankenkassen
- Rating Kollegen, Neurochirurgen
- Rating Ärzte
- Presse

Weiche Indikatoren wären der allgemeine Ruf der Einrichtung vor Ort oder überregional ein Rating in bestimmten Publikationen z. B. erstellt durch Krankenkassen, ein Rating unter Kollegen, hier Neurochirurgen und ein Rating in Presseorganen.

Die Auflistung der harten und weichen Indikatoren zeigt schon bei kurzer Inspektion, wie schwierig es sein wird, hieraus verlässliche Parameter zu generieren. Wie können also in Zukunft Qualitätsindikatoren entwickelt werden?

Das Aqua Institut wurde vom gemeinsamen Bundesausschuss 2009 mit der Entwicklung von Qualitätsindikatoren beauftragt. Hierbei wurde als Ziel ausgegeben, Qualität greifbar, zugänglich und steuerbar zu machen. Als indikationsbezogene Module wurden zunächst festgelegt: Asthma, Diabetes, Diabetes Typ II, Bluthochdruck, Alkoholmissbrauch, Depression, koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz und Rückenschmerz. Der Rückenschmerz betrifft naturgemäß ein sehr wichtiges Patientengut in der neurochirurgischen Versorgung. Während für Diabetes und Bluthochdruck schon erste Qualitätsindikatoren erarbeitet sind, sind diese für Rückenschmerz noch nicht implementiert. Als Methode zur Generierung von Qualitätsindikatoren hat das Aqua Institut eine Diskussion in Expertenkreisen vorgesehen. Die Generierung der Experten ist noch nicht abgeschlossen. Die resultierenden Indikatoren sind natürlich stark durch die Einschätzung der Experten bedingt, die sie erstellt haben, und könnten bei nicht beteiligten Nutzern nur geringe Akzeptanz haben.

Ein weiterer Ansatz, Indikatoren zu generieren, sind bereits veröffentlichte randomisiert kontrollierte Studien mit Evidenz. Dieser Ansatz hat den Vorteil einer wissenschaftlich akzeptablen Vorgehensweise.

Das Problem ist aber, dass diese Studien z. B. für den Rückenschmerz nicht oder nur rudimentär existieren.

Die schon erstellten Leitlinien im Falle einer Bandscheibenerkrankung und Rückenschmerz können einige Indikatoren schon schemenhaft erkennen lassen.

Bei der Implementierung von Indikatoren wurden politisch neben Fachexperten auch jeweils Patientenvertreter bzw. Patientenorganisationen vorgesehen. Die Indikatoren sollen dabei zu 70% medizinisch, 20% organisatorisch und 10% Patienten orientiert sein.

Konzept der Indikatoren

- Strukturqualität
- Prozessqualität
- Erlebnisqualität
- Gerechtigkeit
- Effizienz

In den USA existieren schon Qualitätsindikatoren, die vorwiegend zum externen Vergleich herangezogen werden. Hierbei werden die Indikatoren auch für die Honorierung (pay for performance) herangezogen. Auch sind Indikatoren für das Vertragsmanagement, Zertifizierung, Überwachung gesetzlicher Vorschriften und Public Reporting existent.

Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren beinhaltet einen hohen statistischen Aufwand, so können als Basis der Indikatoren z. B. Routinedaten der Versorgung herangezogen werden, die z. B. auf Infektionen, Rezidivkrankungen und Arbeitsunfähigkeitszeit herangezogen werden. Weiterhin können extern Patientenbefragungen und Befragungen von Leistungserbringern erfolgen.

Qualitätsindikatoren sind messbare spezifische Elemente der Versorgung, die zur Bewertung der Qualität verwendet werden können. Naturgemäß sind Indikatoren, die in Zahlen abgebildet werden können (Infektionsrate oder Rezidiv oder Komplikationen), am leichtesten darstellbar.

Basis der Indikatoren

Bestehend aus

- Routinedaten z. B. *Infektion, Rezidiv, AU-Zeit*
- Patientenbefragung
- Befragung von Leistungserbringern

Stärken und Schwächen von Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren können Grundlage der Voraussetzung für Steuerungsprozess und Entscheidungsfindung sein. Sie ermöglichen einen Vergleich zwischen Leistungsanbietern im zeitlichen Verlauf oder gegenüber einem gewählten Goldstandard (Benchmarking).

Durch die Generierung von Qualitätsindikatoren können naturgemäß fragmentierte und einseitige Betrachtungen der Medizin begünstigt werden oder nur leicht messbare Aspekte der Versorgung einbezogen werden und somit wichtige Aspekte außer Acht gelassen werden.

Weitere Schwächen in der Generierung von Qualitätsindikatoren nach Marschall 2002 können sein, dass scheinbare Versorgungsunterschiede mit zufälligen Schwankungen oder willkürlichen Fallverteilungen (Case-Mix) zusammenhängen, sodass sie keine wirklichen Unterschiede in der Qualität der Versorgung aufzeigen (Interpretationsspielraum).

Jede Änderung des Vergütungssystems durch Qualitätsindikatoren beinhaltet natürlich eine weitere Zunahme des statistischen und dokumentatorischen Aufwandes, sodass sich die Frage nach der Effizienz und der ökonomischen Rechtfertigung stellt. Qualitätsindikatoren können somit Schuldzuweisungen fördern und dadurch die Motivation in den medizinischen Berufen noch weiter senken.

Die Stärken der Qualitätsindikatoren sind natürlich, durch eine gesteigerte Transparenz, die im Idealfall Vertrauen schaffen und Umstrukturierungen

von Abläufen fördern. Die medizinischen Ressourcen sind allgemein begrenzt durch die finanziellen Bedingungen des Gesundheitssystems in der jeweiligen Gesellschaft. Im Idealfall sollen dabei Qualitätsindikatoren die Grundlage für Voraussetzungen der Steuerungsprozesse und Entscheidungsfindungen sein. Diese Qualitätsindikatoren können jedoch auch zur Reduzierung der Leistungsanbieter führen, somit zu Kosteneinsparungen auf der einen Seite, aber zur Ausdünnung der Versorgung der Fläche beitragen, was durchaus politisch gewollt sein kann.

Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren stellt in jedem Fall eine neue Aufgabe in der Steuerung des allgemeinen Gesundheitswesens dar. Die Politik wartet auf diese neuen Stellschrauben zur Verwaltung des zu erwartenden Mangels an Geldmitteln. Eine Mitarbeit neurochirurgischer Institutionen und Fachexperten in der Entwicklung von Indikatoren des Rückenschmerzes ist absolut wichtig.

Literatur:

1. **Poimann H, Siemons P, Conzen M**, Qualitätsmanagement, Handbuch nach DIN ISO 9001:2000 für die Neurochirurgische Praxis und Ambulanz. Huttenscher Verlag 507, Würzburg, 2001.
2. **Schneider A, Broge B, Szecsenyi J**, Müssen wir messen, um (noch) besser werden zu können? Die Bedeutung von Qualitätsindikatoren in strukturierten Behandlungsprogrammen und Qualitätsmanagement. *Z. Allg. Med.* 2003;79:547-552. Hippokrates Verlag, Stuttgart.
3. *Quality indicators for general practice.* London: Royal Society of Medicine Press Ltd., 2002.
4. **AQUA-Institut und Mitautoren**. Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze. www.aqua-institut.de. 2002.
5. **Gribben B, Coster G, Pringle M, Simon J**, Quality of care indicators for population-based primary care in New Zealand. *N Z Med J* 2002; 115 (1151): 163-166.
6. **Roski J, Gregory R**. Performance measurement for ambulatory care: moving towards a new agenda. *Int J Qual Health Care* 2001; 13(6):447-453
7. **Sheldon T**. Promoting health care quality: what role performance indicators? *Qual Health Care* 1998; 7 Suppl: S45-S50
8. **Marshall M, Campbell SM**. Introduction to quality assessment in general practice. In: Marshall M, Campbell SM, Hacker J, Roland MO, editors. *Quality indicators for general practice.* London; Royal Society of Medicine Press Ltd., 2002

Varianten sektorenübergreifender Versorgung

Die sektorale Versorgung hatte sich im letzten Jahrhundert starke Grenzen und Hemmnisse aufgebaut. Ambulant, stationär und Rehabilitation haben sich zu eigenständigen Versorgungsformen mit eigenen Strukturen und Vergütungsstrukturen etabliert und kämpfen gegenseitig um Anteile der zur Verfügung stehenden Mittel. Entsprechende Vertreter von Partikularinteressen sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung oder auch die Rentenversicherung mit eigenen Rehabilitationshäusern. Regelungen erfolgen von Gesetzesseite aus über SGB V und SGB X, die bislang Voraussetzungen bilden, um Versorgungs- und Vergütungsstrukturen als Rahmenbedingung dienen oder konkrete Vorgaben stellen.

Sektorenübergreifend löst in der Regel sofort die Assoziation ambulant-stationär aus, was jedoch nur eine Variante von vielen Möglichen darstellt. Derselben wäre auch die Variante stationär-ambulant denkbar oder ambulant-stationär-ambulant oder stationär-Reha-ambulant und so fort. Moderne Konzepte, wie ich dies anderweitig ausgeführt habe, (Poimann, 2010) bilden jedoch eine Versorgungsstruktur, die die gesamte Behandlungskette so darstellen kann, dass ein Gesamtnutzen für die Beteiligten zum Tragen kommt. Porter/Tiesberg (2008) haben in ihrem Buch ganz klar dargelegt, dass es in Zukunft darum geht, einen Wettbewerb zu schaffen, der auf Ergebnissen basiert und bei dem es ausschließlich um Nutzen geht.

Nutzen für die Patienten. Wenn wir uns unter diesen Berücksichtigungen eine echte sektorenübergreifende Versorgung betrachten und dies im Sinne einer gesamten Behandlungskette, dann hätten wir noch einen extrem wichtigen Versorgungsfaktor zu berücksichtigen, nämlich über 80% der medizinischen Versorgung findet familiär statt ohne Fachpersonal, d.h. Eltern, Kinder, Mütter, Partner, etc. sorgen für medizinische Behandlung, bevor

Fachpersonal und Spezialisten bzw. Professionelle aus dem Medizinbereich zurate gezogen werden.

Damit stellt sich die sektorenübergreifende umfassende Behandlungskette folgendermaßen dar: familiär, ambulant, stationär, Reha, ambulant, familiär. Das heißt, wir haben 6 verschiedene Phasen mit 4 Teilkomponenten, die in Überlegungen berücksichtigt werden sollten. Wenn wir Neurochirurgen uns mittelfristig entsprechend aufstellen wollen und nicht wieder nur kurz auf politische Änderungen, möglicherweise mit Schnellschüssen reaktiv überreagieren, sollten wir dies in unseren Überlegungen einbeziehen.

Die Frage wäre: Was können wir als die Gruppe der Neurochirurgen, die den höchsten Klientenkontakt bzw. Patienten- oder Kundenkontakt aufweist, wenn wir das mit den in der Klinik tätigen Neurochirurgen leisten? Wenn wir davon ausgehen, dass jeder von den ambulanten tätigen Neurochirurgen 2000 GKV Patienten und 200 Privatpatienten pro Jahr sieht und man noch dazu berücksichtigt, dass wir in Vorträgen Aufklärungsarbeit leisten und mehrere Patientenkontakte pro Fall aufweisen, kommen wir auf einen Kontakt zu Bevölkerung von ca. 4-5 Mio. Patientenkontakte pro Jahr, in denen wir unser Konzept einer soliden neurochirurgischen Versorgung darstellen können und in denen wir auf sektorenübergreifende Versorgung einwirken und gestalterisch wirken können.

Neurochirurgische Module – mit welchen Leistungen können wir somit aufwarten?

Im ambulanten Bereich haben wir das neurochirurgische Leistungsspektrum der neurologischen Untersuchung, Diagnostik, Behandlung und Beratung, schmerztherapeutisch, rehabilitativ, präventiv, operativ, onkologisch, palliativ, psychosomatisch. Ich möchte in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, dass es sich hier um genuine ärztliche neuro-

chirurgische Leistungen handelt und nicht die Besetzung merkantiler Randbereiche, die möglicherweise Umsatz generieren, aber mit dem eigentlichen neurochirurgischen Tätigkeitsfeld nichts zu tun haben. Ähnlich verhält es sich mit den stationären Leistungspaketen, nämlich operativ, konservativ, schmerztherapeutisch, funktionelle Behandlungen, Rehabilitation, Onkologie, Psychosomatik.

Auf diesen Feldern sind wir natürlich nicht allein. Sowohl im diagnostischen, als auch im therapeutischen Feld haben wir Disziplinen, die entweder identische Leistungsangebote oder mit uns konkurrierende Leistungsangebote aufweisen können, z. B. Neurologen, Orthopäden, Rehamediziner, Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychiater, Radiologen.

Diesen Wettbewerb merken wir als Neurochirurgen sowohl im ambulanten Bereich als auch im stationären Bereich. Nur daraus lässt sich auch der im letzten Jahr Klärungsbedarf fordernde Streit innerhalb der Neurochirurgie um die Erbringung stationärer neurochirurgischer, sprich genuiner neurochirurgischer Leistungen erklären. Inwieweit wir uns in Konkurrenzkämpfe/Wettbewerb einlassen oder inwieweit wir in der Lage sind, kooperativ und koordinierend die anderen Teilnehmer am Markt zu integrieren, ist letztlich eine Frage der regional örtlichen Gegebenheiten, der strukturellen Ausstattung des einzelnen Neurochirurgen und der personellen Ressourcen, was sowohl Quantität, als auch Qualität angeht. Auch hier müssen wir uns über die Qualifikation Gedanken machen und die Akademie fordern, damit dort nicht nur klinisch-spezifische Fragestellungen abgearbeitet werden, die von akademischem Interesse sind oder für die wissenschaftliche Gesellschaft, sondern dass dort auch Angebote für die Weiterqualifizierung von unserem Personal und uns selbst stattfinden, insbesondere was Bereiche wie Service, Verwaltungs- und Managementtechniken angehen. Desgleichen benötigen wir Qualitäten, die Verhandlungsgeschick fördern, Personalführung und wirtschaftliche Fragestellungen. Durch unsere Angebote der Vorträge und Seminare wer-

den vom Berufsverband die ersten Schritte unternommen, z. B. 2010 Vorträge über Mietrecht, Versicherungsrecht und die Tagung in Worms. Doch dürfen wir bei diesen punktuellen, mehr anekdotischen Überlegungen nicht stehen bleiben, sondern müssen uns strategisch anders aufstellen.

Vergütungsformen

Insgesamt gibt es im Moment 8 legale Formen der Vergütung für neurochirurgische Leistungen, wenn man bestimmte Mischformen wie BG oder Sozialamt oder anderweitige finanzierte Versorgung nicht berücksichtigt.

Private Tätigkeit: Als Freiberufler können wir über unsere festgelegte Gebührenordnung (GOÄ) neurochirurgische Leistungen anbieten und entsprechend nach der Gebührenordnung vergütet bekommen. Dies ist sowohl ambulant, als auch stationär einsetzbar. Vorteil der privatärztlichen Tätigkeit ist eine Vergütungsstruktur, die flexibel handhabbar ist und in der Regel einen höheren Wert erzielt, als in der gesetzlich versicherten Szene. Man ist frei in der Wahl der Behandlung. Es gibt die Möglichkeit, auch in der Gebührenordnung nicht definierte Leistungen mit Analogziffern vergütet zu bekommen. Nachteile der privatärztlichen Versorgung: es handelt sich um einen begrenzten Markt. Es gibt ein höheres Anspruchsverhalten der Patienten, z. T. ein unberechtigtes Anspruchsverhalten. Privatversicherungen bedeuten manchmal einen erhöhten Verwaltungsaufwand und Schriftverkehr.

GKV: Durch die Unterschrift unter den Vertrag mit der GKV als sog. Vertragsarzt nehmen wir am Sicherstellungsauftrag der KV teil und stehen für die Versorgung der gesetzlich versicherten Patienten zuständig. Wir sind berechtigt, alle gesetzlich Versicherten ohne zusätzliches Genehmigungsverfahren zu behandeln. Vorteile dieses Verfahrens sind ein gesichertes Patientenaufkommen und Teilnahme an einem staatlich zur Verfügung gestellten Rahmen-

vertrag mit Budgets. Nachteile sind eingeschränkte therapeutische Freiheiten, begrenzte Budgets und eine Vergütung für definierte Leistungen.

Vergütungen durch BG oder Sozialamt sind eine Zwischenform zwischen GKV und Privatversorgung, z.T. über GOÄ vergütet, z.T. über EBM. Es wird in diesem Fall jetzt nicht weiter darauf eingegangen, weil diese beiden Formen der Versorgung in der Regel nicht durch den Behandler steuerbar sind, sondern sich eher aus speziellen Situationen der Patienten ergeben und in der Regel keine Zielgruppe für neurochirurgische Behandlung darstellen, wenn man von der ambulanten und stationären Rehabilitation absieht. In diesem Fall wären die Kostenträger BG von Interesse. Im stationären Bereich spielt natürlich die Versorgung von Unfallopfern eine Rolle.

Individuelle Gesundheitsleistungen (IgeL): Diese Möglichkeit, außerhalb des EBM Zusatzleistungen definiert anzubieten, ist eine legale Möglichkeit, bei Kassenpatienten unabhängig von der GKV-Behandlung Zusatzerlöse zu erzielen. Diese definierten Leistungen sind jedoch nicht Bestandteil einer GKV-Leistung, sondern sind unabhängig davon auszuweisen. Zuzahlungen zu GKV-Leistungen sind nicht erlaubt! Vorteile des IgeL-Systems: individuell für den Arzt und für den Patienten entwickelbare Komponenten, Zusatzeinkommen, Auslastung von Praxiskapazität, etc. Nachteile: Sprechzimmer wird zum Marktplatz mit möglicherweise ungünstigem Image beim Patienten, zusätzlicher Schulungsbedarf für Mitarbeiter, ggf. Umsatzsteuerpflicht.

Belegarzt: Die ca. 6000–7000 deutschen Belegärzte können ihre eigenen Patienten direkt in eine Klinik, mit der ein Belegarztvertrag besteht, einweisen und dort selbst behandeln. Die Vergütung erfolgt nach Maßgabe EBM und einem entsprechenden Katalog. Vorteil: ambulante und stationäre Behandlung aus einer Hand. Relativ gesichertes Patientenaufkommen. Nutzung stationärer Strukturen ohne eigene Investitionen. Nachteile: definiertes Behandlungsspektrum über den EBM, floatende Vergütung, ggf. budgetierte Vergütung.

Konsiliarisch: Konsiliarische Tätigkeit ist sowohl ambulant, als auch stationär denkbar. Konsiliarische Tätigkeit zeichnet sich dadurch aus, dass sie außerhalb des GKV-Vertrages stattfindet und auch außerhalb der GKV vergütet wird. Vorteile: frei verhandelbare Vergütung, Zugang zu Tätigkeitsfeldern, die möglicherweise vorher nicht offen standen. Nachteile: klare Regularien, direkte Verhandlungen, ggf. keine Garantien für Laufzeiten.

Angestelltenstatus: es ist jetzt möglich, mehrere Vertragsformen nebeneinander zu haben. So kann man sowohl in der GKV als Vertragsarzt voll tätig sein oder nur zum Teil, als auch gleichzeitig (von der KV erlaubter Umfang der Nebentätigkeit) bis zu 13,5 Stunden in anderer Form angestellt als Arzt tätig werden, z. B. als sogenannter Honorararzt. Vorteile dieser Form sind ebenfalls Erschließung neuer Tätigkeitsfelder, wenig angreifbarer Status. Nachteile: ggf. sehr geringe Vergütung, eingeschränkter Behandlungsspielraum über den Anstellungsvertrag mit fixen Stundenzahlen, etc.

§ 140 e SGB V IV-Verträge: Es besteht die Möglichkeit, mit Leistungsträgern IV-Verträge zu gestalten, in denen sektorenübergreifend neue Versorgungsformen dargestellt und durchgeführt werden können. Es gibt einige von uns, die mit diesen IV-Verträgen arbeiten. In den Befragungen ist jedoch klar, dass dies nur einen kleinen Prozentsatz unserer Gesamtvergütung ausmacht. Zum Teil liegt dies daran, dass die Krankenkassen ihre Möglichkeiten nicht ausschöpfen bzw. nicht ausschöpfen wollen. Vorteile dieser IV-Verträge: extra budgetäres Geld, in der Regel gut vergütet, es gibt einen raschen vorhersagbaren Geldfluss mit stabiler Vergütung. Nachteile: In der Regel begrenzt, vom Abschluss her werden Strukturmaßnahmen gefordert, die Investitionen bedeuten, es erfordert für die bisherige Praxisstruktur eine gewisse Bürokratie, die zusätzlich zur Arbeit eine Rolle spielt.

§ 73 c Gruppenverträge für die flächendeckende Versorgung von Patientenkollektiven: Vorteile: Man erhält eine Geldsumme, die jetzt unabhängig von anderen Verteilungs- und Vergütungsformen

für eine bestimmte Arztgruppe und die Versorgung der Patienten in einer Region zur Verfügung steht, die eigenen Leistungsschwerpunkte können in den Vordergrund gebracht und entsprechend verhandelt werden. Nachteile: Die Flächendeckung kann möglicherweise durch Unter- oder Überversorgung, d. h. zu viel oder zu wenig der entsprechenden Arztgruppen in der Region, Schwierigkeiten bereiten. Es erfordert bürokratischen Aufwand, Verwaltungsaufwand und möglicherweise auch interne Auseinandersetzungen und Konflikte in der Berufsgruppe.

Leistungsindikatoren

Die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat im Dezember 2001 ein Konsenspapier erstellt, zur Beurteilung klinischer Messgrößen des Qualitätsmanagements und für Qualitätskriterien und Indikatoren in der Gesundheitsversorgung, darin definieren sie Qualitätsindikatoren als Maße, deren Ausprägung eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen der Versorgung ermöglichen, und bezeichnen sie als Hilfsgrößen, die die Qualität einer Einheit durch Zahlen, bzw. Zahlenverhältnisse indirekt abbilden. Man könnte sie auch als qualitätsbezogene Kennzahlen bezeichnen.

Wenn man die Differenzierung der Qualität nach Donabedian in Struktur, Prozess und Ergebnisqualität aufnimmt, so kann man sich Indikatoren zu jedem dieser drei Qualitätsbereiche vorstellen, z. B. Strukturindikatoren, die Aussagen über die Strukturqualität im Vergleich zu anderen Organisationen ermöglichen oder als Darstellung der Entwicklung innerhalb einer Organisation dienen können. Prozessindikatoren sind Möglichkeiten, die Qualität der Arbeitsläufe in Zahlen fassen, z. B. als Durchlaufzeit, Fallzahlen, Wartezeit, etc. oder Anzahl der Fehler, der Beschwerden, der Belobigungen. Ergebnisin-

dikatoren messen objektiv nachweisbaren Output, z. B. Heilungsquoten, z. B. Infektionsquoten, z. B. auch subjektive Schätzparameter, wie z. B. Zufriedenheit, Schmerzfreiheit, etc.

Üblicherweise werden Anforderungen an die Formulierung von Qualitätsindikatoren gestellt, z. B. die berühmte RUMBA-Regel, d. h. Indikatoren sollten *relevant* sein, sie messen und überprüfen das, was man plant zum Messen oder was sie vorgeben zu messen – sie sollen *understandable*, d. h. verständlich sein für die Personen, die beteiligt sind; sie sollten *measurable* sein, d. h. messbar oder erfassbar und das mit einem Aufwand, den man vertreten kann. Sie sollten *behavioral oriented* sein d. h. man muss in der Lage sein, diese Indikatoren durch das eigene Verhalten der dafür verantwortlichen Personen beeinflussen zu können oder verändern zu können und letztlich *achievable*, d. h. die Zielwerte, die man einsetzt, müssen auch mit eigenen Mitteln erreichbar sein.

Qualitätsindikatoren dienen somit als Bewertungsinstrument, als Bewertungsparameter, als Bewertungskennzahl und Bewertungs-Soll oder Richtwert, d. h. womit bewerte ich das Ganze. Der Bewertungsparameter gibt z. B. in der Strukturqualität, Patientenzufriedenheitsindex an, Zahl der Beschwerden, Fehlerhäufigkeit, Wartezeiten. In der Prozessqualität auch Anzahl der Fehlzeiten von Mitarbeitern, Unfallzahlen, etc. Die Ergebnisqualitäten könnten z. B. Erreichen von Therapiezielen sein, Wiederaufnahme der Arbeit, Grad der Schmerzfreiheit. Die entsprechenden Kennzahlen ergeben sich dann aus den entsprechenden festgelegten Messgrößen. Die Ziel- oder Richtwerte sind entsprechende Parameter, die eine Vorgabe geben, die erreicht werden soll oder in dessen Bereich die Kennzahl sich bewegen soll. Ausführliches zu Indikatoren, insbesondere für die Neurochirurgie finden sie im Artikel von Dr. med. Dr. PH Michael A. Conzen in diesem Heft. Für uns Neurochirurgen wird es wichtig sein, dass wir die Indikatoren, die für uns bedeutsam sind, selbst mitentwickeln und uns da engagie-

ren, und vor allem rechtzeitig Vorarbeiten leisten, damit die politischen Vorgaben oder Kostenträgervorgaben uns nicht in eine Position bringen, Dinge tun zu müssen, die aus fachlicher Sicht möglicherweise nicht sehr sinnvoll erscheinen.

Was ist zu tun?

Wir sollten uns darüber klar werden, ob wir in den Wettbewerb einsteigen wollen oder kooperativ oder koordinativ die Mitbewerber nutzen. Das wird im Wesentlichen von regionalen und örtlichen Situationen abhängen, insbesondere auch von den jeweiligen zur Verfügung stehenden Ressourcen. Insbesondere hier müssen wir als ambulant Tätige darauf hinweisen, dass die neurochirurgischen Institutionen, wie z. B. die Akademie, viel mehr für unsere Bedürfnisse, d. h. den ambulanten Tätigkeiten in der Neurochirurgie Leistungsangebote entwickeln und umsetzen, z. B. für den Bedarf an Know-how für uns selbst und unser Personal, insbesondere in Fragen der Servicequalität, Verwaltungstechniken, Führungs- und Verhandlungstechniken, Abrechnungsfragen, etc. Erste Schritte wurden vom Berufsverband

durch die Vortragsthematiken dieses Jahr in Hannover und Worms vorangetrieben. Diese jedoch eher anekdotisch entstandenen Maßnahmen sollten durch systematische Curricula umgesetzt werden. Da wir in jeder Unterabteilung der Akademie einen Vertreter aus dem ambulanten Bereich haben, sollten wir diese Vertretungen in die Pflicht nehmen, dafür zu sorgen, dass unsere Interessen in der Akademie in Zukunft eine gewisse Priorisierung erfahren und nicht die Interessen der wissenschaftlichen Gesellschaften oder der Kliniker. Wir sollten eine rasche Bestandsaufnahme erreichen – was ist unsere Leistungskraft und auf welche Vorerfahrungen und Möglichkeiten können wir aufbauen? Gleichzeitig Schulung in Verhandlungstechnik und Vernetzungstechnik und Nutzen der vorhandenen Strukturen wie Berufsverband, Landesverbände und freie Gruppierungen. Wir sollten auf den verschiedenen Ebenen, z. B. auf der Ebene des BDNC, der Ebenen der Landesverbände oder anderer Regionaler, zusammen Verhandlungen bilden, von der wir aus Modifikationen agieren können.



Große neurochirurgische Gemeinschaftspraxis in Würzburg Zentrum, mit verschiedenen MVZs an verschiedenen Standorten in Unterfranken sucht ab sofort oder später einen

Neurochirurgen

in Voll- oder Teilzeit

Wir bieten

- Einstieg in alteingesessenes und professionelles Team
- kollegiale Partnerschaft und ärztliches Personal
- funktionierendes QM-System
- komplett ausgestattete funktionsfähige Praxisräume in zentraler Lage
- ambulante- und stationäre OPs
- Beleg- und Konsilklinden an verschiedenen Standorten
- flexible Arbeitszeitgestaltung
- großzügige Gehalts- und Freizeitregelung
- und natürlich Patienten ohne Ende

www.nchpraxis-wuerzburg.de

Neurochirurgische Gemeinschaftspraxis
Dres. med. Poimann, Fröhlich, Popp, Harth,
Schaefer, Engelhardt

Schweinfurter Str. 1 · 97080 Würzburg
Tel.: 09 31 4 17 91 23 · Fax: 09 31 5 15 36
Mail: nchpraxis@neurochirurgie.com

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



Das Belegarztwesen in seiner bisherigen Form wird beibehalten und gestärkt!

Die deutsche Krankenhauslandschaft besteht überwiegend aus klinischen Institutionen, in denen die fachmedizinische Behandlung in „Hauptfachabteilungen“ erfolgt mit einem eigenen Bereich und einer Pauschalvergütung (DRG).

Nimmt man nur die Zahl der aufgestellten Krankenhausbetten, so ergibt sich eine Relation von ca. 95/5, was die Dominanz der Hauptfachabteilungen hinreichend exponiert. Es ist also keineswegs vermessen, bei diesen Verhältnissen zu behaupten, dass die restlichen fünf Prozent – nämlich die von Belegärzten betriebenen Bettenstationen – letztlich nur einen marginalen Restzustand beschreiben. Von diesem einfachen Befund dürften die Krankenkassen tatsächlich ausgehen und ausgegangen sein. Die Konsequenz war selbstverständlich – nach kurzer Abwägung, dass auf diesen verschwindenden Rest auch schadlos verzichtet werden könnte. Dabei wurde aber schlicht übersehen, dass die Belegärztlichen Abteilungen aufgrund ihrer hohen Effizienz und kurzfristigen Behandlungszeiträumen etwa 10 Prozent aller Patienten betreuen. Nimmt man noch hinzu, dass Belegärzte zugleich über ihre eigene Fachpraxis oder ihre sonstigen fachärztlichen Institutionen ambulante also stationersetzende Operationen vornehmen, die präoperative Diagnostik und die postoperative Nachsorge ambulant bewerkstelligen, dann wird schnell klar, dass es sich hier um ein sehr modernes, sektorenübergreifendes und an Hochleistung orientiertes – also eine wesentliche, medizinische Versorgungsstruktur handelt. Keine Marginalie also!

Richtigerweise hat daher die politische Führungsebene jetzt – wenn auch mehrjährig mit Widerwillen – so doch die KBV immer besonderen Wert darauf gelegt, die belegärztlichen Versorgungsstrukturen zu erhalten. Es war notwendig, ein eigenständiges, belegärztliches DRG – Kapitel zu ent-

wickeln. Dies macht es jetzt auch leicht möglich, äquivalente Leistungen der Hauptfachabteilungen mit denen der belegärztlichen Abteilungen tatsächlich zu vergleichen. Wir werden den Vergleich nicht scheuen und dabei zeigen, dass wir mithalten können oder sektoral besser sind!

Qualitätsmanagement und Entwicklung, Risikomanagement

Hier sei ein kurzer Hinweis auf die grundlegenden Qualitätsmaßstäbe in der Medizin gestattet. Wesentlich für unser Handeln sind die Erkenntnisse unserer fachmedizinischen Wissenschaft. Diese steht unter dem Freiheitsedikt der Forschung! Das alltägliche ärztliche Handeln richtet sich aber nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Kunst! Die ärztliche Kunst kommt ebenso wie der allgemeine Kunstbegriff vom Können und nicht vom bloßen Wollen. Der Kunstbegriff kommt auch nicht vom wirtschaftlichen „Organisieren“ – wäre es anders so hieße es womöglich „Orgst“!

Doch nun wieder zur ärztlichen Kunst! Diese setzt geeignete Rahmenbedingungen voraus, welche die Verwaltungsebene zu organisieren hat – das ist ihre entscheidende, dienende Funktion. Anders ist medizinische Versorgung nicht zu machen! Der frivole Hinweis – wer einen Sumpf austrocknen wolle, der solle doch nicht die Frösche fragen! – gehört wie viele andere tierkundliche Vergleiche in die Ablage „P“!

Dorthin gehören auch die wiederholt zu vernehmenden Aufforderungen, die Medizin solle doch nun endlich „evidenzbasiert“ werden. Es darf schlicht festgestellt werden, dass unsere moderne Medizin langjährig „evidenzbasiert“ ist. Leider fehlt es gelegentlich noch an der Umsetzung der ideal normierten, fachärztlichen Leitlinien (AWMF) zu alltags tauglichen, klinischen Pfadstrukturen – doch ist dies nur eine Frage weniger Jahre.

Programmatisch unterstützte Individualmedizin

Immerhin, es muss deutlich gesagt werden, dass mit den oben bezeichneten diagnostischen und therapeutischen Programmen, die bisher übliche Individualmedizin – technisch gesprochen – aufgeladen wird. Es ist also nicht falsch, bei dieser Entwicklung von einer programmatisch unterstützten Individualmedizin zu reden. Individualmedizin wird es deshalb bleiben, weil der einzelne Arzt weiterhin für seinen einzelnen Patienten unter allen Bedingungen – das ihm persönlich in der gegebenen Situation Bestmögliche tun wird und muss, weil er hierfür die ethische und juristische Verantwortung trägt! Der Hinweis, dass die vertragsärztliche Versorgung sich am Maße des ausreichenden, notwendigen und wirtschaftlichen orientieren muss – ist allein eine statistische Größe und darf die Ideal-Normierung ärztlichen Handelns nicht in Konflikt bringen – der Belegarzt muss die vorgegebenen Rahmenbedingungen nur eindeutig benennen und zuordnen.

Natürlich muss sich das auch bei der Betrachtung und Analyse von unerwünschten Ereignissen und Komplikationen auswirken. Es war immer schon Bestandteil gerade der chirurgischen Erziehung und Ausbildung, Komplikationen, Fehlentscheidungen oder Beinahe-Fehler ernst zu nehmen, genau zu betrachten und daraus für die Verfahrensweisen im ärztlichen Alltag Konsequenzen zu ziehen. Neu ist hier lediglich die statistische Aufarbeitung. Hierzu möchte ich allerdings darauf hinweisen, dass die von der KBV eingerichtete C.I.R.S-Statistik nur so gut ist wie die Qualität der eingegangenen Daten! Prinzip: garbage in – garbage out!

Im belegärztlichen Bereich sind die Themen – Qualitätsmanagement, Risikomanagement eindeutig Chefsache, weil der behandelnde Arzt hierbei immer unmittelbar persönlich betroffen ist. Das ist beim „Pilotenfehler“ ganz ähnlich.

Verbesserungen der Ablauforganisation in Praxis und Belegabteilungen

Auch bereits unter dem alten EBM also vereinfacht gesprochen in den letzten 15 Jahren wurden die organisatorischen, notwendigen Verbesserungsmaßnahmen vollzogen! Die bis dahin sequenziellen Prozesse wurden überprüft; einige wurden parallelisiert andere überlappend organisiert; bis dahin invasive Untersuchungstechniken wurden durch nicht invasive Verfahren ersetzt und vielfach in den ambulanten Bereich ausgelagert.

Die Erweiterung des belegärztlichen Aufgabebereichs durch das VÄndG z.B durch Übernahme einer zusätzlichen Konsiliararztstätigkeit, die im Rahmen der 13-Wochenstundenregel in einem Anstellungsverhältnis möglich ist, diversifiziert die belegärztliche Kompetenz.

Das Belegarztwesen ist gut aufgestellt und robust – wie die Entwicklung der vergangenen Jahre gezeigt hat. Es wird sich Weiterentwickeln, Ausdifferenzieren und dynamischer Teil des medizinischen Wachstumsmarkts bleiben. Nicht zuletzt wegen der Klarheit der positiv wertenden Aussage der Regierungsparteien im Koalitionsvertrag habe ich die begründete Hoffnung, dass das kooperative Belegarzt-system in seiner bisherigen Form gestärkt werden wird!

Begründet wird diese Hoffnung durch die vielen Einzelmaßnahmen, die von der KBV bereits ergriffen und umgesetzt wurden sowie die feste Zusicherung der KBV und auch der politischen Führungsebene dass das Belegarztwesen als wesentliche, moderne und zukunftsfähige Versorgungsstruktur erkannt worden ist, deren Weiterentwicklung vorrangig zu fördern ist.

Aktueller Schwerpunkt ist die Weiterentwicklung des belegärztlichen Kapitels 36 des EBM, der neben den operativen auch die konservativen und alle Begleitleistungen beinhalten muss! Damit ist bereits begonnen worden. Zentrale Bedeutung ist den in-

novativen, belegärztlichen Leistungen zu zumessen. Hierfür gibt es bereits einen diskutablen Vorschlag der KBV, wir werden ihn ausdifferenzieren!

Von den Krankenkassen ist zu fordern, ihre in auch diesem Fall nicht hilfreiche Blockadestrategie aufzugeben damit z. B. durch die regionalen Zuschlagszahlungen Honorarverluste, die durch die Reform 2009 bedingt auftraten, abgefangen werden. Es fehlen noch Baden Württemberg, Rheinland Pfalz u. v. a. m.

Im Weiteren ist allerdings nicht zu hoffen, dass der Spitzenverband des Bundes der gesetzlichen Krankenkassen auf die Einzelmaßnahmen des juristischen Kampfes verzichtet, da einigen Krankenkassen das wirtschaftliche „Aus“ droht und die Zahlung der 11 Mrd. des Zuschusses des Bundes aus Steuermitteln zum Gesundheitsfonds womöglich ausfallen wird.

20

ZfaNch
1/2010

Verbessern Sie die Qualität in Ihrer Praxis!



Qualitätsmanagement-Handbuch für die Neurochirurgische Praxis und Ambulanz
(Hg.) Neurochirurgische Akademie für Fort- und Weiterbildung, Referat Qualitätssicherung

Autor(en): Poimann/Simons/Conzen
ISBN 3-930823-27-6



Qualitätsmanagement-Handbuch des Berufsverbandes Deutscher Neurologen e. V. für die neurologische Praxis

(Hg.) Berufsverband Deutscher Neurologen BDN
Autor(en): Meier/Poimann/Jahn/Schuster
ISBN 3-930823-28-4



Risiko-Management in der Neurologie
(Hg.) Berufsverband Deutscher Neurologen BDN

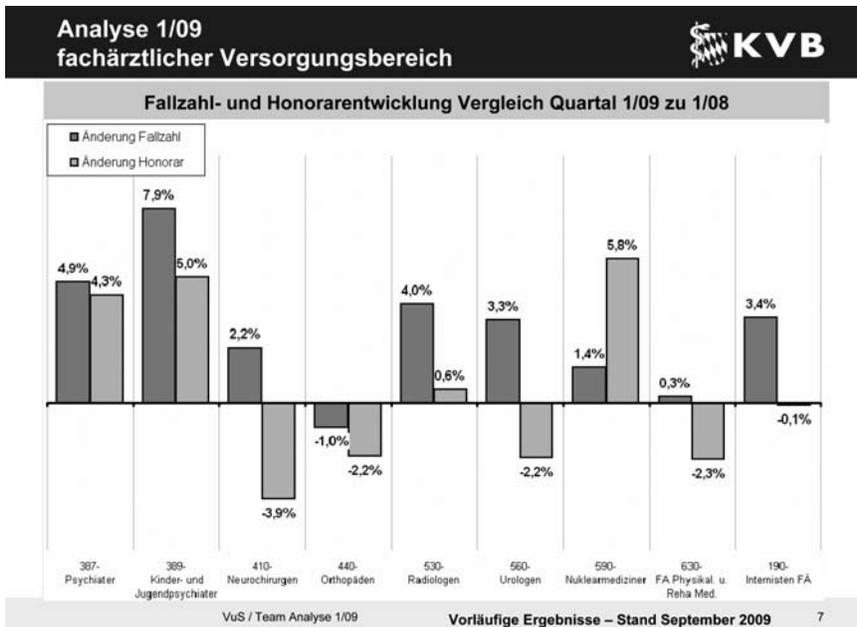
Autor(en): Hagenah/Meier/Poimann/Schuster
ISBN 3-930823-46-2

Analyse fachärztlicher Versorgungsbereiche der KVB

Die vorliegenden Folien zeigen die Analyse fachärztlicher Versorgungsbereiche der kasernenärztlichen Vereinigung Bayern, im 1. Quartal, 2. Quartal und 3. Quartal 2009.

Es werden jeweils die Änderungen der Fallzahlen und Honorare, in den Quartalen 2 und 3 und auch der Fallwert dargestellt. Im Quartal 1/2009 im Vergleich zum Quartal 1/2008, ist eine Veränderung des Honorars mit -3,9% zu verzeichnen, bei einer Steigerung der Fallzahl von 2,2%. Im 2. Quartal eine Steigerung des Honorars von +2,9%, im 3. Quartal eine deutliche Steigerung der Fallzahl, mit einer geringeren Honorarsteigerung und einer drastischen Änderung des Fallwertes, im Vergleich zum 3. Quartal 2008.

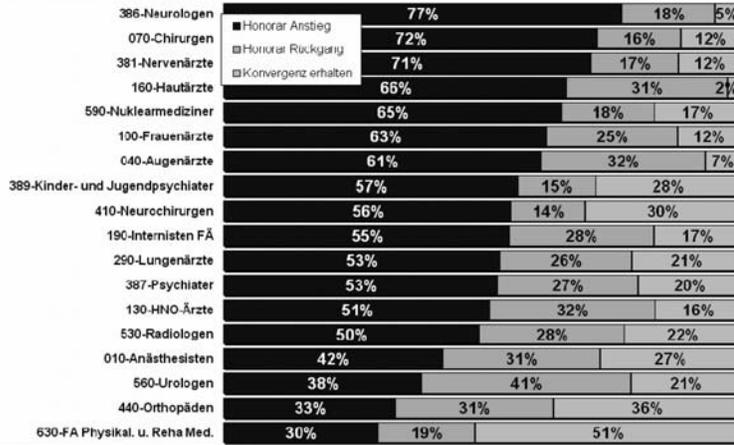
Interessant ist, der Vergleich mit den Orthopäden, die konsequenterweise keine Fallzahlsteigerung produzierten, sondern eher eine Fallzahlminderung. Hier zeigt eine genaue Analyse des fachärztlichen Versorgungsbereiches in der entsprechenden Folie für die Neurochirurgen in Bayern 56% der Neurochirurgen als Gewinner, in dem Sinne, dass sie eine Honorarsteigerung hatten, gegenüber 44% der Neurochirurgen, die Honorarverluste aufwiesen, d.h. die Darstellung von den einzelnen Gruppen und deren Gewinn und Verlust sagen über die einzelne Praxis relativ wenig aus. Bei aller Diskussion um Einkommensveränderungen sollten wir unbedingt auf die besondere Situation der einzelnen neurochirurgischen Praxen hinweisen. **H.P.**



Analyse 1/09
fachärztlicher Versorgungsbereich



Rückgang / Anstieg des Honorars im Vergleich Quartal 1/09 zu 1/08
Fachärzte mit RLV – in Prozent



VuS / Team Analyse 1/09

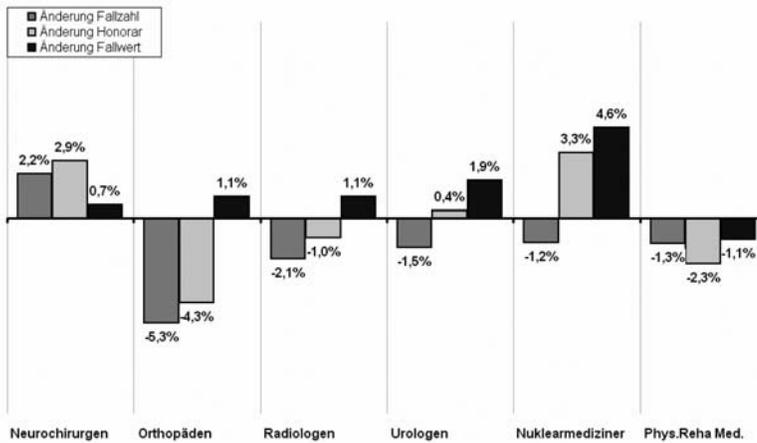
Vorläufige Ergebnisse – Stand September 2009

8

Analyse 2/09
fachärztlicher Versorgungsbereich



Fallzahl- und Honorarentwicklung Vergleich Quartal 2/09 zu 2/08



VuS / Team Analyse

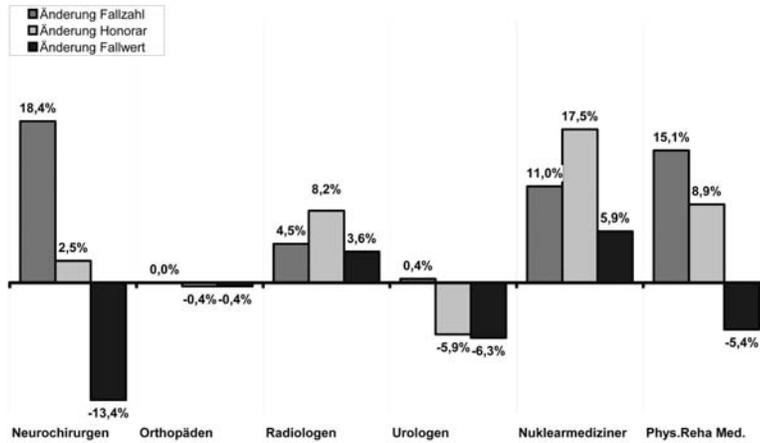
Vorläufige Ergebnisse – Stand Januar 2010

8

**Analyse 3/09
fachärztlicher Versorgungsbereich**



Fallzahl- und Honorarentwicklung Vergleich Quartal 3/09 zu 3/08



VuS / Team Analyse

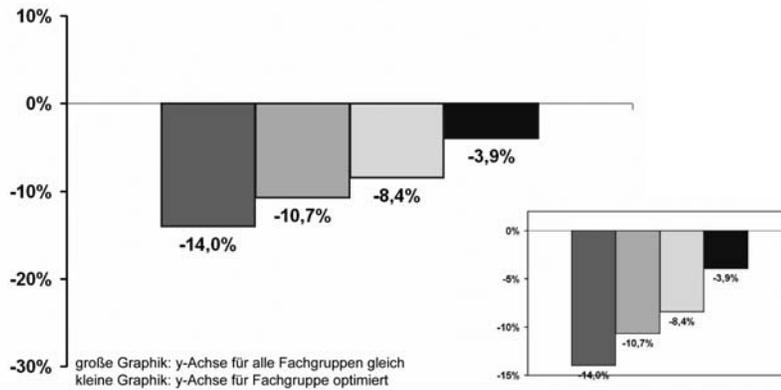
Vorläufige Ergebnisse – Stand April 2010

7

Neurochirurgen



- Honorar vor Bearbeitung der Anträge auf Erhöhung des RLV
- Honorar nach Bearbeitung der Anträge auf Erhöhung des RLV
- Honorar nach Finanzierung der RLV-Überschreitung
- Vorläufiges Endergebnis: Honorarentwicklung 1/2009 zu 1/2008



VuS / Team Analyse 1/09

Vorläufige Ergebnisse – Stand September 2009

29

G. Schuster

„Genau so machen wir's“

Gabriele Schuster, QM-Expertin aus Würzburg, rät Praxisinhabern, ein Management-Manual zu schreiben, das Bedeutung für den Alltag hat. Häufig sind Werte, Missionen und Leitbilder bloß heiße Luft. Dabei ist es ganz einfach: In Ihrer Mission definieren Sie für sich und Ihre Mitarbeiter, wie Sie mit Ihrer Praxis erfolgreich sein werden. In den Werten legen Sie fest, wie Sie sich dabei verhalten werden. Dabei sollte jede Ihrer Aussagen glasklar und deutlich sein.

Eine gute Mission gibt jedem Mitarbeiter das Gefühl, an etwas Sinnvollem beteiligt zu sein. So könnte eine Mission z.B. lauten: „Wir bekämpfen inter-nistische Erkrankungen mit unserem gesamten Wissen, Kraft und Erfahrung und stellen sicher, dass

wir dazu trotz der widrigen politischen Bedingungen auch in 30 Jahren noch in der Lage sind“. Wie auch immer. Hauptsache, Sie sagen danach: „Genau. So machen wirs!“.

In den Werten geben Sie Ihren Mitarbeitern einen klaren Leitfaden, welches Verhalten Sie erwarten. Dort könnte z.B. stehen: „Wir erwarten, dass Fehler zugegeben und im Fehlermanagement bearbeitet werden.“ Oder: „Streit wird zeitnah gelöst und darf der Arbeit nicht im Weg stehen“. Was auch immer Ihnen wichtig ist.

Leben Sie vor was Sie aufschreiben und setzen Sie durch, was Sie erwarten. So wird aus Ihrem QM-System ein Management-Manual mit Bedeutung für den Alltag.

Frau Schusters Tipp

Definieren Sie Ihre Mission und Ihre Werte mit einfachen, klaren, Worten. Legen Sie fest, wie Sie in Zukunft erfolgreich sein werden (Mission) und welches Verhalten Sie dabei von Ihren Mitarbeitern erwarten (Werte). Verwenden Sie dies als Grundlage für Ihre Führungstätigkeit und leben Sie vor, was Sie aufgeschrieben haben.

Priorisierung im Gesundheitswesen

Die Debatte um Priorisierung und ihre Abgrenzung zur Rationalisierung benötigt einen eindeutigen Sprachgebrauch. Rationalisierung, Rationierung, Priorisierung, Allokation zeigen häufig in der Alltagsdiskussion stark verschwommene Grenzen. Im wissenschaftlichen Diskurs ist jedoch eine notwendige Differenzierung gefordert. Priorisierung ist kein Synonym, welches in euphemistischer Weise Verwendung finden kann, um Rationierung zu kaschieren. Priorisierung ist ein substantiell unterschiedliches Konzept. Man könnte es folgendermaßen differenzieren: Priorisierung ist die Feststellung und gedankliche Erarbeitung einer Vorrangigkeit bestimmter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vor anderen in der Medizin, welche in eine mehrstufige Rangfolge gebracht werden. Dabei ist es nicht auf Untersuchungs-/Behandlungsmethoden beschränkt. Man könnte sich auch Patientengruppen, Gesundheitsziele, medizinische Indikationen, etc. als Thema einer Priorisierung vorstellen. Rationierung hingegen ist das Nichterhalten, das Nichtzulassen oder das Nichtverteilen einer als primär erachteten Gesundheitsversorgung. Es muss dabei unterschieden werden zwischen einem Ergebnis oder der Intention der Rationierung. Insbesondere sind Abgrenzungen notwendig zum Thema Knappheit, zum Thema Unterversorgung und zum Thema schlechte Qualität. Ist eine regionale Unterversorgung z. B. eine versteckte Rationierung oder wie lässt sie sich von Rationierung klar abgrenzen?

In der „Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ 103, 2009, S. 71–130) wird Priorisierung als Thema intensiv behandelt.

Eingangs stellt Torsten Meyer (2009) aus dem Institut für Sozialmedizin aus Lübeck den Zusammenhang der Begriffe Priorisierung und Rationierung dar, indem er 2 Modelle der Aufeinanderbezogenheit der beiden Begriffe erläutert.

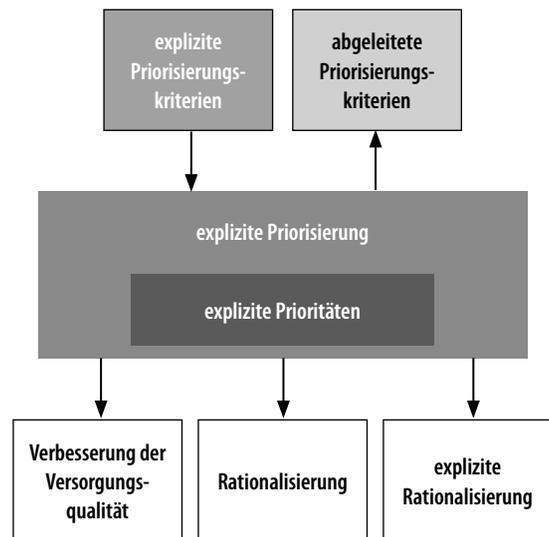


Abb. 1: Zusammenhang von Priorisierung und Rationierung der Priorisierungsperspektive

Dabei geht es im Wesentlichen um 2 Dimensionen, nämlich einmal um explizite Formen vs. implizite Formen, d. h. wird Priorisierung explizit anhand von Kriterien gesetzt und entwickelt oder muss Priorisierung anhand von Rationierung abgeleitet werden. Die zweite Dimension bedeutet die normative vs. die deskriptive Form, d. h. wird Priorisierung verwendet, um Vorgaben zu leisten oder wird Priorisierung dargestellt durch die Beschreibung vorhandener Wege, wie Ressourcen im Medizinsystem verteilt werden. Seine Arbeit stellt einen Ausgangspunkt für eine differenzierte Auseinandersetzung im Problemfeld Allokation medizinischer Ressourcen dar, die zum einen reale Phänomene der Leistungsbegrenzung einbezieht, zum anderen auch den zentralen Stellenwert der Priorisierung in der Allokation medizinischer Ressourcen darstellt. Die beiden Abbildungen aus dem Artikel von Torsten Meyer zeigen einmal, wie durch eine explizite Priorisierung durch Festlegung von Kategorien Prioritäten offen festgelegt werden, die dazu beitragen, eine Verbesserung der Versorgungsqualität zu erwirken, in der Lage sind, ein besseres Verständnis und eine rationale Erklärung

der Vorgehensweisen darzustellen sowie auch zu einer expliziten Rationierung des Leistungsangebotes dienen können. Des Weiteren können daraus noch andere Priorisierungskriterien abgeleitet werden (Abb. 1). In der Abbildung 2 hingegen wird von einer offensichtlichen Rationierung des Leistungsangebotes im Gesundheitswesen ausgegangen, aus dem man dann implizit Prioritäten entdeckt und ableitet und so dann auf eine Priorisierung bzw. Rationierungs- und Priorisierungskriterien herausarbeitet.

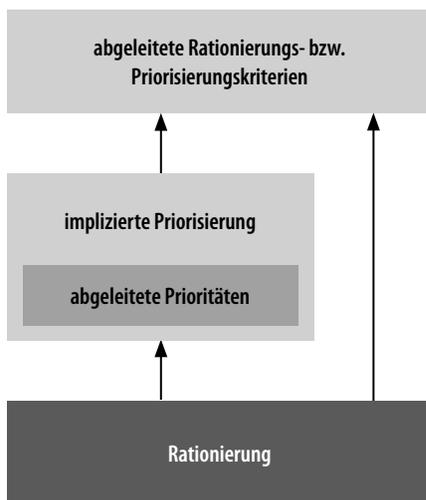


Abb. 2: Zusammenhang von Priorisierung und Rationierung aus der Rationierungsperspektive

Aus meiner Sicht wesentlich sind die Erfahrungen mit Priorisierung im Gesundheitswesen in anderen Ländern, wobei Norwegen seit 1985 am längsten damit Erfahrung gesammelt hat, die Länder Schweden, Niederlande und der US-Staat Oregon seit Anfang der 90er Jahre. In England gab es hingegen keine Priorisierungsdebatte oder einen Diskurs darüber und es wurde im Jahr 1999 mit dem National Institute for Health and Clinical Excellence eine explizite Leistungssteuerung etabliert. Interessant ist, dass in den verschiedenen Ländern in der Regel von jeweils einer ethischen Plattform ausgegangen wurde, in der es um Menschenwürde und Gleichheit, Be-

dürftigkeit und Solidarität und auch Kosteneffektivität für die Behandlung gleicher Erkrankungen ging (z. B. Schweden) oder in Holland um den Zugang für alle zur notwendigen Behandlung, einer explizit und demokratisch legitimierten Auswahl der Leistungen und der Zuteilung sowie um eine Priorisierung entsprechend gesellschaftlicher Werte in Einvernehmen mit Experten aus dem entsprechenden Bereich (Danning-Report).

In den skandinavischen Ländern und in Holland gab es dann jeweils politisch administrative Festlegungen in Form einer Priorisierung, welche Leistungen öffentlich finanziert werden müssen. So wurde eine Prioritätengruppe in Norwegen 1996 dargelegt. Nämlich öffentlich müssen grundlegende Gesundheitsleistungen getragen werden. 1. Dabei sind die Kriterien Schweregrad der Erkrankung, Behandlungsergebnis und Kosteneffektivität als Grundlage zu nehmen. 2. Zusätzliche Gesundheitsleistungen sollen nach Möglichkeit öffentlich übernommen werden, wenn es sich um schwere Erkrankungen und verlässliche Behandlungsergebnisse handelt. 3. Leistungen mit geringer Priorisierung können nur erfüllt werden, wenn Nr. 1 und 2 finanziell geleistet werden können. 4. Keine Priorität für z. B. experimentelle Behandlungsverfahren.

Ähnlich wurde es in Schweden festgelegt. Es gibt eine erste Kategorie für schwere Erkrankungen, Palliativmedizin, Erkrankungen, die schwer chronisch sind oder zum Tod führen könnten. In die zweite Gruppe wurden Prävention und Rehabilitation eingefügt mit nachweislichen Ergebnissen. In die dritte Gruppe fielen weniger schwere Erkrankungen. Gruppe 4 bildeten Grenzfälle. Dazu gehören z. B. Behandlung ungewollter Kinderlosigkeit oder Hormonbehandlungen bei Kleinwuchs sowie als fünfte Gruppe Behandlungen, die durchgeführt werden ohne Erkrankung oder vorausgegangenem Unfall.

So lassen sich im internationalen Vergleich grundlegende Prinzipien der Priorisierung darstel-

len, wie sie z. B. von Carlson am Beispiel der Praxis der Priorisierung von Versorgungsleitlinien in der Kardiologie in Schweden übersichtlich dargestellt wird:

Erste Ebene: Prinzip der Menschenwürde.

Zweite Ebene: Bedarfs- und Solidaritätsprinzip und evtl. Kosteneffektivitätsprinzip.

Der Schweregrad des Krankheitsbildes, der Patientennutzen bzw. Effekt der Maßnahme und Kosteneffektivität der Maßnahme finden Berücksichtigung sowie letztlich die wissenschaftliche Evidenz.

In Holland wurden dort Kriterien nach Notwendigkeit, Effektivität, Effizienz und individueller Verantwortung abgestuft. Interessant ist das primäre Ziel der holländischen Gesundheitsversorgung. Das primäre Ziel ist die Teilnahme am gemeinsamen Leben und nicht die Stärkung und Erhaltung der individuellen Autonomie.

Die beiden anderen Beispiele, nämlich England und Oregon, sind von einer Leistungsbegrenzung ausgegangen und einem primären Ansatz, der die Kosteneffektivität bzw. Effizienz zur Grundlage hatte. Sowohl im Staat Oregon als auch in England konnte die Zielvorgabe einer Leistungsbegrenzung nicht erreicht werden. Trotz einer Rationierungsliste, die mit entsprechenden Modifikationen weiterentwickelt wurde, kam es zu Kostensteigerungen, sodass man letztlich in den USA dazu überging, Einschränkungen dadurch zu erreichen, in dem man evidenzbasiert Indikationen mittels Behandlungsleitlinien propagierte und forcierte. In England wurden in 3 Bereichen Empfehlungen ausgearbeitet, nämlich einmal Gesundheitsförderung und Prävention, dann im Bereich medizinischer Maßnahmen sowie Leitlinien für die klinische Praxis. Zusätzlich wurden auch Steuerungsinstrumente eingesetzt, nämlich finanzielle Anreize für Leistungserbringer, Verstärkung des Wettbewerbs durch die Trennung von Käufern und Anbietern medizinischer Leistung, die Zulassung privater Leistungsanbieter und eine sog. prospektive Vergütung im Krankenhaus.

Zusammenfassen kann man die Erfahrung aus

den verschiedenen Ländern insofern, dass eine explizite Priorisierung mit Transparenz, ausgehend von einer ethischen Plattform, einer Rationierungs- und/oder impliziten Priorisierungsmaßnahme vorzuziehen ist. Die Durchführung sollte von einer unabhängigen Kommission oder Einrichtung gefördert, begleitet, initiiert werden. Es handelt sich um einen längerfristigen Prozess, der nicht ad hoc festgelegt und umgesetzt werden kann. Eine effektive Priorisierung sollte in Kooperation mit medizinisch-wissenschaftlichen Experten und der Ärzteschaft geleistet werden und sollte von den verschiedenen Akteuren eines Gesundheitswesens mitgetragen werden.

Das Kapitel z. B. der Versorgungsleitlinie Kardiologie in Schweden zeigt sehr anschaulich, mit welcher Sorgfalt und welchem Aufwand solche Leitlinien zu erstellen sind. Interessanterweise hat auch diese Priorisierung, wie zusammenfassend festgehalten wird, zu keiner Begrenzung der Maßnahmen oder der finanziellen Mittel geführt. Es kam zu einer landesweiten Verbesserung und Angleichung der Behandlungsstandards und auch eine neue Leitlinie 2008 zielt mit ihrem Hauptgewicht auf die geordnete landesweite Einführung neuer Methoden und weniger auf die Begrenzung von Maßnahmen.

Elmar Lübke (2009) zeigt in seinem Artikel über die Rolle des Postutilitarismus in der Priorisierungsdebatte, dass die Forderung einer gerechten Ressourcenallokation im Rahmen eines Gewichtungsmodells, in dem Gesamtnutzungskriterien durch ein oder mehrere Kriterien ergänzt werden sollen, die den Wert der Gerechtigkeit erfassen, um die Kriterien in irgendeiner Weise miteinander abzugleichen und abzuwägen, nicht adäquat in Rechnung gebracht werden kann, insbesondere die Gegenüberstellung einer Goodness vs. Fairness.

Der individuelle Nutzen, der natürlich für jede Person ein spezielles Gut darstellt, soll in gerechter Weise verteilt werden. Dabei wird häufig übersehen,

dass die Aggregation von Nutzen über Personengrenzen hinweg logischerweise kein allgemeiner Nutzen ist. Um für die Allgemeinheit auch eine Art Gerechtigkeitskomponente hineinzubringen, sind zusätzliche Bewertungsdimensionen vonnöten, die sowohl auf der philosophischen, als auch auf der juristischen Ebene in norm- und werttheoretischen Beiträgen auftauchen, z. B. Bedarfsgerechtigkeit, Verfahrensgerechtigkeit, Fairness, Solidarität, Verteilungsgerechtigkeit, Gleichheit, gleiche Achtung, Chancengleichheit, gleicher Zugang, Gleichheit vor dem Gesetz, Diskriminierungsverbot, Verallgemeinerbarkeit, Willkürfreiheit, etc. Alle diese Konzepte bieten Ansatz zur Kritik, zumindest jedoch das Bewusstsein ihrer Einschränkungen und Begrenztheit, wenn man sie zum Einsatz bringt.

Priorisierung darf auf keinen Fall Identitäten aufbauen, die Einzelne als Verlierer des Systems kennzeichnen.

Interessant ist es, die rechtlichen Rahmenbedingungen von Priorisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu fokussieren (vgl. Felix Welti, 2009), bei der nicht nur verfassungsrechtliche, sondern auch europarechtliche Vorgaben zu beachten sind.

Zitat: „Der soziale Rechtsstaat muss das Existenzminimum der Versicherten an Gesundheitsleistungen schützen und gewährleisten. Die pflichtversicherten Personen müssen Zugang zu Leistungen haben, die ihr Leben und wesentliche Aspekte der gesellschaftlichen Teilhabe schützen sollen. Dabei sind die Benachteiligungsverbote wegen des Geschlechts, der Rasse und ethnischer Herkunft, der Sprache, der Religion, der Behinderung, des Alters und der sexuellen Ausrichtung unbedingt zu beachten. Wesentliche Entscheidungen muss der Gesetzgeber selbst treffen.“

Vorrangig ist das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Es gibt jedoch eine Reihe von Steuerungen, die der Gesetzgeber vornimmt, z. B. gesetzliche Ausschlüsse, Ermessensspielräume, die den Kassen bei der Vergabe von Leistungen einge-

räumt werden, Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses. Das Vergütungsrecht für medizinische Leistungen spielt eine Rolle, ebenso wie die Rechtsprechung und Rechtsgrundlagen für die Schaffung oder Abschaffung von Infrastruktur. Interessant in diesem Zusammenhang ist auch, wie das Thema aus gesellschaftlicher Sicht unter Einbeziehung der Bevölkerung wahrgenommen wird.

Die Betroffenen sind in der Regel in der Debatte und in der Diskussion um Priorisierung noch sehr wenig gehört. Im Wesentlichen findet die öffentliche Diskussion durch Dienstleister und Interessenvertreter und Kostenträger statt und deren entsprechenden Organe, z. B. Ethikrat, etc. Dabei finden sich klare Aussagen bei Befragungen in verschiedenen Ländern zum Thema Einsparpotenzial, Gleichheit, aber auch kritische Hinweise über Verwaltungsaufwand, gesellschaftliches Konfliktpotenzial, etc.

In der gesundheitsökonomischen Diskussion ist zu beachten, dass Ökonomen beim Treffen normativer Aussagen über Effizienz und Ineffizienz im Gesundheitswesen oft eine Sprache benutzen, die deutlich vom Alltagsverständnis abweicht. Wenn von Effizienz im Gesundheitswesen gesprochen wird, muss unbedingt auch von den implizit vorausgesetzten Erwartungen und Zielvorstellungen der Ökonomen, Ärzte, Patienten und sonstigen Betroffenen ausgegangen werden. Effizienz ist nur ein sekundäres oder instrumentelles Ziel, über das erst dann zielführend diskutiert werden kann, wenn zuvor ein Konsens über die zu verfolgenden primären Ziele erreicht worden ist, insbesondere, wenn es um solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung geht.

Der Nutzen und Wert einer Maßnahme sollte auf alle Fälle die Opportunitätskosten übersteigen, sonst ist von einer Effizienz nicht zu sprechen. In diesem Zusammenhang sollte bei logischer Argumentation berücksichtigt werden, dass ein Verfahren für die Feststellung von konsistenten Schwellenwerten, z. B. maximal akzeptierten Kosten für die Erzielung eines gegebenen Gesundheitseffekts, weder theore-

tisch, noch durch empirisch fundiert mit einer gesichteten Datenanalyse vorliegt. Die in verschiedenen Ländern mit unterschiedlichen Methoden erreichten Ergebnisse sind keine echten Benchmarks. Um die Logik der Kosteneffektivität als Allokationsentscheidung praktisch nutzbar zu machen, bedürfte es dieses Verfahrens für die Festlegung eines konsistenten Schwellenwertes, den es zurzeit noch nicht gibt.

Zitat: „In der Tat ist die fundamentale Prämisse, das vorrangige Ziel eines solidarisch verfassten Gesundheitssystems, mithin das modifizierte Effektivitätskriterium der Extrawelfaristen, seit die Maximierung des ... Gesundheitsproduktes, sowohl empirisch unhaltbar, als normativ höchst problematisch.“ (vgl. Schlander M. 2005).

Mit überwiegender Mehrheit haben sich die Rationierungskonzepte nicht bewährt und es finden sich bei Priorisierungen Ideen und Maßnahmen zur Kosteneffektivität als Bewertungskriterien in der Regel an letzter Stelle der Bewertungs- und Priorisierungskriterien. Zusammenfassend könnte man auch das Ergebnis der Zentralen Kommission zur Wahrnehmung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten bei der Bundesärztekammer vom Jahr 2007 setzen - nämlich: 1. medizinische Bedürftigkeit (Need), Schweregrad der Erkrankung und Dringlichkeit der Behandlung, 2. individueller medizinischer Nutzen der Maßnahme und 3. Kosteneffektivität der Maßnahme. Diese sollten als Kriterien für eine normative Prioritätensetzung aus den bereits gemachten Erfahrungen in anderen Ländern Berücksichtigung finden.



with my compliments

H. D. Jonas

jonas edition

fünfnullsieben

Huttensch Verlag 507
Huttenstraße 10
97072 Würzburg

www.huttenschverlag507.de

Das Spektrum der im niedergelassenen Bereich durchzuführenden Operationen umfasst zahlreiche Krankheitsbilder und entsprechend ein Vielfaches an Operationsvarianten.

Den Überblick zu behalten, welche Art der operativen oder auch konservativen Behandlung nach wissenschaftlichen Kriterien das beste Ergebnis erbringt, ist bei wachsender Zahl an Publikationen über die Wirbelsäulentherapie aufwendig.

Eine Übersichtsarbeit (Evidence-Based Recommendations for Spine Surgery, Vaccaro et al), aus diesem Jahr (SPINE, Vol.35; 15, 2010) soll zusammengefasst werden.

Verschiedene Operationstechniken zu einem Krankheitsbild werden unter Evidenz basierten Kriterien hinsichtlich des klinisch neurologischen Outcomes der behandelten Patienten und der Relevanz für die tägliche Routine bewertet.

Die operative Therapie der osteoporotischen Wirbelkörperfraktur wird heute in mehreren Studien als vorteilhaft hinsichtlich des Krankheitsverlaufs eingestuft. In keiner Studie genügte das Studiendesign akzeptablen Evidenzkriterien.

Dem wollten Buchbinder et al. entgegenwirken und untersuchten 219 Patienten (Buchbinder R et al., N Engl J Med 2009;361:557-68), die bei 1-2 frakturierten Wirbelkörpern bis zu einem Jahr an Schmerzen litten. Die Arbeit analysiert die Vertebroplastie gegen eine Placebo - Gruppe und beschreibt eine Nachuntersuchungszeit von 6 Monaten.

Die kritische Analyse der Autoren gilt zum Einen den Patientenzahlen, hier wurden nur 78 von 219 Patienten randomisiert (36%) und nur 71 Patienten erreichten die 6 Monats - Kontrolle (32%). Zum Anderen hatten mehr als 60% der Patienten Schmerzen seit mehr als 6 Wochen, diese wurden in ihrem Ursprung jedoch nicht weiter differenziert. So können die als Placebothherapie deklarierten Lokalanästhetikainjektionen auch hier zugrunde liegende Facetenschmerzen positiv beeinflussen und so die Ergebnisse erheblich verschieben. Auch wurden keine

Aussagen über Patienten getroffen, die innerhalb der Behandlungsgruppen wechselten oder eine Gruppe als Wahleingriff durchliefen. In der Diagnostik war das Alter der Frakturen nicht ausreichend bestimmbar (MRT) und die Dokumentation der Schmerzen war nicht ausreichend differenziert. Insgesamt kommt der Autor zu der Frage, ob hier der Verlauf einer Therapie untersucht wird oder der Schmerzverlauf nach Injektion von Lokalanästhetika bei zahlreichen möglichen Gründen für lokale Schmerzen.

Trotz zahlreicher Kritikpunkte kommt der Autor zu dem Schluss, dass eine Operationsempfehlung bei bestimmten Patientengruppen, durchaus haltbar ist (hohe Komorbidität, Medikamentenunverträglichkeit oder Notwendigkeit einer raschen Mobilisierung).

Eine weitere Arbeit zu diesem Thema von Kallmes et al., N Engl J Med 2009;361:569-79, präsentiert Zwischenergebnisse einer multizentrisch angelegten prospektiven, randomisierten und Placebokontrollierten Studie nach 1 Monat. Auch hier decken die Autoren (Vaccaro et al.) zahlreichen methodische Schwächen auf, insbesondere hinsichtlich der Patientenzuordnung zu einzelnen Gruppen, Wechseln innerhalb der Gruppen und untersuchten Patientenzahlen. Die Aussage dieser Arbeit, dass die Vertebroplastie denen der Placebogruppe nicht überlegen ist, sollte zu Gunsten differenzierter Einzelfallentscheidungen relativiert werden.

Eine weitere Arbeit (Arts et al. JAMA 2009;302:149-58) untersucht die offene, mikrochirurgische Bandscheibenoperation mit Nervenwurzeldekompression und Teildiskektomie und vergleicht sie mit einer endoskopischen OP-Variante, die 1997 von Foley und Smith eingeführt wurde und transmuskulär durchgeführt wird.

Die hier beschriebene doppelblind und randomisiert durchgeführte Studie aus 7 Zentren evaluiert die Ergebnisse bei 328 Patienten (18-70 Jahre alt) mit Beschwerden über 8 Wochen, hervorgerufen durch einen BSV.

aus der wissenschaft

von Martin Engelhardt

167 Patienten wurde endoskopisch operiert, 161 Patienten erhielten eine mikrochirurgische Dekompression.

Die Schmerzintensität bezüglich der Ischialgie war innerhalb des ersten Jahres nach mikrochirurgischer Operation besser als in der Vergleichsgruppe ($p=0.01$), nach einem Jahr jedoch nicht unterschiedlich ($p=0.08$). Auch die Lumbalgien waren innerhalb des ersten Jahres bei den mikrochirurgisch operierten Patienten ($p=0.04$) geringer ausgeprägt, nach einem Jahr nicht statistisch unterschiedlich ($p=0.06$). Im abschließenden klinisch-neurologischen Vergleich besteht kein signifikanter Unterschied der beiden Gruppen.

Eine weitere analysierte Studie beschäftigt sich mit den Zwei- und Vier-Jahres-Ergebnissen der Spine Patient Outcome Research Trial (SPORT). Hier werden 380 Patienten mit einer degenerativ bedingten Spondylolisthesis und Spinalkanalstenose mit unterschiedlichen Techniken operiert und evaluiert. Ausgeschlossen wurden Patienten mit einer Spondylyolyse.

Die bislang größte und hinsichtlich Evidenzkriterien beste Studie beschreibt bei allen Operationstechniken eine signifikante Besserung im Vergleich zum präoperativen Status.

Die Art der operativen Versorgung reicht von der reinen Dekompression (Laminektomie) über eine reine laterale Knochenanlagerung, eine instrumentierte Fusion ohne interkorporalen Cage und eine „Vollversorgung“ mit posteriorer Dekompression, interkorporalem Cage oder ventraler Fusionierung.

Dabei zeigen die klinischen Ein-Jahres-Ergebnisse eine signifikante Besserung nach instrumentierter Fusion. Dieser Vorteil ist nach 2 und mehr Jahren nicht mehr nachzuweisen. Eine wesentliche Ungenauigkeit ergibt sich aus der Tatsache, dass die Patienten mit einer maximalen Operationsvariante deutlich jünger sind und somit weniger degenerativ bedingte Veränderungen an der Wirbelsäule vorhanden sind. Dies verändert die Beurteilung der Schmerzen. Für die tägliche Routine ergibt sich ein Benefit nach Operation, hier ist die Operationsmethode nicht entscheidend, die Autoren wünschen sich mehr gute Studien mit einem Focus auf Kosten – Nutzen – Analysen.



Medizinisches Versorgungszentrum in Würzburg Stadtmitte sucht

Fachärztin/Facharzt für Neurologie oder Nervenärztin/Nervenarzt

ab sofort oder später in Voll- oder Teilzeit

Wir bieten

- Kollegiale Arbeitsatmosphäre in einem professionellen Team
- funktionierendes QM-System
- flexible Arbeitszeitgestaltung
- attraktive Vergütungsmodelle sind verhandelbar
- umfangreiche Möglichkeiten zum Einbringen und Aufbau eigener diagnostischer und therapeutischer Schwerpunkte
- umfangreiche technische Ausstattung
- durch anwesenden Kollegen besteht bereits eine Patientenversorgung im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie

Kontakt

MVZ I

Frau Fiedler

Schweinfurter Str. 1 · 97080 Würzburg

Tel.: 09 31 4 17 91 23 · Fax: 09 31 5 15 36

Mail: nchpraxis@neurochirurgie.com

www.nchpraxis-wuerzburg.de

Erratum

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 mit Wirkung zum 1. Juli 2010

In dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 zu Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) [Amtliche Bekanntmachung auf der Internetseite des Instituts am 30. März 2010 unter www.institut-ba.de und im Deutschen Ärzteblatt Heft 15, Jg. 107, Seiten A 722f., vom

16. April 2010 war bezüglich der Berechnungsausschlüsse unter Nr. 4. anstelle der Gebührenordnungsposition 16220 zunächst fehlerhaft die Gebührenordnungsposition 16222 aufgeführt. Mit dem Erratum vom 23. April 2010 wurde dies korrigiert.

BESCHLUSS

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 mit Wirkung zum 1. Juli 2010

1. Änderungen der Bewertungen und der Legenden der Gebührenordnungspositionen 16210, 16211 und 16212

Grundpauschale

Obligator Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- Erhebung des vollständigen neurologischen Status, ggf. zusätzlich ergänzende Erhebung des psychiatrischen Status bei neurologischen Fällen,
- Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status, ggf. zusätzlich ergänzende Erhebung des neurologischen Status bei psychiatrischen Fällen,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,
- einmal im Behandlungsfall

16210 für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr 680 Punkte

16211 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr 645 Punkte

16212 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres 650 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 16210 bis 16212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenpositionen 01600 und 01601 berechnungsfähig.

2. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 16220 in den Abschnitt 16.3

16220 Neurologisches Gespräch, neurologische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung.

Obligater Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 10 Minuten,
- Als Einzelbehandlung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erhebung neuropsychologischer/ verhaltensneurologische Befunde, -Vertiefte Exploration und differentialdiagnostische Einordnung,
- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Anleitung von Bezugspersonen,

je vollendete 10 Minuten 255 Punkte

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212 und der Gebührenordnungsposition 16220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 16220.

Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 16220 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 16220.

Die Gebührenordnungsposition 16220 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01210, 01214, 01216, 01218, 21220 und 21221 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.3, 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.

3. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 16222 in den Abschnitt 16.3

16222 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 16220 bei Patienten mit schweren neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Störungen auf Basis der in der Anmerkung genannten Erkrankungen.

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erhebung einer/von Fremdanamnese(n),

einmal im Behandlungsfall 320 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 16222 ist zusätzlich nur berechnungsfähig bei Patienten mit schweren Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit und/oder der kognitiven Fähigkeiten und mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen: A81 Atypische Virus-Infektionen des Zentralnervensystems (z. B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit), C71.-bis C72.-Bösartige Neubildungen des Gehirns und des Rückenmarkes, F00.-bis F03.-Demenz, F06.9-Hirnorganisches Syndrom, F07.-Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung, F70.-bis F79.-Intelligenzstörung, G09.-Folgen einer Enzephalomyelitis, G10.-bis G13.Systematrophien, G20.-Morbus Parkinson, G35.-Multiple Sklerose, G40.-Epilepsie, G61.Guillain-Barree-Syndrom und chron. inflammatorisch demyelinisierende Polyneuritis, G70.-und G71.-Myasthenia gravis, Muskeldystrophien und Myopathien, G80.-bis G82.-Hemi-/Paraparese, Hemi-/Paraplegie, G83.-Diplegie/Monoplegie, G91.-Hydrocephalus, G95.0 bis G95.2 Sonstige Erkrankungen des Rückenmarkes, I60.-bis I69. Hirnblutungen und Hirninfarkte, M33.Polymyositis, R47.-Aphasie.

4. Aufnahme der Gebührenordnungsposition 16220 in die Berechnungsausschlüsse hinter den Gebührenordnungspositionen 01210, 01214, 01216, 01218, 21220, 21221 und bei den Gebührenordnungspositionender Abschnitte 30.3, 35.1 und 35.2.

5. Streichung der Gebührenordnungsposition 21222 aus dem Abschnitt 21.3 undAnpassung der konsekutiven Ausschlüsse der jeweiligen Kapitel 1.2, 21, 30 und 35.

Angebote

Gutgehende neurochirurgische Praxis abzugeben

✉ Chiffre 1769b

Erfahrener Wirbelsäulen Chirurg bietet regelmäßig Urlaubsvertretung

✉ Chiffre 9471f

Alle Informationen werden absolut vertraulich behandelt

Huttenschner Verlag 507
Frau Kerstin Braungardt
Huttenstraße 10 · 97072 Würzburg

34
ZfaNch
1/2010

6. Änderung der Prüfzeiten der Gebührenordnungspositionen 16210, 16211 und 16212 im Anhang 3

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit (Min.)	Prüfzeit (Min.)	Eignung der Prüfzeit
16210	Grundpauschale bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	KA	15	Nur Quartalsprofil
16211	Grundpauschale ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	KA	16	Nur Quartalsprofil
16212	Grundpauschale ab Beginn des 60. Lebensjahres	KA	16	Nur Quartalsprofil

7. Aufnahme der Prüfzeiten zu den Gebührenordnungspositionen 16220 und 16222 im Anhang 3 des EBM

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit (Min.)	Prüfzeit (Min.)	Eignung der Prüfzeit
16220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	10	8	Tages- und Quartalsprofil
16222	Zuschlag bei schweren neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Störungen	KA	8	Tages- und Quartalsprofil

Termine 2010

Neurowoche 2010

21.-25. 9. 2010 in Mannheim

(www.dgn2010.de)

integriert ist die

61. Jahrestagung der

Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie

im Rahmen der Neurowoche 2010

in Mannheim,

Congress Centrum Mannheim

(www.dgnc.de)

Deutscher Wirbelsäulenkongress 2010

16.-18. 12. 2010

5. Jahrestagung der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft, Congress Centrum Bremen

(www.conventus.de/dwg2010)

EuroSpine 2010

15.-17. 9. 2010 in Österreich/Wien,

Reed Messe Vienna

www.eurospine.org

berichte und informationen

Die „Surqical Safety Checklist“

Patientensicherheit ist in aller Munde, und das Aktionsbündnis „Patientensicherheit e.V.“ definiert Patientensicherheit als Abwesenheit unerwünschter Ereignisse. Ein unerwünschtes Ereignis („Adverse Event“) ist ein schädliches Vorkommnis, das eher auf der Behandlung denn auf der Erkrankung beruht.

Das Thema ist nicht nur in Deutschland, sondern auch auf internationaler Ebene aufgegriffen worden. Die WHO hat eine Initiative zur Patientensicherheit gestartet und eine „Surqical Safety Checklist“ entworfen.

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie hat in ihren Mitteilungen (zuletzt Oktober 2008) schon

zweimal auf dieses Thema hingewiesen, und das American College of Surgeons mit über 80 000 Mitgliedern empfiehlt diese Checkliste zur Verhinderung von vermeidbaren Fehlern.

Vor dem Hintergrund des Arbeitszeitgesetzes und der zunehmenden Zahl von Operitonen direkt am Aufnahmetag kommt es immer häufiger vor, dass Operationen von Chirurgen durchgeführt werden, die den Patienten präoperativ we der persönlich untersuchen noch sprechen konnten.

Daher empfiehlt der Berufsverband deutscher Neurochirurgen e.V. ihnen dringend, diese übersetzte Checkliste in Ihrer Abteilung einzuführen. Bei einem eingetretenen Ereignis wird diese Liste zur juristischen Entlastung beitragen.



BDNC

Berufsverband
Deutscher Neurochirurgen e.V.

Chirurgische Sicherheits-Checkliste

Name des Krankenhauses
und
Patientenaufkleber

► Vor der Narkose

„Sign in“

- Patient bestätigt:
 - Identität
 - Körperseite
 - Prozedur
 - Einverständnis
- Körperseite markiert
- Anästhesie-Check komplett
- Pulsoxymeter arbeitet

Hat der Patient:

eine bekannte Allergie?

- nein
- ja

ein Beatmungsproblem?

- nein
- ja
- Ausrüstung/Expertise

ein Risiko für Blutverlust > 500 ml?

- nein
- ja
- venöse Zugänge/Infusion

► Vor der Hautinzision

„Time out“

- Alle Teammitglieder haben sich mit Namen und Aufgabe vorgestellt
- Chirurg, Anästhesist und OP-Pflege bestätigen verbal:
 - Patientenidentität
 - Körperseite
 - Prozedur
- Lagerung überprüft

Prüfen kritischer Punkte:

- Chirurgie: kritische/unerwartete OP-Schritte, OP-Zeit, Blutverlust?
- Anästhesie: Patientenspezifische Bedenken/Probleme
- Pflege: Sterilität gewährleistet?
- Ausrüstung vorhanden/einsatzbereit?

Antibiotikaprophylaxe <60 Min:

- ja
- nicht erforderlich
- Relevantes Bildmaterial vorhanden?
- ja
- nicht erforderlich

► Vor Verlassen des OP

„Sign out“

OP-Pflege bestätigt verbal mit dem Team:

- die dokumentierte Prozedur
- Vollständigkeit von Instrumenten Nadeln und Tüchern
- Bezeichnung des Präparats, einschließlich Patientennamen
- ob Probleme mit der Ausrüstung bestehen

- Chirurg, Anästhesist und OP-Pflege prüfen die Eckpunkte des postoperativen Patienten-Managements

Datum

Operateur

Anästhesist

Aktuelles zur Hygiene

Das Landesamt für Gesundheit und Soziales hat 43 ambulante OP-Zentren kontrolliert, dabei wurden zum Teil gravierende Mängel bei der Gerätereinigung der Qualifikation des Personals beanstandet (www.ostseezeitung.de, 16.7.2010)

Kommentar

Unter Berücksichtigung der momentanen Hygienediskussion, ausgelöst durch Kliniken, sollte im ambulanten Bereich genau geschaut werden, dass derartige Dinge nicht vorkommen. Neurochirurgische Praxen, die ambulant operieren, sollten deshalb bei den jeweiligen Verantwortlichen der OP-Betreiber sich genau informieren, wie sachgerecht und genau Sterilisationen und Gerätereinigungen erfolgen.

Neuigkeiten aus der KV-Landschaft

Die Patiomed AG, die aus Gesellschaftern, wie APO-Bank, Deutscher Ärzteverlag und KVmed GmbH besteht, alles Organisationen, auf die Ärzte und KV-Mitglieder deutlich Einfluss haben, plant eine Reihe von MVZs in den nächsten Jahren, man spricht von 100 Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland zu betreiben und unterstützen, in denen es nicht um Gewinn, sondern um die Möglichkeit für Ärzte als freier Beruf tätig bleiben zu können, gleichzeitig wird für das Jahr 2017 schon mit 33 Mio. Gewinn vor Steuern geplant. Weitere Informationen unter: www.hypokratnet.de oder *Gesundheitswirtschaft* 4/10, S. 34 f.

Unterschiedliche Kosten

Die Kosten- und Strukturhebung der neurochirurgischen Praxen für die kassenärztliche Bundesvereinigung sind erstellt und von prime-NETWORKS entsprechend aufgearbeitet worden. Der Abschlußbe-

richt für den September wird von Herrn Dr. Popp von prime-NETWORKS mit der KBV diskutiert und wird zur Grundlage einer neuen EBM-Erstellung Verwendung finden. In der nächsten Ausgabe der ZfaNch werden wir ausführlich auf diese Strukturhebung zu sprechen kommen, weil sie deutlich zeigt, dass neurochirurgische Praxen höhere Kostenstrukturen, als neurologische Praxen aufweisen und es zwischen einzelnen Praxen und Größenstrukturen noch deutliche Unterschiede gibt. An alle, die bei dieser Erhebung ihre Daten zur Verfügung gestellt haben, ergeht ganz „Herzlichen Dank“. Die Datenstruktur ist ausreichend, um sie an die offizielle Stelle als Grundlage für Kosten und Erlöse mit im neuen EBM zu nehmen.

Vier Qualitätssicherungsverfahren

Das Aqua-Insitut, das für den gemeinsamen Bundesausschuss zum 1.1.2010 die bestehenden Verfahren für die externe und stationäre Qualitätssicherung übernommen hat, berichtet in ihrem Newsletter Ausgabe 2/2010, unter der Überschrift „Sektorenübergreifende Qualität im Gesundheitswesen“ zum Projektstand neuer Verfahren. Vier Qualitätssicherungsverfahren sind im Auftrag des gemeinsamen Bundesausschusses entwickelt worden. Kurz vor dem Abschluss stehen die Arbeiten zu PCI, Konisation und Katarakt. Das QS-Verfahren zum kolorektalen Karzinom befindet sich noch in der Entwicklung. Der Newsletter kann unter: www.sqg.de angefordert werden.

BDNC, GQMC und KV gemeinsam

BDNC und GQMC werden gemeinsam mit der KV im neuen Jahr Seminare zum gesetzteskonformen Qualitätsmanagement in Ermächtigungsambulanzen anbieten. Des Weiteren sind Seminare zum Datenschutz geplant. Ausführliches dazu in der nächsten Ausgabe der ZfaNch.



Der Autor zeigt an praktischen Übungen und Gesprächsbeispielen auf, wie man seinen Patienten befragen kann um zu ermitteln, was ihn wirklich beschäftigt.

Zusätzlich ermuntern Anregungen den Leser, den eigenen Gesprächshorizont zu erweitern, und die erlernten Prinzipien im eigenen professionellen Alltag umzusetzen.

www.huttenscherverlag507.de

huttenscherverlag
fünfundnullsieben



Horst Poimann,
Idiolektik: Richtig Fragen

ISBN 978-3-930823-70-3

188 Seiten



Vorankündigung

Am 26. März 2010

veranstaltet die QMG gemeinsam mit der KV RLP ein Seminar

**„Aufbau eines rechtssicheren Qualitätsmanagement-Systems
für Institutsambulanzen“.**

Das Seminar wird in Koblenz stattfinden. Weiterführende Informationen erhalten Sie bei der KV RLP, Koblenz, Abteilung QM.

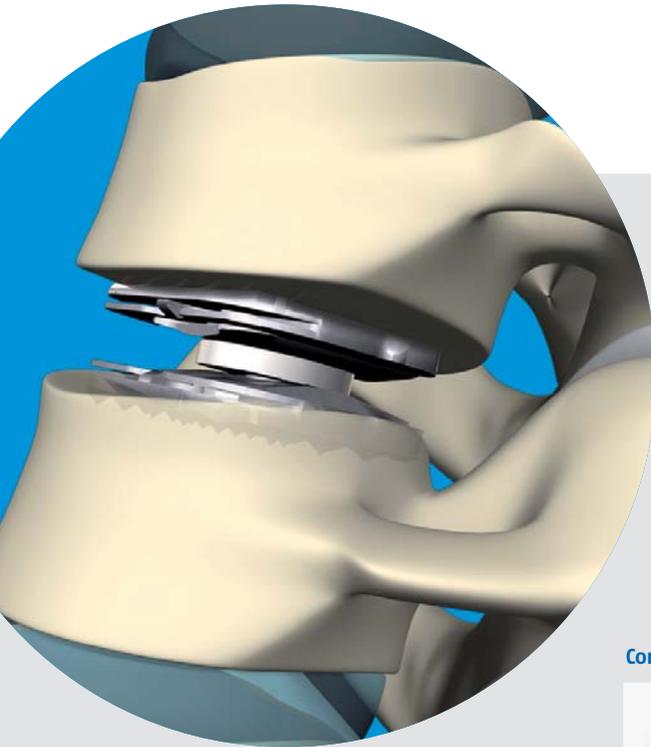
GALILEO®

As effective as a disc –
implantable like a cage



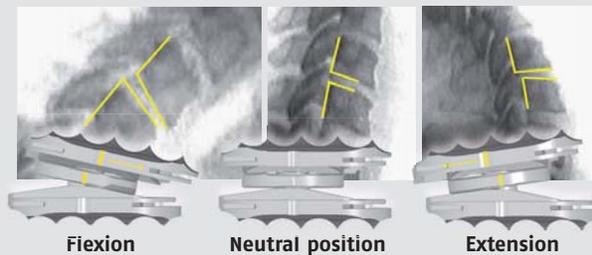
Pre-mounted, sterile packed

- No time-consuming assembly required
- Ready for immediate use



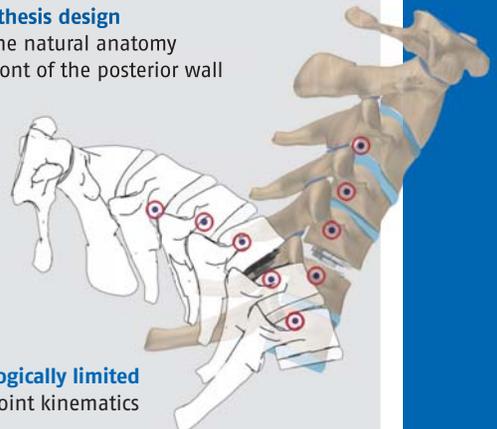
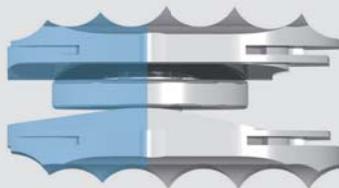
In addition to preserving the anatomical range of motion, GALILEO offers controlled translation that is independent of rotation. This provides the basis for a physiological facet-guided movement. However, reproducing complex biomechanics must not entail a complicated surgical technique: GALILEO is implanted by the 'gold-standard' Smith-Robinson technique as a single component without additional surgical steps.

Controlled Translation



Posteriorly-oriented prosthesis design

- Perfect adaptation to the natural anatomy
- Secure positioning in front of the posterior wall



Free movement – physiologically limited

- Guided by the natural joint kinematics



SIGNUS Medizintechnik GmbH
Carl-Zeiss-Str. 2
63755 Alzenau/Germany

Tel: +49 (0) 6023 9166-0
info@signus-med.de
www.signus-med.de