

BAO-Gutachten: Das Ambulante Operieren in Deutschland ist nach wie vor unterfinanziert

Bis zu 520 Millionen Euro könnten die Kassen pro Jahr sparen – und damit auch die Infrastruktur ambulanter Operateure ausbauen!

Von Dr. Axel Neumann

Liebe Kolleginnen und Kollegen, im Herbst 2009 hat der BAO bei der Firma Oberender und Partner ein Gutachten zur monetären Betrachtung des Ambulanten Operierens in Deutschland in Auftrag gegeben. Professor Peter Oberender war bis 2007 Inhaber des Lehrstuhles für Wirtschaftstheorie der Universität Bayreuth. Er ist Direktor des Institutes für angewandte Gesundheitsökonomie und Seniorpartner einer Unternehmensberatung, die auf Gesundheitsökonomie und Krankenhausmanagement spezialisiert ist. Oberender ist zudem stellvertretender Vorsitzender des Bundesschiedsamtes für die vertragsärztliche Versorgung.

Das Gutachten liegt nun vor und wurde bei einem Pressegespräch mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) am 19. April 2010 in Berlin der Öffentlichkeit präsentiert. In einer präzisen mikro- und makroökonomischen Betrachtung wurden die Kosten von 25 häufigen Operationen aller Fachgebiete im ambulanten und im stationären Sektor verglichen. Ziel der Studie war die unabhängige Darstellung von Kosten und Nebenkosten operativer Eingriffe, die in Deutschland häufig ambulant oder stationär erbracht werden.

Gleiche Leistung – unterschiedliche Preise

Ergebnis: In Deutschland bezahlen die Krankenkassen seit Jahren für die gleichen Operationen sehr unterschiedliche Preise. Die Methodik der Studie folgt der Tatsache, dass in Deutschland im internationalen Vergleich immer noch weniger Eingriffe ambulant durchgeführt werden, obwohl dies technisch möglich wäre und die Versorgungssicherheit und die Patientenakzeptanz gleichermaßen hoch sind.

Fortsetzung auf Seite 3



Foto: DAK/Scholz

Ein unabhängiges Gutachten belegt nun erstmals das immense Einsparpotenzial des Ambulanten Operierens

INHALT

BAO PRÄSIDIUM

Das Ambulante Operieren ist nach wie vor unterfinanziert 1

BAO JAHRESTAGUNG

Ambulante Chirurgie im Alter – Lebensalter als Ausschlusskriterium? 5
Verbände und Fachgesellschaften besiegelten ihren Schulterschluss 6

BAO POSITIONEN

Neuformulierung des § 7 des AOP-Vertrages seit dem 1. Januar 2010 10

BAO RECHT

Arzthaftpflicht: Wann können Patienten Schadensersatz fordern? 12

BAO PARTNER

Die PKG – politische Speerspitze der Praxiskliniken in Deutschland 13
IV-Verträge: Innovativer Qualitätswettbewerb statt Gleichmacherei 14

BAO QUALITÄT

Serie (Teil 2): Qualitätssicherung im medizinischen Bereich 16

BAO HONORAR

Gesundheitsökonomische Aspekte des Ambulanten Operierens 18

ETHICON – Bester Partner für die ambulante Chirurgie

Eine Information von Johnson & Johnson Medical Deutschland



ULTRAPRO® PLUG
VON ETHICON PRODUCTS –
DER ERSTE UND EINZIGE LEICHTGEWICHTIGE,
TEILRESORBIERBARE PLUG FÜR DIE
VERSORGUNG VON LEISTEN- UND
FEMORALHERNIEN



DERMABOND® HIGH VISCOSITY
VON ETHICON PRODUCTS –
HAUTKLEBER UND MIKROBIELLE BARRIERE
FÜR DEN SICHEREN WUNDVERSCHLUSS



TABOTAMP® FIBRILLAR
VON J&J WOUND MANAGEMENT BIOSURGICALS –
RESORBIERBARES HÄMOSTYPTIKUM
AUS OXIDIERTER, REGENIERERTER CELLULOSE



— ADVANCED STERILIZATION PRODUCTS

— BIOSENSE WEBSTER

— BREAST CARE

— CODMAN

— CORDIS

— DEPUY

— DEPUY MITEK

— DEPUY SPINE

— ETHICON ENDO-SURGERY

— ETHICON WOMEN'S HEALTH & UROLOGY

— EUROPEAN SURGICAL INSTITUTE

— JOHNSON & JOHNSON VISION CARE

— LIFESCAN

— ORTHO-CLINICAL DIAGNOSTICS

— THERAKOS

ETHICON

a Johnson & Johnson company

Johnson & Johnson
Wound Management
A Division of Johnson & Johnson MEDICAL GmbH

Seit über 50 Jahren betreuen wir Chirurgen in ihrer täglichen Arbeit als kompetenter Ansprechpartner und Lieferant von innovativen Produkten. Speziell für die ambulante Chirurgie haben wir unseren Service durch einen neu gegründeten Außendienst weiter verbessert. Für die umfassende Beratung über Produktinnovationen, Patientinformationen, Logistik und Abrechnung unserer verschiedenen Geschäftsbereiche steht Ihnen ein direkter Ansprechpartner zur Verfügung, der Sie zu den Themen **Nahtmaterial, Netze, Implantate, Hautkleber und Hämostyptika** umfassend berät und Ihnen wirtschaftliche und praxisrelevante Lösungen anzubieten hat. Ihre Johnson & Johnson Medical GmbH – Non Hospital Business.

Die Gutachter wiesen zunächst in einer ausführlichen, aktuellen Literaturrecherche nach, dass es bislang keine echten Kostenvergleiche zwischen Ambulant und Stationär in Deutschland gab – stattdessen jonglierten immer wieder Kostenträger und Leistungserbringer mit Millionen, ohne über valides Datenmaterial zu verfügen. Diesen Zustand hat der BAO mit seinem neuen Gutachten nun beendet.

Die arthroskopische Operation von Meniskusschäden am Kniegelenk wird in anderen europäischen Ländern in durchschnittlich 90 Prozent der Fälle ambulant erbracht, in Deutschland beträgt die entsprechende Quote erstaunlicherweise immer noch nur 32,5 Prozent. Das Gutachten zeigt, dass – verglichen mit den Kosten des stationären Aufenthaltes bei einer Verweildauer von einem Tag – bei ambulanter Durchführung pro Fall rund 290 Euro eingespart werden könnten. Allein für die Meniskus-OP berechneten die Gutachter in drei verschiedenen Szenarien der Verlagerung von Eingriffen aus dem stationären in den ambulanten Sektor Einsparpotenziale von 5,3 bis 38,9 Millionen Euro.

26 bis 520 Millionen Euro Einsparpotenzial

Die Analyse des DRG-Browsers hat uns auch am Beispiel dieser Behandlungsart überraschend gezeigt, dass unter der DRG I 24 Z noch 65 Prozent der Fälle als Normalliegender und 28 Prozent der Fälle als Kurzlieger stationär zu einem Preis von 1.160 bis 1.667 Euro vergütet wurden. Bei der Analyse dieser DRG-Fakten wurden weiterhin alle stationären Fälle gesondert betrachtet, die ohne codierte, relevante Nebendiagnose stationär behandelt wurden. Das Szenario B des Gutachtens geht davon aus, dass 70 Prozent dieser „Normalliegender“ ohne medizinische oder ethische Bedenken ambulant operiert werden könnten: Allein daraus errechnet sich bundesweit für diese einzelne Operation ein Einsparpotenzial von 27,25 Millionen Euro.

Die Gutachter betrachten systematisch und in identischer Weise Behandlungsfälle aus der Allgemeinchirurgie, aus der Neurochirurgie, aus der Unfall- und Handchirurgie, sowie der Gynäkologie, der Urologie und der HNO-Heilkunde. Für alle 25 dezidiert betrachteten Operationsarten weist das Gutachten in verschiedenen Szenarien Einsparmöglichkeiten in Höhe von 26 bis zu 520 Millionen Euro aus.

Die Ergebnisse des Gutachtens haben uns überrascht. Auch die beauftragten Experten staunten in den Monaten der

Praxisklinik München-West
Zentrum für Knie-, Hand- und Schulterchirurgie
Fürstenrieder Straße 69–71
80686 München
Tel.: 089 546888-0, Fax: 089 54688888
Dr.Axel.Neumann@bao-praesidium.de
www.chirurgie-orthopaedie.de



DR. AXEL NEUMANN

Bearbeitung und Recherche immer wieder darüber, welche Millionensummen fakultativ auf dem Gebiet des Ambulanten Operierens mobilisierbar sind. Es war nicht Aufgabe der Gutachter zu zeigen, warum die deutsche Gesundheitspolitik diesen Status Quo so hartnäckig beibehält und warum wir im internationalen Vergleich hinterherhinken. Sie kamen dennoch zu wichtigen Schlüssen und Empfehlungen:

1. Aus ökonomischer Perspektive empfehlen sie die Nutzung der Möglichkeiten des Ambulanten Operierens.
2. Eine höhere Vergütung für Ambulante Operationen könnte einen verstärkten Anreiz zur ambulanten Durchführung dieser Operationen bieten.
3. Eine Option wäre eine Pauschale analog zur stationären Vergütung mit entsprechenden Abschlägen, wie sie bereits vor langer Zeit im AOP-Vertrag (§ 20 Einführung eines pauschalierten Geldsystems) verankert war.
4. Die Gutachter empfehlen, das Ambulante Operieren durch spezifische Marketing-Maßnahmen transparenter und vorteilhafter für den Patienten darzustellen, so dass auch seitens der Patienten diese Behandlungsoption vermehrt nachgefragt und genutzt wird.
5. Sämtliche Maßnahmen müssten durch patientenfreundlich abgestimmte und zugängliche Infrastrukturen unterstützt werden, welche die Entscheidung für das Ambulante Operieren fördern.

Die Gutachter kommen in ihrer Zusammenfassung damit zu Erkenntnissen, welche die Ziele und strategischen Optionen des BAO bezüglich der Zukunft des Ambulanten Operierens stark und eindrucksvoll unterstützen.

Das Marketing für das Produkt Ambulantes Operieren darf jedoch nicht nur eingleisig auf die Patienten zielen, die schon jetzt – oft per Mund-zu-Mund-Propaganda – die Vorteile und den Komfort des Ambulanten Operierens untereinander bewerben. Marketingmaßnahmen müssen künftig auch direkt und verstärkt auf die Allgemein- und Fachärzte

IMPRESSUM**BAO Depesche**

Organ des Bundesverbandes Ambulantes Operieren (BAO)

Herausgeber und verantwortlich für den Inhalt

Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO) e.V.

Geschäftsstelle

Sternstorbrücke 1, 53111 Bonn

Tel.: 0228 692423

Fax: 0228 631715

baobonn@t-online.de

www.operieren.de

Redaktion

Antje Soleimanian, freie Medizjournalistin

Essener Straße 4, D3, 22419 Hamburg

Tel.: 040 32596116, Fax: 040 32596112

antje@soleimanian.de, www.soleimanian.de

Schriftleitung

Dr. Jörg Hennefründ, Oldenburg

(BAO-Pressereferent)

Grafik und Layout

Stefan Behrendt, bbpm Mediendesign

Löwenstraße 54, 20251 Hamburg

Tel.: 040 4220550, Fax/UMS: 01803 5501801-80648

stefan.behrendt@bbpm.de, www.bbpm.de

Verlag, Anzeigen und Vertrieb

MWD UG (haftungsbeschränkt)

Wolfgang Trede, Anzeigenleitung

Brombeerweg 111, 25479 Ellerau

Tel.: 04106 6270023, Fax: 04106 804041

w.trede@medizinische-wirtschaftsdienste.de

www. medizinische-wirtschaftsdienste.de

Druck

Lehmann Offsetdruck GmbH

Kösliner Weg 20, 22850 Norderstedt

Tel.: 040 3085800-0, Fax: 040 3085800-49

info@lehmann-offsetdruck.de

www.lehmann-offsetdruck.de

Haftung

Verlag, Herausgeber und Redaktion können trotz sorgfältiger Prüfung keine Haftung für die Richtigkeit der Veröffentlichung übernehmen. Mit Namen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Der Leser und Anwender ist verpflichtet, insbesondere Dosierungsangaben und Applikationsformen im Einzelfall selbst auf ihre Richtigkeit zu überprüfen.

Urheberrechte

Alle in dieser Depesche erscheinenden Beiträge sind urheberrechtlich geschützt und dürfen nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Herausgebers in irgendeiner Form vervielfältigt werden.

Druckauflage und Erscheinungsweise

1.500 Exemplare, erscheint dreimal pro Jahr.

zielen, die alternativ eine ambulante oder eine stationäre Behandlung indizieren und damit verantworten. Auch in diesem Sektor gesundheitspolitischer Maßnahmen sind viele Verbesserungen der Kommunikation und transparenten Information möglich und dringlich angezeigt. Hier gilt es umgehend Anreizsysteme zu installieren, die eine Förderung des Ambulantes Operierens im Sinne einer Frequenzzunahme durch ärztliche Indikationsstellung bewirken.

Ausgleich für duale Finanzierung schaffen

Die Gutachter haben explizit auch die unterschiedliche Finanzierung von Leistungserbringern aus den beiden verschiedenen Sektoren thematisiert. In den vergangenen Jahren hat die Zahl ambulanter Operationen an Kliniken gegenüber dem vertragsärztlichen Sektor überproportional zugenommen. Angesichts der Tatsache, dass ambulant operierende Krankenhausambulanzen faktisch dual finanziert sind, muss für vertragsärztliche (freiberufliche) Operateure und Zentren dringend ein Ausgleich geschaffen werden.

Eine strenge Fehlbelegungsprüfung durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (oft zum Nachteil für alte oder sozial schwache Patienten) kann die Anzahl der ambulanten Operationen in Deutschland nicht wesentlich erhöhen – auch das lässt sich aus den Zahlen des Gutachtens lesen. Die Bestrafung von Krankenhäusern ist daher kein geeignetes Anreizsystem für ambulante vertragsärztliche OP-Zentren, ihre Frequenz zu erhöhen. Die berechneten Einsparpotenziale von mehreren Hundert Millionen Euro können vielmehr nur dann tatsächlich zum Vorteil der Kassen realisiert werden, wenn ein Teil dieses Volumens als Investitionshilfe für Anbieterstrukturen und für intensives Marketing bei Patienten und Ärzten verwendet wird.

Der BAO wird die Inhalte und Ergebnisse dieses Gutachtens breit kommunizieren und in die Öffentlichkeit tragen. Wir sind uns dabei der Unterstützung unserer kooperierenden Berufsverbände sicher. Es wird schwierig, aber möglich sein, unseren jungen Bundesgesundheitsminister von der gesundheitsökonomischen Relevanz dieser Daten zu überzeugen und ihn aufzufordern, Taten folgen zu lassen!

Packen wir es an! Mit besten kollegialen Grüßen

Dr. Axel Neumann

Das vollständige Gutachten finden Sie im Internet unter www.operieren.de

Ambulante Chirurgie im Alter: Das Lebensalter allein ist noch kein Ausschlusskriterium

Über Möglichkeiten und Grenzen ambulanter Narkosen bei älteren Patienten berichteten Elmar Mertens und Dr. Klaus Bäcker

Von Dr. Hans-Peter Schäfer

Im Rahmen des BNC-Kongresses und der BAO-Jahrestagung in Nürnberg fand am 6. März 2010 eine Sitzung zur ambulanten Chirurgie im Alter statt. Hierbei berichtete Elmar Mertens vom Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA) über die Möglichkeiten und Grenzen ambulanter Narkosen. Er trat dabei dem hierzulande immer noch weit verbreiteten Vorurteil entgegen, dass ältere Patienten per se nicht sicher ambulant operiert und anästhesiert werden könnten. Lebensalter als Indikator sei kein Grund, einem Patienten von einer ambulanten Operation abzuraten.

Entscheidend bei der Auswahl für ambulante Operationen sei der allgemeine Gesundheitszustand des Patienten – und dieser sei schließlich unabhängig vom Alter. In gewohnt launiger Art erklärte Mertens: „Ein 4 x 40er Patient – sprich: 40 Jahre alt, 40 Zigaretten am Tag, ein BMI von 40 und Atemnot nach 40 Treppenstufen – bringt wesentlich mehr und gravierendere Risiken mit als ein rüstiger 75-Jähriger.“

Mertens erinnerte jedoch an das Problem der postoperativen Nachsorge nach ambulanten Operationen: „Bislang haben wir keine Konzepte für die postoperative häusliche Nachbetreuung durch Pflegedienste oder Home-Nurse-Modelle, es fehlen auch Abrechnungsmöglichkeiten für die postoperative häusliche Nachsorge nach ambulanten Eingriffen.“ Derartige Konzepte seien weitaus sinnvoller und zielführender als starre Altersgrenzen beim Ambulanten Operieren.

Ältere sind weniger schmerzempfindlich

Untermuert wurden Mertens Aussagen von Dr. Klaus Bäcker von der Firma Medialtex. Bäcker konnte anhand einer Auswertung von AQS1-Patientenfragebögen zeigen, dass leichtere, aber gut beherrschbare Komplikationen bei über 75-jährigen Patienten zwar etwas häufiger auftreten, dafür zeigte diese Patientengruppierung aber im postoperativen Verlauf eine geringere Schmerzempfindlichkeit und deutlich bessere Kreislaufstabilität als jüngere Patienten.

Beisitzer im BAO-Vorstand
Anästhesie OWL – Überörtliche Partnerschaft
Praxiskliniken Detmold und Gütersloh
Röntgenstraße 16, 32756 Detmold
Tel.: 05231 9102200, Fax: 05231 9102250
dr.hans-peter.schaefer@bao-praesidium.de
www.anaesthesie-owl.de



DR. HANS-PETER SCHÄFER

Fazit: Alter allein ist kein Argument gegen eine ambulante Operation. Limitierende Faktoren sind vielmehr der altersunabhängige, allgemeine Gesundheitszustand des Patienten sowie die immer häufiger – Stichwort Single-Haushalte – nicht sichergestellte postoperative häusliche Betreuung.



CHIRURGISCHE NAHTMATERIALIEN ALLER ART

Die Catgut GmbH ist ein traditionelles Unternehmen, das auf eine über 100jährige Firmengeschichte verweisen kann. Profitieren Sie von dieser langjährigen Erfahrung, modernsten Nahtmaterialien und dem besonderen Engagement der Mitarbeiter, Ihnen einen perfekten Service zu bieten.

Catgut GmbH, Gewerbepark 18, 08258 Markneukirchen
Internet: www.catgut.de, E-Mail: catgut@catgut.de
Telefon: 037422/5830, Fax 037422/58339

**100 Jahre Qualität -
im Interesse von Arzt und Patient!**

Verbände und Fachgesellschaften besiegelten ihren engen Schulterschluss

Die BAO-Jahrestagung zusammen mit dem 12. BNC-Bundeskongress vom 5. bis 7. März 2010 in Nürnberg war ein Erfolg auf ganzer Linie

Von Antje Soleimanian

Es sollte nur ein kurzes Grußwort werden, denn die Zeit des bayerischen Staatsministers für Umwelt und Gesundheit Dr. Markus Söder (CSU) war knapp bemessen. Doch dann sprach er mehr als 40 Minuten lang. Noch vor der eigentlichen Kongresseröffnung durch BNC-Präsident Dr. Dieter Haack am Freitag, den 5. März 2010, schilderte Söder dem Plenum seine Sicht der aktuellen Gesundheitspolitik.

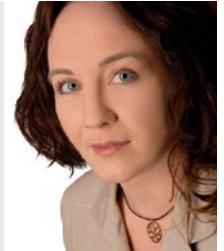
Wären die Zuhörer von Politikern ein gewisses Maß an Worttreue gewohnt, hätte Söder ganz sicher donnernden Applaus erhalten. So blieb es bei verhaltener Zustimmung zu seinen Ausführungen: Söder betonte den Wert der ärztlichen Freiberuflichkeit, lobte die Qualität des deutschen Gesundheitswesens und kritisierte dessen Überregulierung. „Für mich ist das Arzt-Patienten-Verhältnis der Maßstab, an dem sich das System orientieren muss“, erklärte der Minister. Allerdings dauere ein durchschnittlicher Arzt-Patienten-Kontakt nur sieben Minuten, die Dokumentation dieses Kontakts koste den Arzt hingegen 15 Minuten.

Staatsminister Söder schmeichelte den Ärzten

„Dabei hat keine Dokumentation jemals heilende Wirkung entfaltet“, sagte Söder. In der Deregulierung lägen daher die wahren Effizienzreserven des Systems. Auch bei den Kassen, deren Verwaltungen jährlich neun Milliarden Euro verschlingen, könne er sich Sparmaßnahmen vorstellen. Bislang arbeiteten die Akteure im Gesundheitswesen leider meist gegeneinander: „Ich habe Verhandlungen zwischen KVen und Krankenkassen erlebt... Da erreichen meine beiden Jungs ein sozial höheres Niveau, wenn sie sich um ihr Feuerwehrauto streiten.“

Söder schmeichelte, als eigentliche Leistungsträger müssten endlich die Ärzte gestärkt werden: „Die bayerische Staatsregierung steht da ganz an Ihrer Seite.“ BNC-Präsident Dr. Dieter Haack kommentierte die Worte seines Vorredners: „Die Botschaft hör' ich wohl, allein mir fehlt der Glaube.“ Denn auch nach über 100 Tagen im Amt falle die Regierung

Freie Medizinerjournalistin
Essener Straße 4, D3, 22419 Hamburg
Tel.: 040 32596116, Fax: 040 32596112
antje@soleimanian.de
www.soleimanian.de



ANTJE SOLEIMANIAN

mehr durch „tatkräftiges Nichtstun“ auf als durch gesundheitspolitische Reformarbeit. Haack unterzog eine Reihe von Punkten aus dem Koalitionsvertrag einem Realitäts-Check, zum Beispiel: „Da heißt es, die freie Arztwahl solle erhalten bleiben – dennoch müssen Patienten, die in einen Vertrag nach § 73b SGB V eingeschrieben sind, erst ihren Hausarzt konsultieren, bevor sie einen Facharzt aufsuchen dürfen.“

Zusatzbeiträge fließen kaum in die Versorgung

Der BNC-Präsident kritisierte auch, dass nur ein geringer Anteil der künftig unvermeidlichen GKV-Zusatzbeiträge überhaupt in die Patientenversorgung fließen wird: Fast die Hälfte der acht Euro würden gebraucht, um die Zusatzbeiträge überhaupt einzutreiben. „Das ist kaum mehr als eine Arbeitsbeschaffungsmaßnahme für Versicherungsangestellte“, stichelte Haack.

Auch auf die Selbstverwaltung war der BNC-Präsident nicht gut zu sprechen. Mit Blick auf die Vorbereitungen auf eine erneute Honorarreform prophezeite Haack: „Es läuft wieder auf das alte System mit roten, gelben und grünen Budgets hinaus, wir erleben bald die Rückkehr in das Jahr 1996.“ Haack zitierte den aktuellen Euro Health Consumer Index (EHCI), der Deutschland als ein „geheimnisvolles Land“ eingestuft habe, weil sein Gesundheitssystem die Versicherten kaum einschränke: „Jeder Patient kann einen Arzt seiner Wahl aufsuchen, wann immer er will.“ Den Autoren des Index sei unbegreiflich, warum deswegen hierzulande nicht die Kosten aus dem Ruder laufen. Der BNC-Präsident erklärte:

„Ich kann dieses Geheimnis lüften. Zu viele von uns lassen sich einfach nicht davon abhalten, kostenlos zu arbeiten.“

Die Namen und Redebeiträge von Haacks Nachrednern zeigten, dass der diesjährige BNC-Kongress ganz im Zeichen der verbändeübergreifenden Kooperation stand. Denn erstmals beteiligten sich auch der Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO) und die Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie (DGPW) an der Programmgestaltung.

Einigkeit der Operateure beschworen

Aber auch zum Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) und zum Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC) hat der BNC seine Fühler ausgestreckt. Gute Kontakte zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) pflegt der Verband ohnehin seit Jahren.

Und so beschwor eine illustre Runde die Einigkeit der Operateure aller Fachrichtungen. BAO-Präsident Dr. Axel Neumann lobte die Zusammenarbeit mit dem BNC, stellte aber auch die Besonderheit seines Verbandes heraus: „Die großen Berufsverbände müssen sich um alle Mitglieder kümmern, der BAO kann sich auf diejenigen konzentrieren, die operativ tätig sind.“ BVOU-Vize Dr. Peter Heppt erklärte, das Auseinanderdividieren der Fachgruppen ergebe keinen Sinn, „ich verstehe die Einladung zu diesem Kongress daher auch als Einladung zur engeren Kooperation.“ Heppt erklärte außerdem, er setze große Hoffnung auf Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler, „immerhin seit 50 Jahren der erste Arzt auf diesem Posten“.

BDC-Präsident Professor Michael Polonius kündigte an, der BDC wolle sich im kommenden Jahr ebenfalls am BNC-

Kongress beteiligen: „Unsere Kooperation mit dem BNC ist mittlerweile auf einem sehr guten Weg.“ Untereinander sollten die Chirurgen durchaus über den besten Weg streiten, „doch nach außen sollten wir mit einer Stimme sprechen“, forderte Polonius.

Angesichts einer zunehmenden „Ambulantisierung“ der Chirurgie warb DGCH-Präsident Professor Reiner Gradinger für mehr sektorenübergreifende Kooperation: „In den kommenden Jahren werden 500 Krankenhäuser geschlossen. Daraus ergeben sich Chancen für niedergelassene Kollegen, die Aufgabenbereiche dieser Kliniken zu übernehmen.“

Weniger Grabenkämpfe, mehr Kooperation

Auch Gradinger mahnte das geschlossene Auftreten der Chirurgen nach außen an: „Politikern ist es bislang immer wieder gelungen, einzelne Gruppen der Ärzteschaft gegeneinander auszuspielen.“ Anstatt sich gegenseitig Grabenkämpfe zu liefern, sollten Ärzte verstärkt kooperieren und gemeinsam Stärke zeigen. Er betonte ausdrücklich, dass auch niedergelassene Chirurgen in der DGCH willkommen seien – eine Einschätzung, der sein Generalsekretär Professor Hartwig Bauer praktisch nichts mehr hinzuzufügen hatte.

Weniger Einigkeit und dafür umso mehr kontroverse Diskussion der Redner erlebten die Kongressteilnehmer am Samstagvormittag bei der politischen Podiumsdiskussion unter dem Motto „Nach der Wahl ist vor der Wahl: Gesundheitsökonomie versus Gesundheitspolitik, Kollektivvertrag versus Selektivvertrag – Wer übernimmt die Sicherstellung?“ Als Kritiker von Selektivverträgen bekannte sich der Vorsitzende der ANC Westfalen-Lippe Dr. Karl-Dieter Stotz, der den Vortragsreigen mit dem ärztlichen Blick auf die

Digitales Röntgen

ab **19,99 €** /Tag

»Wir bieten Ihnen verschiedene Komplettlösungen von CR bis DR mit vielen Optionen zum attraktiven Tagespreis.«

BEISPIEL

EXAMION CR3X-PRO

Perfekte Bildqualität und hohe Zuverlässigkeit



19,99 € /Tag

EXAMION®

INTERNET	www.examion.de
EMAIL	info@examion.de
TELEFON	0711 / 12 00 02 - 130
TELEFAX	0711 / 61 8912
ADRESSE	Arzt & Praxis GmbH Maybachstraße 39 70469 Stuttgart

*Alle Preise pro Tag, zzgl. MwSt. bei einer Laufzeit von 36 Monaten. Installationspauschale ist im Paketpreis nicht enthalten. Produktähnliche Abbildung. Änderungen, die dem technischen Fortschritt dienen, sowie Irrtümer vorbehalten.

Versorgungslandschaft der Zukunft eröffnete. „Kann man denn guten Gewissens über Sonder- und Selektivverträge verhandeln, wenn nicht einmal mehr die Grundversorgung gesichert ist?“, fragte Stotz mit Blick auf die niedrigen chirurgischen Regelleistungsvolumina (RLV), die in Westfalen-Lippe nunmehr bei 23,59 Euro liegen.

„Die vergangenen Monate mit ihren widrigen Witterungsverhältnissen und gehäuften Frakturen sowie Sturzverletzungen haben gezeigt, dass die Morbidität der Bevölkerung einfach bei uns abgeladen wird“, kritisierte Stotz. „Diese Patienten kommen mehrfach im Quartal, alles für eine Flatrate von 23,59 Euro RLV.“

Erlitten dieselben Patienten hingegen im Skiurlaub einen Unfall, dann erstatte ihnen ihre Krankenkasse bereitwillig Rechnungen von 500 Euro für die Behandlung von Schulterdistorsionen durch die Schweizer Kollegen, wettete Stotz weiter: „Das ungerechte System gefährdet nicht nur die Sicherstellung, es beschädigt auch nachhaltig unsere Selbstachtung.“

Breite politische Allianz für Priorisierung

Mit der Finanzgrundlage und der Verteilungsgerechtigkeit im GKV-System beschäftigte sich auch Professor Fritz Beske vom Kieler Institut für Gesundheits-System-Forschung. Sein demographischer Ausblick war beunruhigend: Während die deutsche Bevölkerung bis zum Jahr 2050 von 82 auf 67 Millionen Menschen schrumpfen werde, werde die Zahl der Hochbetagten um zehn Millionen steigen.

„2050 wird ein Erwerbstätiger für einen Rentner aufkommen müssen – und für die damit einhergehende Morbidität“, prophezeite Beske und warnte: „Diese Rechnung kann nicht aufgehen! Schon heute haben wir 2,2 Millionen Pflegebedürftige, und ihre Zahl wird sich bis 2050 verdoppeln.“

Leistungskatalog an Geldmittel anpassen

Der Kieler Gesundheitsökonom rechnete weiter vor: „Ein Zehnjähriger kostet die GKV jährlich 800 Euro, ein 40-Jähriger bereits 1.200 Euro. Für einen 90-Jährigen gibt die GKV dann knapp 5.000 Euro pro Jahr aus.“ Unabhängig von demographischen Faktoren seien auch die Kosten des medizinischen Fortschritts nur schwer vorhersehbar. Bei unverändertem GKV-Leistungskatalog und einem beziehungsweise zwei Prozent Kostensteigerung infolge des

medizinischen Fortschritts müssten die GKV-Beiträge folglich auf 27 beziehungsweise 43 Prozent angehoben werden. „Wir haben in der Vergangenheit über unsere Verhältnisse gelebt und tun es leider nach wie vor“, warnte Beske. Der Gesundheitsökonom forderte, das GKV-Leistungsvolumen endlich an die verfügbaren Geldmittel anzupassen.

Reihenfolge von Behandlungen festlegen

Die Priorisierung und damit Festlegung der Reihenfolge von Behandlungen nach Wertigkeit sei hierfür ein geeignetes Instrument. Den Weg zur Priorisierung stellt Beske sich so vor: „Die Politik sollte der Ärztekammer den Auftrag erteilen, in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften Priorisierungslisten zu erstellen.“ Der Anstoß müsse primär aus der Politik kommen, betonte Beske, der für seinen Vortrag stehende Ovationen erhielt, „doch davon sind wir derzeit leider weit entfernt.“

Ein wenig milder ging der Hamburger KV-Vize Walter Plassmann mit der Politik ins Gericht: Immerhin eines habe sich seit dem Amtsantritt von Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler verbessert: „Wenn KBV-Chef Dr. Andreas Köhler zu Ulla Schmidt ging, kam er lediglich mit einem Haufen Direktiven zurück. Rösler hingegen redet wirklich mit uns.“

KVen im erzwungenen Dornröschenschlaf

Unzufrieden sei man bei der ärztlichen Selbstverwaltung aber mit der Aufforderung Röslers, die KBV möge sich für zwei Jahre in einen Dornröschenschlaf zurückziehen – denn vorerst wolle er seine Mitarbeiter im Ministerium ausnahmslos für die Reform der Finanzierungsgrundlagen der GKV einspannen. Die KVen hingegen möchten lieber heute als morgen auf ihren vielen Baustellen aktiv werden: „Da ist zum Beispiel der § 116b SGB V, der den Kliniken ungehinderten Zugang zur ambulanten Versorgung verschafft“, sagte Plassmann. Und natürlich das leidige Thema Selektivverträge, die der Selbstverwaltung Mehrarbeit durch die fehleranfällige Bereinigung der Gesamtvergütung bei sinkenden Einnahmen beschere.

Ärzte begäben sich durch Selektivverträge zudem in ein gefährliches Abhängigkeitsverhältnis, warnte Plassmann: „Anders als im KV-System haben Sie im Selektivvertrag keine Widerspruchsmöglichkeit, sondern müssen bei Problemen gleich vor das Sozialgericht ziehen.“

Stichwort Regreßverfahren

Über niedergelassenen Medizinern mit Kassenzulassung hängt stets das Damoklesschwert eines Regreßverfahrens durch die Kassenärztliche Vereinigung wegen z. B. unwirtschaftlicher Behandlung oder Budgetüberschreitung. Die Anzahl entsprechender Regreßverfahren hat in den vergangenen Jahren stark zugenommen und auch die Höhe der Rückforderungsansprüche stieg deutlich an.

Sichern Sie sich für die sich daraus ergebenden Risiken mit einer Regreß-Versicherung ab. Diese deckt sowohl die entsprechenden Abwehrkosten als auch den Rückforderungsbetrag selbst, falls dieser mit Erfolg geltend gemacht wird.

Fordern Sie noch heute mit dem unten stehenden Coupon ein auf Ihre Praxis zugeschnittenes Angebot an.



INTERNATIONALE VERSICHERUNGSMAKLER
UND RISK CONSULTANTS

Funk Gruppe GmbH | Valentinskamp 20 | 20354 Hamburg | fon +49 40 35914-0

Bitte per E-Mail, Fax oder Post an uns senden. Wir kontaktieren Sie umgehend.

■ Ihr Angebot zur Regreß-Versicherung

Ich bitte um ein Angebot zur Regreß-Versicherung.

Name, Vorname _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Ort _____

Niederlassungsform

- Einzelpraxis
- Gemeinschaftspraxis/Partnersgesellschaft (bitte Namen der einzelnen Partner angeben)
- Praxisgemeinschaft (bitte Namen der einzelnen Partner angeben)

KV-übergreifende Gemeinschaftspraxis ja nein

Wenn ja, Angabe des Stammsitzes der Praxis _____

Geburtsdatum _____

Telefon, Fax _____

E-Mail _____

Fachrichtung I _____

Sonstige Kooperationsformen (z. B. MVZ, Praxisklinik etc.)

Anzahl der Vertragsarztsitze _____

Anzahl der Leistungserbringer _____

Namen der Leistungserbringer _____

Unterschrift _____

Kontakt:

Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH
Funk Ärzte Service
Valentinskamp 20
20354 Hamburg

E-Mail: s.wilhelmi@funk-gruppe.de
fax 040 35914-285
fon 040 35914-423

FUNK-GRUPPE.COM

Neuformulierung des § 7 des AOP-Vertrages seit dem 1. Januar 2010 für Vertragsärzte

Vertragsärzte sollten alle AOP- und Folgeleistungen konsequent dokumentieren und gegen ihre Honorarbescheide Widerspruch einlegen

Von Elmar Mertens

Die von den drei Partnern des AOP-Vertrages zum Jahresanfang 2010 vorgenommene Änderung des § 7 hat Vertragsärzte und auch KVen erheblich verunsichert. Neben strukturellen Fragen geht es – wie immer in der Geschichte des Vertrages – vor allem um Fragen der Vergütung und Sachkostenerstattung. Die Krankenkassen sind es nicht gewohnt, das Morbiditätsrisiko zu tragen, selbst wenn es nur für einen kleinen Teil der GKV-Leistungen insgesamt gilt. Sie lebten seit Jahren in der komfortablen Situation, dass sich die Leistungserbringer in ihren jeweiligen Budgetierungssystemen die einzelnen Leistungen selber abwerten.

§ 115b erlaubt nur unbudgetierte Vergütung

Die seit der Einfügung des § 115b ins SGB V unveränderte Formulierung zur einheitlichen Vergütung für Krankenhäuser erlaubt prinzipiell nur ein unbudgetiertes Vergütungssystem. Dies muss nicht zwangsläufig der EBM sein, vielmehr können die Vertragspartner auch andere (etwa DRG-orientierte) Vergütungen vereinbaren. Da es für Krankenhäuser keine den Gesamtvergütungen der KVen (§ 85 ff) vergleichbaren regionalen Budgets gibt, kam Absatz 5 des § 115b nie zum Tragen, der es den Partnern des AOP-Vertrages ermöglicht, ein gemeinsames Budget für die Leistungen des AOP-Kataloges einzurichten.

Aus der Vorschrift einer einheitlichen Vergütung ergibt sich prinzipiell, dass sämtliche das vertragsärztliche Honorar einschränkende Vorschriften der §§ 85ff des SGB V nicht für Leistungen des AOP-Kataloges gelten. Dies betrifft auch Folgevorschriften, etwa beim Jobsharing: Schließlich sind Krankenhäuser – anders als Vertragsärzte – unter anderem nicht dazu verpflichtet, eine Leistungsausweitung zu vermeiden.

Diese Interessenskonflikte führten 2006 dazu, dass der AOP-Vertrag mangels Einigung der drei Vertragsparteien durch das (erweiterte) Bundesschiedsamt festgelegt werden musste. Angesichts der eindeutigen gesetzlichen

Berufsverband
Deutscher Anästhesisten (BDA)
Referat für den vertragsärztlichen Bereich
Trierer Straße 766, 52078 Aachen
Tel.: 0241 4018533, Fax: 0241 4018534
bda-mertens@t-online.de
www.bda-nuernberg.de



ELMAR MERTENS

Rahmenbedingungen beschloss das Bundesschiedsamt ab 1. Oktober 2006 erstmals eine einheitliche und unbudgetierte Vergütung zu einem feststehenden Punktwert.

Nicht ausdrücklich wurde bestimmt, dass dieser Punktwert vor der Leistungserbringung festzustehen habe. Mit dieser (für Vertragsärzte revolutionären) Festlegung wurden Leistungen aus der gedeckelten Gesamtvergütung herausgelöst und in einen völlig freien Bereich verlagert. Dies erforderte eine „Bereinigung“ der Gesamtvergütung der KVen, die allein deshalb notwendig ist, damit die entsprechenden Leistungen für die Folgejahre bei der Gesamtvergütung nicht mehr sockelwirksam werden.

Verfahren zum § 115 b kann noch dauern

Gegen die Entscheidung des Bundesschiedsamtes legten die Krankenkassen 2006 Klage beim Sozialgericht (SG) Berlin ein, ohne dass bislang eine Verhandlung stattgefunden hätte. Im Falle einer Entscheidung und nachfolgenden Revision ist die nächste Instanz das Landessozialgericht (LSG) Berlin/ Brandenburg – das ganze Prozedere kann also dauern.

Neben der Klage in der Hauptsache stellten die Krankenkassen zusätzlich einen Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz, um zu verhindern, dass die Neuregelung regional umgesetzt wird. Dieser Antrag wurde vom SG Berlin im Jahr 2008 abgelehnt. Gegen diese Ablehnung legten die Spitzenverbände der Krankenkassen dann vor dem LSG erfolgreich Beschwerde ein. Daher ist der § 7 des AOP-Vertrages zunächst nicht umzusetzen. Auf KV-Ebene vereinbarten

§ 7 VERGÜTUNG (ALT, 17. AUGUST 2006)

(1) Die im Katalog nach § 3 aufgeführten ambulant durchführbaren Operationen und stationärer Eingriffe und die nach den §§ 4, 5 und 6 erbrachten Leistungen des Krankenhauses und der Vertragsärzte werden auf der Grundlage des EBM, seiner Abrechnungsbestimmungen und gegebenenfalls des BMÄ und der E-GO nach einem festen Punktwert außerhalb der budgetierten und pauschalierten Gesamtvergütungen vergütet. Den Punktwert legen die Gesamtvertragspartner fest. Bei der Punktwertfestlegung ist neben der Morbiditätsentwicklung die Anzahl der stationären und ambulanten Operationen im jeweiligen Bereich zu berücksichtigen. Die Gesamtvertragspartner bestimmen die Bereinigung der Gesamtvergütungen auf der Grundlage des Jahres 2005.

§ 7 VERGÜTUNG (NEU, 1. JANUAR 2010)

(1) Die im Katalog nach § 3 aufgeführten ambulant durchführbaren Operationen und stationärer Eingriffe sowie die nach den §§ 4, 5 und 6 erbrachten Leistungen des Krankenhauses und der Vertragsärzte werden mit den Preisen für den Regelfall der für den Standort des Krankenhauses geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87 a Abs. 2 SGB V bzw. den diesen zu Grunde liegenden Punktwerten und den Punktzahlen des EBM (gegebenenfalls BMÄ / E-GO) außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Die Regelungen nach Satz 1 werden für Vertragsärzte bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung in dem Verfahren vor dem Sozialgericht Berlin (Az.: S 79 KA 977/06) und der Vereinbarung dadurch ggf. erforderlicher Anpassungen durch die Vertragsparteien ausgesetzt.

die Partner der Gesamtverträge allerdings fast überall, den Schiedsamtsspruch umzusetzen. Die Kollegen in den verbleibenden KV-Bezirken sollten den Honorarbescheiden widersprechen und das Verfahren bis zur endgültigen juristischen Klärung weiterverfolgen.

Kassen drücken sich um das Morbiditätsrisiko

Nach Kündigung des AOP-Vertrages in der Version des Bundesschiedsamtes einigten sich die drei Vertragspartner auf eine Neufassung des AOP-Vertrages zum 1. Januar 2010. Da die Krankenkassen weiter hoffen, mit den Ambulanten Operationen wenigstens einen Teil des Morbiditätsrisikos zurück in die Gesamtvergütung verlagern zu können, setzten sie eine Klausel im § 7 des AOP-Vertrages Absatz 1 durch, der diese Option beinhaltet. Im Prinzip bleibt es im AOP-Vertrag also bei der früheren, die Vertragsärzte begünstigenden Regelung – allerdings soll diese ausgesetzt werden, bis das SG Berlin entschieden hat.

Unabhängig vom § 115b hatte der Bewertungsausschuss beschlossen, dass die Leistungen der EBM-Kapitel 31 und 36 unbudgetiert und außerhalb der Gesamtvergütung zu honorieren sind. Diese Entscheidung betrifft „zufällig“ auch den ersten Abschnitt des AOP-Kataloges, da dieser viele Leistungen des Kapitels 31 umfasst. So lange der Bewertungsausschuss hier keine abweichende Entscheidung trifft, sind weite Leistungsbereiche des Ambulanten Operierens also von der Neufassung des AOP-Vertrages nicht betroffen.

Anders ist es jedoch bei allen anderen Leistungen: Da die Krankenhäuser bei ihrer Abrechnung mit den Kassen den Vertragsärzten gleichgestellt sind, erhalten sie die Grund-

pauschale und das Honorar für die erbrachten Leistungen aus den Fachgruppenkapiteln in voller Höhe. Die Regelleistungsvolumen (RLV) der Vertragsärzte liegen allerdings derzeit teilweise weit unter der Grundpauschale, so dass weder diese, noch eventuelle weitere Leistungen aus dem Fachgruppenkapitel vollständig vergütet werden. Laut AOP-Vertrag hat der Vertragsarzt darauf jedoch einen Anspruch.

Alle § 115b-Fälle konsequent kennzeichnen

Gleiches gilt für Leistungen der Abschnitte 2 und 3 des AOP-Kataloges und die entsprechenden Folgeleistungen (etwa Anästhesieleistungen). Auch diese Leistungen kann der Vertragsarzt nur innerhalb der Gesamtvergütung und budgetiert abrechnen, obwohl Kliniken sie unbudgetiert honoriert bekommen. Leider haben viele KVen nicht begriffen, welche Chancen in einer offensiven Verhandlungsstrategie gegenüber den Kassen sowohl für die ambulanten Operateure als auch für alle anderen Ärzte des Versorgungsbereiches liegen, da die Herausnahme aus der Gesamtvergütung diesen Versorgungsbereich entlasten würde.

Nur durch konsequente Kennzeichnung aller § 115b-Fälle und ihrer Folgeleistungen – möglichst über OPS und auch mit den Codes, die der EBM noch nicht kennt oder über eine „Kunstziffer“ wie die 88115 – lässt sich der Leistungsumfang dokumentieren, für den der Vertragsarzt sein Honorar für den gesamten Behandlungsfall unbudgetiert einfordert. In KVen, die sich hierbei nicht kooperativ zeigen, wird nur der seine Rechte wahren können, der konsequent gegen jeden Honorarbescheid Widerspruch einlegt und die Folgeverfahren bis zur abschließenden Entscheidung der zuständigen Sozialgerichte weiter verfolgt.

Arzthaftpflichtrecht: Wann können Patienten Schadensersatz von ihrem Arzt fordern?

Teil 1: Haftung nach dem Behandlungsvertrag sowie deliktische Haftung bei Behandlungs- und / oder Aufklärungsfehlern

Von Dr. Ralf Großbölting und Dr. Matthias Kronenberger

Schätzungen zufolge kommt es jährlich zu rund 10.000 neuen haftungsrechtlichen Auseinandersetzungen im Zusammenhang mit ärztlichen Behandlungen. Haftungsgrundlage ist zum einen der Behandlungsvertrag oder zum anderen die „unerlaubte Handlung“, auch deliktische Haftung genannt. Aus einem Behandlungsvertrag resultieren besondere Pflichten, deren Verletzung zu einer Schadensersatzpflicht führen kann. Die deliktische Haftung kommt – etwa im Falle angestellter Ärzte – auch ohne eine Vertragsbeziehung zum Patienten zum Tragen.

Beispiel: Die Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis) der Dres. A, B und C, eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR), ist auf Ambulante Operationen spezialisiert. Die Praxis beschäftigt Herrn D als angestellten Arzt. Herrn D unterläuft bei einer Operation ein Kunstfehler. Der Behandlungsvertrag wurde mit der Praxis geschlossen, so dass die GbR für die Verletzung des Behandlungsvertrages geradestehen muss. Die Gesellschafter haften für die Verbindlichkeiten persönlich, daher kann er jeden einzelnen von ihnen haftbar machen. Mit D besteht kein Behandlungsvertrag, aber D hat die Operation durchgeführt. Er haftet unter dem Gesichtspunkt der unerlaubten Handlung.

Behandlungs- und / oder Aufklärungsfehler

Sowohl bei der vertraglichen als auch bei der deliktischen Haftung haftet der Arzt für einen Behandlungsfehler und / oder für einen Aufklärungsfehler. Die Grundvoraussetzungen gleichen sich hierbei: Zum einen muss ein Fehler vorliegen, und zweitens muss ein Gesundheitsschaden beim Patienten entstanden sein. Drittens muss zwischen dem Fehler und dem Gesundheitsschaden eine Kausalität bestehen.

Der Behandlungsfehler ist der „klassische“ Fall der Arzthaftung, obgleich der Begriff des Behandlungsfehlers nicht klar definiert ist. Die Rechtsprechung knüpft daher an den Stand der medizinischen Wissenschaft an: Die Behandlung muss sich am Standard eines gewissenhaften Facharztes messen

Fachanwalt für Medizinrecht
Justiziar des BAO
kwm-Rechtsanwälte
Tel.: 030 2061433, Fax: 030 20614340
grossboelting@kwm-rechtsanwaelte.de
kwm-rechtsanwaelte.de



DR. RALF GROSSBÖLTING

lassen. Dieser Sorgfaltsmaßstab orientiert sich an objektiven Kriterien: Der Arzt wird also immer – ohne Rücksicht auf seine individuellen Fähigkeiten – an der Sorgfalt des erfahrenen und gewissenhaften Fachvertreters gemessen.

Objektive Haftung vs. subjektive Fähigkeiten

Beispiel: Der Patient verliert in der Praxis von M während einer Blutabnahme das Bewusstsein. Der Arzt reagiert zunächst besonnen und misst den Blutdruck, dessen Werte sich jedoch plötzlich dramatisch verschlechtern. M verliert den Überblick und verabreicht ein falsches Medikament, auf das der Patient bekanntermaßen allergisch reagiert. M ist objektiv haftbar, auch wenn er in der konkreten Situation seine subjektiven Fertigkeiten ausgeschöpft hat.

Vorsicht ist dort geboten, wo aus medizinischer Sicht notwendige Maßnahmen mit Rücksicht auf das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der GKV sind. Auch insoweit gilt, dass allein der medizinische Maßstab entscheidet, wirtschaftliche Gesichtspunkte bleiben außer Betracht.

Bei der Frage, ob ein Behandlungsfehler vorliegt oder nicht, können die Leitlinien der Fachgesellschaften nur erste Anhaltspunkte sein. Denn Leitlinien von ärztlichen Fachgremien können (im Gegensatz zu den Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen) nicht unesehen mit dem zur Beurteilung eines Behandlungsfehlers gebotenen medizinischen Standard gleichgesetzt werden. Ebenso können sie kein Sachverständigengutachten ersetzen.

Die PKG – politische Speerspitze der Praxiskliniken in Deutschland

Die Vertretung der Praxiskliniken will Brücken zu den bestehenden Berufsverbänden bauen und mit ihnen gemeinsame Ziele verfolgen

Von Edgar J. Schmitt, Christel Stoeckel-Heilenz, Dr. Andreas Bartels, Dr. Frank Vescia

Als 15 Beherzte 2007 beschlossen, die Deutsche Tagesklinikgesellschaft (DTKG) e. V. nach einem Jahr Vorbereitung ins Leben zu rufen, ging es ihnen darum, wie man das Dornröschen Praxisklinik nach 20 Jahren wach küssen könne. Dafür nahmen sie Geld in die Hand, um einen Geschäftsplan und eine Liste mit Zielen zu erstellen, allen voran die Verankerung der eigenständigen Vertretung der Praxisklinik im SGB V.

Es war – im berlinerischen Sinne – frech und ein bisschen sexy, aus dieser Position heraus gegen die Großmächte im System anzutreten, die bis dato die Entwicklung des Ambulanten Operierens hierzulande auf kleiner Flamme hielten. Und noch mehr, sich nach hartem Ringen auch noch gegen sie mit der Einführung des neuen § 122 und der Ergänzung in § 140b im SGB V durchzusetzen.

Irritationen in der Verbändelandschaft

Der Plan, im Vorfeld Allianzen zu schmieden, scheiterte an den Ängsten der etablierten Verbände vor der ungewissen Veränderung. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) lehnte eine Kooperation glattweg ab, obwohl Krankenhäuser vor demselben Problem wie Praxiskliniken stehen, wenn sie ambulant operieren wollen: Die Finanzierung stimmt nicht. Die DKG wird weiterhin alles tun, die Errungenschaften der PKG im SGB V in der nächsten Legislaturperiode zu Fall zu bringen. Der Vorsitzende des Verbandes für operative Privatkliniken sah keinen Handlungsbedarf. Und die KBV versuchte den weiteren Verband niederzurufen, der aus dem Kollektivsystem auszuscheren drohte.

Die im neuen § 122 SGB V angesprochene Spitzenorganisation der Praxiskliniken wurde praktisch durch die Politik selbst eingesetzt: Die PKG war die einzige zur Anhörung geladene Gesellschaft und arbeitet inzwischen mit dem GKV-Spitzenverband an der Umsetzung der aufgezeigten Aufgaben. Irritationen in der seit Jahren eingespielten Verbändelandschaft sind bei dieser Dynamik der Erfolgsstory

der PKG unvermeidlich. Deshalb gilt es, behutsam aber zeitnah Synergien zu beschreiben und Hindernisse aus dem Weg zu räumen. Der unermüdliche und über weite Strecken frustrierende Kampf um einen Vertrag mit Krankenkassen dient der Existenzsicherung, kann aber kein Ziel für alle Zukunft sein.

Andere Verbände sollen die PKG mittragen

Mit der PKG trat die Praxisklinik in eine völlig neue politische Dimension. Um diese zu erreichen, genügt es nicht frech und sexy zu sein – man muss schon sehr gute Argumente für die Veränderung haben. Dauerhaft erfolgreich umsetzen können wir sie aber nur, wenn sie von zahlreichen Mitgliedern und von anderen Verbänden mitgetragen werden.

Die PKG weiß, was sie will und was sie kann. Sie weiß aber auch, was sie nicht kann. Und Letzteres ist auf Dauer die Übernahme der fachlichen Aufgaben, die heute und in Zukunft von den Berufsverbänden erbracht werden müssen. Sie bearbeitet ein bis dato unbestelltes Feld mit Erfolg, nimmt also niemandem etwas weg und verschafft der Praxisklinik in Deutschland die politische Basis, die sie für ihre langfristige Existenzsicherung braucht. Hierfür lohnt es sich zu investieren, indem man die PKG durch große Mitgliederzahl unterstützt.

Ziele der Praxiskliniken gemeinsam verfolgen

Wir müssen Brücken in die bestehende Verbändelandschaft bauen und die Ziele der Praxiskliniken in Deutschland gemeinsam verfolgen. Dies erfordert Vertrauen, wie es sich mit dem BAO aufgebaut hat. Wir wollen nicht nur den bis jetzt noch unvollständigen Status halten, sondern ihn auch in gängige Formen ausbauen, wozu vor allem eine andere Form der Leistungsvergütung gehört. Welche Perspektive wir für die Praxisklinik sehen, finden interessierte Leser unter der Rubrik „Aktuelles“ auf der PKG-Homepage.

www.pkgev.de

Integrierte Versorgung: Innovativer Qualitätswettbewerb statt Gleichmacherei

Gemeinsame Positionen des LAO Bayern und der SBK zur künftigen Ausrichtung des Vertragswettbewerbs in der GKV¹

Von Dr. Axel Neumann und Dr. Stefan Weber

Zum 1. Januar 2009 haben sich die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen für Krankenkassen und Ärzte erheblich geändert: auf Kassenseite durch den Gesundheitsfonds und den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA), auf Ärzteseite durch die Honorarreform. Hinzu kommen Änderungen wie das Auslaufen der Anschubfinanzierung bei der Integrierten Versorgung (IV) sowie die Gewährung einer Monopolstellung für die Hausärzteverbände im Rahmen des § 73b SGB V. Hierdurch haben sich die Rahmenbedingungen für einen innovativen Qualitätswettbewerb verschlechtert. Dies ist umso bedauerlicher, als durch die Regelung des §§ 140a ff. SGB V innovative Ansätze gefördert wurden.

Ambulantes Operieren: IV-Verträge der SBK

Bis Ende 2008 hatte die Registrierungsstelle der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) insgesamt 6.047 IV-Verträge gemäß §§ 140a ff. SGB V mit unterschiedlichen Inhalten und Ausrichtungen registriert.² IV-Verträge hatten sich mithin als „Experimentierfeld“ für die Suche nach besseren Lösungen im Gesundheitswesen etabliert.

Die Siemens Betriebskrankenkasse (SBK) hatte sich beim Abschluss von IV-Verträgen von vornherein auf wenige Felder beschränkt, darunter das Ambulante Operieren. Kunden der SBK hatten aufgrund der unbefriedigenden GKV-Honorierung vielfach keinen Zugang zu ambulanten und damit zu hochinnovativen und schonenden Operationsmethoden bekommen. Die SBK hat deshalb zusammen mit anderen Krankenkassen seit 2004 mit zahlreichen ambulanten Operateuren unterschiedlicher Fachrichtungen sowie mit physiotherapeutischen Einrichtungen IV-Verträge geschlossen. Ziel dieser Verträge ist der schnelle Zugang der Versicherten der SBK zu einer medizinisch-innovativen, interdisziplinären und integrativen Versorgung in von der SBK ausgewählten Einrichtungen in den Bereichen der Orthopädie, Gynäkologie, Chirurgie etc. In allen Verträgen wurde das Qualitätssicherungssystem AQS1 verankert, das insbesondere Patientenbefragungen beinhaltet.³

Praxisklinik München-West
Zentrum für Knie-, Hand- und Schulterchirurgie
Fürstenrieder Straße 69–71
80686 München
Tel.: 089 546888-0, Fax: 089 54688888
Dr.Axel.Neumann@bao-praesidium.de
www.chirurgie-orthopaedie.de



DR. AXEL NEUMANN

Bereichsleiter
Leistung, Versorgung, Versicherung
der Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)
Heimeranstraße 31, 80339 München
stefan.weber@sbk.org



DR. STEFAN WEBER

Fast 7.000 Kunden haben das Angebot, eine Operation in einer der Vertragseinrichtungen durchführen zu lassen, bisher in Anspruch genommen – mit durchweg hoher Zufriedenheit.⁴ Nach mehreren Jahren Laufzeit wurden die Verträge durch das Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) evaluiert.⁵ In einer nicht-randomisierten kontrollierten Studie konnten deutliche Ersparnisse gegenüber stationären Operationen sowie dem realen Versorgungsmix aus ambulanten und stationären Operationen nachgewiesen werden. Umsteuerungs- und Substitutionseffekte aus der stationären Versorgung konnten nur vereinzelt nachgewiesen werden.⁶

Die Anschubfinanzierung reduzierte das finanzielle Risiko für die beteiligten Krankenkassen. Durch die Konzentration auf stationsersetzende Leistungen können die Verträge auch unter dem neuen Vergütungssystem wirtschaftlich fortgeführt werden. Diese Sonderbedingung, dass Substitutionseffekte zu echten finanziellen Verschiebungen zwischen den Sektoren führen, liegt bei anderen sektoralen Versorgungsthemen in der Regel nicht vor. Um einen qualitätsorientierten Wettbewerb zu fördern, müssen deshalb die Rahmenbedingungen verändert werden.

Qualitätswettbewerb auf Vertragsebene

Die neue Bundesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag ein grundsätzliches Bekenntnis zu mehr Wettbewerb abgegeben.⁷ Konkretisiert wurden diese Überlegungen bisher allerdings nicht. Ein wichtiges Reformfeld ist die Förderung des Qualitätswettbewerbs auf der Vertragsebene zwischen Ärzten und Krankenkassen. Ziel eines Honorierungssystems muss es sein, Anreize für eine Verbesserung der Qualität zu setzen und gleichzeitig Spielraum für regionale Lösungen zu lassen. Konkret bedeutet dies eine Abkehr von Regelungen, die die Vergütung auf ein bundeseinheitliches „Durchschnittsniveau“ festschreiben. Ausgehend von der Annahme, dass grundsätzlich ausreichend finanzielle Mittel im System vorhanden sind, diese jedoch nur falsch verteilt werden, muss es – neben der Möglichkeit von Vereinbarungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 136 Abs. 4 SGB V – weitere Möglichkeiten geben, eine qualitätsorientierte Umverteilung der Honorare zu gestalten.

Es würde den Qualitätswettbewerb fördern, wenn im Rahmen von Selektivverträgen nach §§ 73c, 140a SGB V und eines umgestalteten § 73b SGB V Zuschläge für Qualitätskriterien, die über die Anforderungen in der Regelversorgung hinausgehen, mit in die Bereinigung eingebracht werden könnten. Dies ist heute nicht möglich.

Um Streitigkeiten zu vermeiden, wäre – angelehnt an die Anschubfinanzierung bei IV-Verträgen – eine Innovationsförderung⁸ für Qualitätsansätze sinnvoll, die einen pauschalen Vorwegabzug in Höhe von beispielsweise bis zu drei Prozent auf die Gesamtvergütung zulässt. Dieser Vorwegabzug dürfte nur für Verträge verwendet werden, die höhere Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorsehen als die Regelversorgung. Für den größtmöglichen Spielraum sollte keine fachgruppenspezifische oder regionale Honorarbereinigung stattfinden.

Innovation und Qualität setzen sich durch

Dies würde einen qualitätsorientierten Wettbewerb fördern, in dem sich innovative und qualitätsbewusste Ärzte aufgrund des höheren Honorarzufusses am Markt durchsetzen werden. Konsequenz eines solchen Systems wäre aber auch, dass Ärzte, die definierte Qualitätskriterien nicht erfüllen, nur unterdurchschnittliche Honorare erhalten und auch das Risiko des Ausscheidens aus dem Markt eingehen. Gleichzeitig kann ein solches System Rücksicht auf differenzie-

rende Qualitätsanforderungen (etwa bei spezialisierter oder bei sprechender Medizin etc.) nehmen.⁹

Für das Ambulante Operieren sollte das Honorarsystem in Richtung eines bundesweiten Fallpauschalensystems weiterentwickelt werden, das sämtliche Leistungskomplexe umfassen könnte. Auf der Basis eines solchen Systems mit einheitlichen Grundpreisen für Operationsprozeduren könnten regionale Zuschläge verhandelt werden. Zuschläge für besondere Qualitätsanforderungen könnten dann im Rahmen der Innovationsförderung vereinbart werden.

LITERATUR

1. Ausführliche Version des Positionspapiers unter www.operieren.de.
2. Vgl. www.bqs-register140d.de.
3. Zur Bedeutung des Patientenurteils allgemein siehe Unterhuber / Wenning: Internetbewertung durch Verbaucher und Patienten – Entscheidungshilfen für Krankenkassen bei Direktverträgen, RPG 2008, S. 116 ff.
4. Die Patientenzufriedenheitsbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungssystems AQS1 zeigen durchweg eine hohe Zufriedenheit und Bereitschaft, sich wieder ambulant operieren zu lassen. Mehrere Befragungen der SBK zeigen darüber hinaus, dass das Angebot „Ambulantes Operieren“ die Attraktivität der SBK für ihre Kunden spürbar erhöht.
5. Dörning / Schäfer / Baumann / Bitzer / Lorenz / Schneider (Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung ISEG): Evaluation der Integrierten Versorgung „KOOP“ gemäß §§ 140a ff. SGB V, Endbericht, Hannover, Dezember 2008
6. Grundlagen der Evaluierung: Berücksichtigung relevanter Kosten-sektoren: ambulant-ärztliche und stationäre Kosten, Arzneimittelkosten, Kosten für Krankengeld und Heil- und Hilfsmittel; Zieleingriffe aus dem Bereich der Orthopädie, Gynäkologie sowie Chirurgie, ISEG 2008.
7. Vgl. www.cdu.de/doc/pdf/c/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf.
8. Zum Thema Zugang und Finanzierung von Innovationen im Gesundheitswesen ausführlich siehe Reimers: Medizinisch-technischer Fortschritt – Theoretische Grundlagen, Regelungsbereiche, Finanzierung und Vergütung, 2009. Guter Überblick über alle Sektoren des Gesundheitswesens siehe Hacker: Methodenpapier Innovationsfinanzierung in Deutschland, hrsg. von VDE MedTech, Verband Elektrotechnik Elektronik Informationstechnik e.V., November 2009.
9. Vgl. Kastenholz/Gruhl: Qualitätssicherung im Gesundheitswesen – Heilen mit Haltbarkeits-Garantie, GuG 2/2010, S.34 ff.; Bandelow / Eckert Rüsenberg (Hrsg.): Gesundheit 2030, Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft, 2009; Marstedt / Landmann: Qualitätssicherung im Versorgungssystem, Patienten fordern weit reichende Veränderungen, Gesundheitsmonitor, Newsletter, 4/2009, S. 1 ff.; Bahrs / Dingelstedt: Auf der Suche nach der verlorenen Zeit – zur angemessenen Dauer des hausärztlichen Gesprächs aus Sicht der Versicherten, in: Böcken / Braun / Landmann (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2009, Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung, 2009, S.80ff.; Busato / Künzi / Buitkamp: Praxisorganisation und Behandlungsqualität von Hausärzten in Einzel- und Gruppenpraxen: – die Schweiz und Deutschland im Vergleich, in: Böcken / Braun / Landmann (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2009, Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung, 2009, S. 121ff.

Serie Qualitätssicherung im medizinischen Bereich

Teil 2: Mehr als nur Bürokratie – Qualitätssicherung kann auch als Marketinginstrument und Argumentationshilfe fungieren

Von Sandra Schuster

Die medizinische Leistung der eigenen Praxis zu vermarkten, ist eine Grundsatzentscheidung im Rahmen jeglicher unternehmerischer Aktivität. Genau dieses Denken ist gefordert in Zeiten, in denen sich der Gesundheitsmarkt mehr und mehr den Wettbewerbsstrukturen des Gütermarktes annähert.

Der Begriff „Marketing“ steht dabei für „auf den Markt bringen“. Steigender Kostendruck und zunehmende Leistungsorientierung haben zur Folge, dass auch eine medizinische Einrichtung nicht umhin kommt, sich in die wachsende Dynamik des Gesundheitsmarktes zu integrieren und zu versuchen, ihre eigene Leistung „auf den Markt zu bringen“.

Was auf dem Gütermarkt längst gang und gäbe ist, stellt eine neue Herausforderung an die Akteure des Gesundheitswesens dar: Die Entwicklung von Marketingstrategien

DIE VIER SÄULEN DES MARKETINGS

Der Grundgedanke des Marketings ist die konsequente Ausrichtung des gesamten Unternehmens an den Bedürfnissen des Marktes. Gewinne werden durch die Befriedigung der Bedürfnisse und Wünsche der Nachfrager erzielt, indem die richtigen Güter zum richtigen Preis auf dem richtigen Markt mit den richtigen Absatzförderungsmaßnahmen angeboten werden.

Daraus ergeben sich die vier sogenannten P-Elemente des Marketing-Mix:

- Product** Die Produktpolitik umfasst alle Entscheidungen, welche die Gestaltung des Produkts bzw. der Dienstleistung betreffen.
- Price** Die Preispolitik legt fest, unter welchen Konditionen Produkte und Leistungen angeboten werden.
- Place** Die Distributionspolitik gestaltet Vertriebs- und Absatzwege.
- Promotion** Die Kommunikationspolitik umfasst alle Maßnahmen, welche der Kommunikation mit aktuellen und potenziellen Kunden, Mitarbeitern und Bezugsgruppen dienen. Die wesentlichen Instrumente sind hier Werbung, Verkaufsförderung, Sponsoring und Öffentlichkeitsarbeit.

medicalex GmbH
Institut für Qualitätssicherung
Enhuberstraße 3b, 80333 München
Tel.: 089 98290-120
Fax: 089 98290-230
www.medicalex.de



SANDRA SCHUSTER

zur Verfolgung der eigenen umsatzorientierten Ziele. Diese liegen für Ärzte zum Beispiel in der Steigerung des Bekanntheitsgrads und Patientenaufkommens, in der Förderung der Nachfrage nach individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) und Privatleistungen oder in der Stärkung der Verhandlungsposition gegenüber Krankenkassen. Für Verbände liegen sie in der Etablierung als Marke oder der Erhöhung ihrer Mitgliederzahlen.

Qualitätssicherung im Marketing-Mix

Qualitätssicherung bedient in diesem Zusammenhang zwei wesentliche Elemente des so genannten Marketing-Mix: „Product“ und „Promotion“ (siehe Infokasten links).

Auf Seiten des ärztlichen Produkts trägt die kontinuierliche Dokumentation dazu bei, die medizinische Leistungserbringung im Bereich der Prozess- und Ergebnisqualität zu verbessern. Parallel durchgeführte Patienten- und Zuweiserbefragungen unterstützen bei der Leistungserbringung, indem sie die Meinungen und Wünsche der Kunden (seien es Patienten, Zuweiser oder Kassen) aufzeigen, auf Schwachstellen hinweisen und zur Optimierung auffordern.

Auf Seiten der Promotion können Daten und Ergebnisse der Qualitätssicherung als überzeugende und wirksame Argumente in der Kommunikation eingesetzt werden, weil sie genau das verkörpern, was die Kunden haben möchten: die Möglichkeit, sich über den Leistungserbringer zu informieren und ihn mit anderen zu vergleichen, um eine bewusste Entscheidung zu treffen. Damit sind sie überzeugend, aber

nicht irreführend: Denn das Problem der berufswidrigen Werbung bezieht sich nicht auf die sachliche berufsbezogene Information über Qualitätssicherung.

Qualität als Argument

Krankenkassen achten bei der Auswahl der Ärzte für Selektivverträge vermehrt auf hohe Qualität, weil gute Leistung besseren Heilungserfolg verspricht und eine hohe Patientenzufriedenheit gleichzeitig Versicherte an ihre Krankenkasse bindet. Patienten wählen kritisch aus und suchen im Zeitalter von Publikationen wie die der Stiftung Warentest nach neutraler und vergleichender Information als Entscheidungsgrundlage.

Wissenschaftlich evaluierte Qualitätsinformationen wie medizinische Ergebnis- und/oder Patientenzufriedenheitsdaten sind valide Zeugen für erbrachte Qualität und agieren nicht selten als Türöffner für Verhandlungsgespräche mit Krankenkassen und Managementgesellschaften. Medizinische Einrichtungen, in denen man sich um Qualitätssicherung bemüht, können sich erfolgreich von anderen abheben, indem sie sich als Kompetenzzentren präsentieren. Der offene und transparente Umgang mit Qualitätsdaten zeichnet aus und schafft zusätzliches Vertrauen. Krankenhäuser und Kliniken machen es vor, indem sie Qualitätsberichte und Daten der externen Zertifizierung auf ihren Internetseiten veröffentlichen.

Qualitätssicherung – mehr als nur Bürokratie

Ob postoperative Komplikationsraten oder Grad der Patientenzufriedenheit – medizinische Ergebnisqualität und subjektiv wahrgenommene Leistungsqualität können heute mehr denn je den Ruf einer Praxis prägen.

Wer im Rahmen von Qualitätssicherung Stärken und Schwächen erkennt, kann seine Leistung kontinuierlich anpassen und so höhere Kundenzufriedenheit generieren. Wer darüber hinaus nicht nur Gutes tut, sondern auch darüber spricht, lässt Qualitätssicherung das sein, was sie ist: Nicht nur die bürokratische Pflicht zur Dokumentation, sondern vor allem auch ein Schlüssel zum Erfolg.

Lassen Sie in diesem Sinne Ihre Qualität für Sie sprechen und informieren Sie Ihre Kunden – auf Ihrer Homepage, über Aushänge in Ihrem Wartezimmer oder im Rahmen von Veranstaltungen.

Industrie

Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der angegebenen Firmen. Herausgeber und Redaktion sind nicht verantwortlich für die Inhalte.

Neu bei Catgut: Dekompressionssonden nach J. Ermisch

Die Firma Catgut GmbH fertigt neben chirurgischem Nahtmaterial auch Dekompressionssonden neuen Typs nach J. Ermisch. Wie das Unternehmen berichtete, bieten die beiden Sonden für den Dünn- und den Dickdarm Vorzüge wie:

- » Schnelle Passage des Duodenums mit rascher geschlossener atraumatischer Dekompression und Elimination der toxischen Ileusflüssigkeit,
- » Optimierung der Absaugleistung durch Einkanalssystem,
- » kein Infektionsrisiko,
- » resorbierbares Führungsprinzip,
- » Vorbeugen eines abdominalen Kompartmentsyndroms in der postoperativen Phase durch intraluminäre Drainage des Darms,
- » Prävention eines frühzeitigen Re-Ileus und
- » Sondenmaterial mit hoher biologischer Akzeptanz.



Foto: Catgut

Die Catgut GmbH wies auch auf die „dynamische Stütznah“, für den dynamischen Bauchdecken-Palisadenverschluss beim aseptischen und septischen Platzbauch sowie zur ventralen Bauchwandstabilisierung hin. Diese ermöglichen einen temporären Bauchdeckenverschluss zur lokalen Wundbehandlung oder zur programmierten Etappenlavage bei schwerer Peritonitis und ermöglichen eine Dynamisierung der Laparotomiewunde. Weitere Produkte wie chirurgische Netze, Wundverschlussstreifen und das Hämostyptikum Surgicoll ergänzen das umfangreiche Sortiment.

Kontakt: Catgut GmbH, Gewerbepark 18, 08258 Markneukirchen
catgut@catgut.de, www.catgut.de

Gesundheitsökonomische Aspekte des ambulanten Operierens

Studienarbeit im Modul Gesundheitsökonomie, MBA-Studiengang Health Care Management (ungekürzt siehe www.arzt-in-europa.de)


Von Dr. Paul Andermann MBA

Aus rein medizinischer Sicht könnten derzeit viele stationäre Operationen auch ambulant entweder im Krankenhaus oder in Praxiseinrichtungen durchgeführt werden. Trotz einer nominellen Zunahme ambulanter Eingriffe im Krankenhausbereich im Verlauf der vergangenen Jahre in Deutschland verschlechtert sich die Erlössituation für ambulante Operateure in Praxen dramatisch. Mittlerweile ist ein kostendeckendes Arbeiten im ambulanten operativen Sektor kaum mehr möglich.

Erheblicher Nachholbedarf in Deutschland

Diese Entwicklung ist in erster Linie politisch-ideologisch motiviert, hat aber auch historische Wurzeln wie das streng hierarchisch gegliederte deutsche Chefarztsystem. Als weiterer Hemmfaktor wird die strikte Trennung des stationären und ambulanten Sektors hierzulande vermutet. Gesundheitsökonomisch betrachtet, stellen ambulante Operationen eine weitaus kostengünstigere Alternative zu stationär durchgeführten Eingriffen dar. In anderen Ländern wie den USA, Dänemark oder Kanada werden längst über 80 Prozent der Operationen ambulant durchgeführt

Facharzt für Nuklearmedizin
Abteilung für Radiologie des
Krankenhauses der Stiftung Juliusspital
Juliuspromenade 19
97070 Würzburg
p.andermann@gmx.de

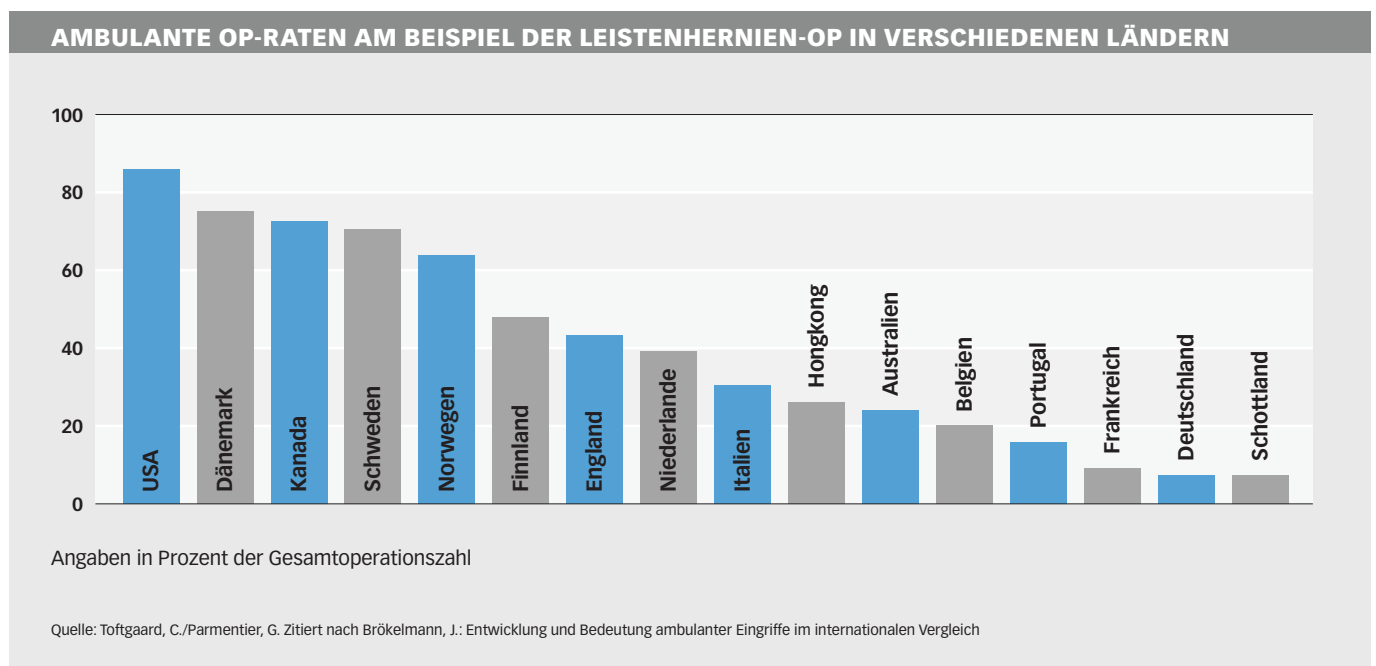


DR. PAUL ANDERMANN MBA HCM

(siehe Abbildung). In diesem Bereich hat Deutschland noch erheblichen Nachholbedarf.

Politik muss ideologische Barrieren abbauen

Knapper werdende Finanzmittel und eine zunehmende Beteiligung der Patienten an den Behandlungskosten werden vermutlich auch hierzulande zu einem Umdenken führen. Wichtig ist aber auch, dass die politisch Verantwortlichen im Gesundheitswesen das kostensparende Potenzial ambulanter Eingriffe erkennen und mit der Aufgabe ideologischer Barrieren wie beispielsweise der Beschneidung des freien ärztlichen Unternehmertums mehr Wettbewerb in diesem attraktiven Wachstumsmarkt ermöglichen.





Die erste Wundauflage die **4-fach** hilft.

Die **QuadraFoam™ Wundauflagen PolyMem®, PolyMem Wic®, PolyMem Max® und PolyMem Tube®**

Die erste **4-in-1** Wundauflagen-Serie die **reinigt, befeuchtet, Wunden füllt und Wundsekret bindet.**

Sie ermöglichen damit optimale Heilbedingungen, schonen das Budget, sparen Pflegezeit und steigern die Lebensqualität der Patienten.



mediset
mediset clinical products GmbH



Sehr geehrte medicalnetworks Kooperationspartner,

wir möchten uns vielmals bei Ihnen für die drei spannenden Tage während des 12. Bundeskongress des BNC in Nürnberg im März 2010 bedanken! Es waren für uns drei Tage voller interessanter Gespräche und Anregungen. Wir hoffen, dass es Ihnen genauso ging und wir Ihnen die Marke ascleon und ihre Vorteile näher bringen konnten.

Bereits 3989* hochqualifizierte Leistungserbringer aus allen Bereichen der Gesundheitswirtschaft und weit über 100 Krankenkassen arbeiten mit medicalnetworks zusammen.

Mehr als 70.000* Patienten entschieden sich bereits deutschlandweit für eines der innovativen Versorgungsprodukte aus den Bereichen der ambulanten, stationersetzenden Operationen von ascleon. (* Stand 6. Mai 2010)

Unser Ziel ist es, Sie und Ihre Praxis als ascleonSpezialist im Gesundheitsmarkt zu positionieren und Ihre Praxis aus der Masse hervorzuheben. Wir arbeiten ausschließlich mit hoch spezialisierten Operateuren, konservativ behandelnden Fachärzten sowie mit Leistungserbringern zusammen, die am ambulanten Behandlungsprozess mitwirken. Alle ascleonSpezialisten können hohe Fallzahlen nachweisen und gehören zur Spitze ihres Fachgebietes. All dies können Sie durch die Marke ascleon ohne Aufwand und unkompliziert nach außen hin darstellen. Denn wir kümmern uns für Sie um das Marketing.

Erhalten Sie als ascleonSpezialist mehr Honorar pro Behandlung und nutzen Sie die Chance neue Patienten zu gewinnen. Erhöhen Sie ihren Umsatz und positionieren sich im Markt als ausgewiesener Spezialist.

Aufwändige Kostenanfragen und Quartalsabrechnungen mit entsprechend zeitverzögerter Vergütung entfallen. Leistung wird in fest vereinbarten Eurobeträgen abgerechnet – nicht in Punkten, deren Wert zum Zeitpunkt der Leistungserbringung unklar ist.

Die Teilnahme am Netzwerk ist für Sie natürlich kostenlos. Sie erfordert keinen Investitionsaufwand und die vertragliche Bindung bezieht sich nur auf den jeweiligen unterschriebenen ascleon-Versorgungsvertrag. Die Versorgungsmarke ascleon umfasst zur Zeit Indikationen aus den Bereichen Augenchirurgie (ascleonAuge), Allgemein-, Gefäß- und HNO-Chirurgie (ascleonChirurgie), Gastroenterologie (ascleonGastro), Gynäkologie (ascleonGyn), Kardiologie (ascleonKardio), Orthopädie (ascleonOrtho), Urologie (ascleonUro) und der Versorgung chronischer Wunden (ascleonWunde).

ascleon steht für Spitzenqualität in der medizinischen Versorgung. Denn die ausgewählten ascleonSpezialisten erfüllen hohe Qualitätskriterien. Patientenbefragungen haben ergeben, dass sich 96% aller durch ascleonSpezialisten behandelten Patienten wieder über ascleon behandeln lassen und 88% eine ascleon-Behandlung weiterempfehlen würden. Darüber hinaus werden die Behandlungsprozesse durch Studien wissenschaftlich begleitet, um die hohen Qualitätsstandards nachzuweisen und zu sichern.

Denn dafür steht ascleon: Spitzenmedizin für Jedermann, nicht von Jedermann.

ascleon®

Spitzenmedizin für Jedermann, nicht von Jedermann.

ascleonAuge ascleonChirurgie ascleonGastro ascleonGyn
ascleonKardio ascleonOrtho ascleonUro ascleonWunde

Wenn Sie bereits einer unserer Kooperationspartner sind, fordern Sie einfach ein ascleon-Infopaket an. Sollten Sie noch kein Kooperationspartner sein und alle ascleon-Vorteile für Ihre Praxis nutzen wollen, kontaktieren Sie uns und wir werden gerne alle Ihre Fragen beantworten. Sie erreichen uns jederzeit bequem per E-Mail über ascleon@medicalnetworks.de oder per Telefon unter (05 61) 76 68 55 - 0.