

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz ist nun seit dem 1. Januar 2012 in Kraft

Allerdings findet die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach § 116 b SGB V ohne Ambulante Operateure statt.

Von Dr. Axel Neumann

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich darf Ihnen eingangs zum neuen Jahr 2012 Spaß, Glück und Erfolg bei Ihren beruflichen Aktivitäten wünschen! Auch dieses Jahr beginnt mit einem neuen Gesetz, dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VSG), das Einfluss auf Ihre Tätigkeit als freiberuflich tätiger Arzt nehmen kann und wird. Hier haben wir ganz zum Schluss des Gesetzgebungsverfahrens einen wichtigen Kampf um die künftige Positionierung des Ambulanten Operierens (AOP) in der Sozialgesetzgebung verloren.

Die neu geschaffene Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) im § 116b SGBV enthält in ihrer Endfassung nur sehr wenige Krankheitsbilder, die einer besonderen Versorgungsdefinition aufgrund der Schwere des Krankheitsbildes bedürfen oder besondere Anforderungen an die Qualifikation der Leistungserbringer stellen. Die operativen Fachgebiete sind von dieser neuen Regelung nur am Rande betroffen – einzig hochspezialisierte Leistungen wie die CT/MRT-gestützte interventionelle Schmerztherapie können für Anästhesisten oder Orthopäden unter uns bedeutsam sein.

Kassen haben wichtiges Vorhaben blockiert

Der BAO hat intensiv und bis zum Schluss für den Verbleib des AOP im ursprünglich formulierten Gesetzestext gekämpft. Die Aufnahme des Ambulanten Operierens in den Gesetzestext primär durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) kann durchaus als Ergebnis einer stringenten Informations- und Beratungspolitik gesehen werden. Zum Schluss haben wie so oft die Krankenkassen dieses wichtige Vorhaben verhindert – mit aggressiven und wiederholten



Das GKV-VSG zieht etliche Änderungen im SGB V nach sich, die Ambulante Operateure und Anästhesisten betreffen

INHALT

BAO PRÄSIDIUM

Das GKV-VSG ist nun seit dem 1. Januar 2012 in Kraft 1

BAO POSITIONEN

Einladung zur BAO-Jahrestagung am 3. März 2012 in Nürnberg 5

20 Jahre BAO: Meilensteine in der Geschichte des Verbandes 6

Mythos Überversorgung: Was bringt die neue Bedarfsplanung? 12

BAO REGIONAL

KV Berlin: Keine Begehungen mehr in ambulanten OP-Praxen 11

BAO RECHT

Honorararzt und Recht: Chancen und Risiken des Ärztemangels 14

BAO PARTNER

Mehr zufriedene Patienten und Ärzte durch Integrierte Versorgung 16

PKV im Alter: Mit welchen Tarifen erziele ich niedrigere Prämien? 17

BAO QUALITÄT

Hygienevorschriften: Folgt der Staat seinen eigenen Zielen? 18

IMPRESSUM

BAO Depesche

Organ des Bundesverbandes Ambulantes Operieren (BAO)

Herausgeber und verantwortlich für den Inhalt

Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO) e.V.

Sternstorbrücke 1, 53111 Bonn

Tel.: 0228 692423, Fax: 0228 631715

baobonn@t-online.de

www.operieren.de

Verlag, Anzeigen und Vertrieb

VMK Verlag für Medizinkommunikation GmbH

Essener Straße 4, D3, Belle Etage, 22419 Hamburg

info@vmk-online.de, www.vmk-online.de

Redaktionsleitung

Antje Thiel

Tel.: 040 32596116, Fax: 040 32596112

antje.thiel@vmk-online.de

Anzeigenleitung

Kirstin Reese

Tel.: 040 97078360, Fax: 040 97078361

kirstin.reese@vmk-online.de

Schriftleitung

Dr. Jörg Hennefründ, Oldenburg

(BAO-Pressereferent)

Grafik und Layout

Stefan Behrendt, bbpm Mediendesign

Im Alten Dorfe 27, 22359 Hamburg

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

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

Druck

Strube Druck & Medien OHG

Stimmerswiesen 3, 34587 Felsberg

Tel.: 05662 94 87-0, Fax: 05662 9487-288

info@ploch-strube.de, www.ploch-strube.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 Verlages in irgendeiner Form vervielfältigt werden.

Druckauflage und Erscheinungsweise

1.500 Exemplare, erscheint viermal pro Jahr.

Hinweisen auf nicht steuerbare Mengenausweitungen und auf Operationen, die von Vertragsärzten und in Krankenhäusern unnötigerweise erbracht würden.

In der allerletzten Phase der Gesetzgebung hat der BAO, das Unheil kommen sehend, noch scharf auf eine gezielt positionierte Pressemitteilung des Spitzenverbandes der Krankenkassen reagiert. Dessen Vizechef Johann-Magnus von Stackelberg hatte darin eine „Kostenexplosion durch Spezialärzte“ prophezeit und behauptet, ohne Steuerung durch die Kassen könne jeder Arzt „auf ewig und ohne jede Beschränkung in diesem Bereich tätig werden“.

Der BAO hatte hierzu erklärt: „Man darf die Entscheidung, wie Patienten in diesem sensiblen Bereich versorgt werden sollen, nicht den Kassen anvertrauen. Das ist Aufgabe des Gesetzgebers und der zuständigen ärztlichen Institutionen.“ Unser Verband wehrte sich zudem dagegen, dass von Stackelberg erneut Operateure aller Disziplinen sowie Anästhesisten unter Generalverdacht stellt und behauptet, sie würden unnötig Patienten operieren.

Auch Länder-KVen haben dem AOP geschadet

Doch nicht nur die Kassen, sondern auch einige Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) haben die Einführung einer ASV generell abgelehnt. Sie haben an der Beschlussvorlage des Bundesrates mitgewirkt und damit dem AOP geschadet. Leider haben die anderen operativen Berufsverbände nicht geschlossen und nicht bis zum Schluss für die Aufnahme des AOP in den § 116b gekämpft. Gründe dafür waren einerseits die Sorge um die Gestaltungsmacht des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), verbunden mit der Hoffnung, die KVen würden es besser machen. Andererseits zeigen die zögerlichen Reaktionen anderer Berufsverbände auch, dass vielen Ärzten tatsächlich der Mut zu zukünftigen vertraglichen Regelungen – jedwede ärztliche Leistung betreffend – ohne KV völlig fehlt.

Verwoben in Strategien und Argumentationslinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die ursprünglich die Aufnahme des AOP in den § 116b unterstützt hatte, haben manche unserer Kollegen in den fachärztlichen Berufsverbänden offensichtlich vergessen, dass eben dieses KV-System das AOP einschließlich aller Anästhesie- und Nachsorgeleistungen seit 2005 um mindestens 20 Prozent des Honorares beraubt hat.

Vertan ist die Chance, die Kassen unter dem Druck einer neuen Gesetzgebung zurück an den Verhandlungstisch zu bringen – nur einige hoffnungsvolle Optimisten glauben noch daran, dass diese Verhandlungen nun wieder regional in den Bundesländern erfolgreich sein könnten. Es ging bei der Ausgestaltung der ASV niemals um die Verlegung der Inhalte des § 115b in einen neuen Paragraphen. Schon im Vorfeld konnte in Gesprächen mit den Kassen ausgelotet werden, dass es sich dabei nur um besondere ambulante Operationen bei gesonderten Indikationsstellungen handeln könnte. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hatte sich neutral dazu verhalten.

Vertan ist auch die Chance, das AOP unter Berücksichtigung der Morbidität von schwerer erkrankten Patienten oder des Problems von sozialmedizinisch besonders betreuungsbedürftigen Patientengruppen neu zu definieren und dann mit den Krankenkassen zu verhandeln.

Vertan ist damit auch die Chance, den Schub einer wohlgemeinten Gesetzgebung zu nutzen, ambulante DRG zu kreieren und damit endlich die teilstationäre Behandlung von Patienten – wie in IV-Verträgen erfolgreich praktiziert – zu implizieren, beispielsweise in unseren Praxiskliniken.

Keine Aussicht auf P4P-Honorare

Die Zukunft der Vergütung des AOP ist nun erneut abhängig von den Verhandlungsergebnissen in einzelnen KVen und weiterhin Gegenstand von Schiedssprüchen. Wer immer noch glaubt, dass die vereinte Fachärzteschaft den Ambulanten Operateuren und Anästhesisten im Rahmen neuer Honorarverteilungsmaßstäbe beispielsweise einen Ausgleich für hohe Investitionskosten zubilligt, wird enttäuscht werden. Die vergangenen Jahre seit Einführung des Einheitspunktwertes haben trotz intensiver, scheinbar transparenter Diskussionen gezeigt, dass es keine leistungsgerechten Honorare im Sinne einer „Pay for Performance“ (P4P) geben wird. Ein Extrahonorar für besonders hoch qualifizierte ambulante Versorgungsleistungen wird es daher nur für die wenigen Leistungen geben, die im neuen § 116b stehen. **Damit können alle leben – nichts hat sich geändert, finden Sie das auch gut so?**

Die Regelungen des GKV-VSG sind jedoch auch außerhalb des § 116b für Sie teilweise von erheblicher Bedeutung. Bitte informieren Sie sich auf www.bundestag.de/doku-

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

mente/drucksachen auch persönlich über einzelne Inhalte der Gesetzgebung in der Bundestagsdrucksache 17/8005 (PDF). Selbstverständlich stehen Ihnen auch die Justiziere des BAO in der Kanzlei für Wirtschaft und Medizin zur Verfügung (Kontakt Daten siehe Artikel auf Seite 14). Erläuternde Publikationen von Seiten des BAO werden folgen.

Ich möchte Sie jedoch aus persönlicher Sicht auf einige wenige neue Regelungen besonders aufmerksam machen.

§ 73 Abs. 7 und § 128 Abs. 2 SGB V

In diesen Paragraphen wird nochmals ausdrücklich und präzise geregelt, dass es Vertragsärzten nicht gestattet ist, sich für die Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile versprechen oder gewähren zu lassen beziehungsweise selbst zu gewähren. Das betrifft nun auch beispielsweise die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien, die Durchführung von Schulungsmaßnahmen und Ähnliches. Unzulässige Zuwendungen sind auch die Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Ordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen können. In der Öffentlichkeit wird dies als „Schmiergeldparagraph“ bezeichnet. Faktisch sind jedoch diverse vertragliche Konstrukte unter Ärzten denkbar, die von dieser Regelung künftig schärfer betroffen sein werden und dennoch grundsätzlich nicht der Zahlung etwaiger Schmiergelder gedient haben.

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG) hat Ihnen ja nahezu jede denkbare Kooperationsform mit Krankenhäusern, anderen Ärzten und mit Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ermöglicht. Auch wenn Sie wirtschaftliche Vorteile aus Kooperationsvereinbarungen mit Krankenhäusern als Belegarzt oder Konsiliararzt in Hauptabteilungen gezogen haben, bedürfen Ihre vertraglichen Vereinbarungen möglicherweise schon proaktiv einer erneuten juristischen Begutachtung durch einen Fachanwalt Ihres Vertrauens.

§ 115a Abs. 1 SGB V

Hier wird die Zusammenarbeit mit Vertragsärzten und Krankenhäusern bei vor- und nachstationärer Behandlung präzisiert. Er gibt freiberuflich tätigen Ärzten die Möglichkeit, die vor- und nachstationäre Behandlung von Patienten im Auftrag und auf Rechnung des Krankenhauses entweder in eigenen Räumen oder in Räumen der Klinik zu erbringen. Die Vergütung muss durch das Krankenhaus erfolgen. An dieser Schnittstelle gibt es im Versorgungsalltag erhebliche Probleme, auch in den chirurgischen Fächern. Eine (erlösbringende) Kooperationsvereinbarung mit einem nahegelegenen wichtigen Krankenhaus in diesem Punkt ist zumindest jetzt machbar und vielleicht auch reizvoll.

§ 116b Abs. 1 SGB V

Bedeutsam sind die gesetzlichen Neuregelungen in diesem Punkt: Entsprechend der oben genannten Regelung wird hier nun die Kooperation von Vertragsärzten und Krankenhäusern für das AOP im Krankenhaus gefördert. Nach derzeitiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 24.3.2011) ist das AOP nur durch Operateure des Krankenhauses oder durch Belegärzte jeweils in Verbindung mit einem Anästhesisten des Krankenhauses zulässig. Die neue Regelung gibt den Vertragspartnern des AOP-Vertrages verbindlich vor, eine Regelung zu erarbeiten, dass ambulant durchführbare Operationen auch auf der Grundlage einer vertraglichen Kooperation von Krankenhaus und niedergelassenem Arzt im Krankenhaus erbracht werden können.

Diese Regelung wird für einige von uns erhebliche Bedeutung haben und eine möglicherweise angestrebte Kooperation mit einer Klinik wesentlich erleichtern. Der Facharztmangel in den Krankenhäusern ist Realität, suchen Sie also auch hier nach neuen beruflichen Chancen. Wir müssen jedoch kritisch darüber wachen, dass die neue Regelung auch für niedergelassene Anästhesisten gültig wird.

Das Ambulante Operieren als regelmäßiges Produkt interdisziplinärer Tätigkeit von Anästhesisten und Operateuren ist leider immer noch nicht als solches legal definiert – vertan die Chance, dieses auf dem Boden einer neuen Gesetzgebung zu formulieren und zu fordern.

§ 103 Abs.3a:

Hier werden Regelungen zur sogenannten Überversorgung gesetzlich verankert. Man mag es glauben oder nicht:

Obwohl in der Präambel zum Gesetz durchaus das Wort Ärztemangel auftaucht, ist der Gesetzgeber den jahrelangen, intensiven und nachhaltigen Unterstellungen der Krankenkassen gefolgt, dass es in Deutschland zu viele Ärzte gibt, die viel zu teuer sind. Die Zulassungsausschüsse werden nun gesetzlich ermächtigt, bei Beendigung der vertragsärztlichen Zulassung in einem zulassungsbeschränkten Planungsbereich vorab zu prüfen, ob ein Nachbesetzungsverfahren überhaupt durchgeführt werden soll. Eine Reihe zusätzlicher Bestimmungen etwa der Praxisübernahme durch Familie, Lebenspartner oder angestellte Ärzte mildert diese Regelung, aber sie existiert nun! Bei Ablehnung des Antrages ist die KV verpflichtet, dem Vertragsarzt eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswertes der Praxis zu zahlen.

Viele Kollegen, Berufspolitiker und Juristen sehen in dieser Entschädigungsverpflichtung der KVen fast eine Sperrklausel – sie müssen aber wissen, dass eine andere Bundesregierung nur wenige Sätze aus diesem Paragraphen streichen muss, um ihn sofort scharf zu schalten! Wichtig, dass diese Regelung erst am 1. Januar 2013 in Kraft tritt

§ 101 SGB V:

Zuvor muss nach den Regelungen dieses Paragraphen der G-BA eine Regelung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung und entsprechende Planungsbereiche festlegen. In diesen Bestimmungen zur Berechnung des Versorgungsgrades müssen nun auch die neuen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen nach § 116b gesondert Berücksichtigung finden – verloren die Chance, hierdurch auch die Ambulanten Operateure und Anästhesisten besonders zu schützen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, diese Gesetzgebung schafft Änderungen an der Struktur und reformiert teilweise die Versorgung in unserer gesundheitspolitischen Landschaft. Bitte zögern sie nicht, sich mit entsprechenden Detailfragen an das Präsidium oder auch an unsere Justiziere zu wenden. Selbstverständlich werden wir gemeinsam mit unseren Partnern von BNC und BDC sowie unter Mitwirkung vieler anderer Berufsverbände auf unserer Tagung vom 2. bis 4. März 2012 in Nürnberg diese Änderungen ausführlich diskutieren und Antworten geben.

Mit besten kollegialen Grüßen,

Ihr Dr. Axel Neumann

Gemeinsam Stärke zeigen: Einladung zur BAO-Jahrestagung am 3. März 2012 in Nürnberg

Beim 14. BNC-Bundeskongress, dem 26. BDC-Chiurgentag und der BAO-Jahrestagung erinnern wir an die Gründung des BAO in 1992.

Von Dr. Petra Tietze-Schnur

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, gern nutze ich die Gelegenheit, Sie zur Jubiläumssitzung „20 Jahre BAO – der Operateur im Spannungsfeld ambulant/stationär“ einzuladen. Vielleicht wundern Sie sich, warum gerade eine Anästhesistin das Kernthema „ambulantes versus stationäres Operieren – eine wirtschaftliche oder medizinische Entscheidung“ gefunden hat und auch noch diese Sitzung leitet. Auch mich hatte die Überschrift zunächst überrascht.

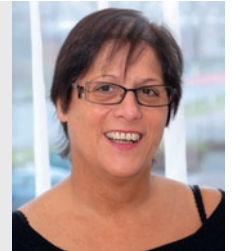
Doch auch Anästhesisten sind letztlich irgendwie Chirurgen, siehe folgendes Zitat aus Wikipedia: „Chirurgie ... handwerkliche Kunst ist ein medizinisches Fachgebiet. Es befasst sich mit der Behandlung von Krankheiten und Verletzungen durch direkte, manuelle oder instrumentelle Einwirkung auf den Körper des Patienten (Operation).“ Wörtlich übersetzt ist ein Chirurg ein „Handarbeiter“, die Chirurgie ist ein Teilgebiet der Medizin, das Störungen und Veränderungen der Organe mittels operativer Eingriffe behandelt.

Bekenntnis zur Dienstleistung Anästhesie

Nicht nur der Chirurg – und zwar fächerübergreifend alle chirurgisch tätigen Kollegen – sondern auch der Anästhesist befinden sich heute in einem Spannungsfeld. Als Betreiber von OP-Zentren bieten sie mittlerweile ihre Dienstleistung für ambulante und auch stationäre Eingriffe an. Sie erleben dabei ein Wechselbad der Gefühle und Vergütungen. Durch Kooperationen mit Krankenhäusern entstehen ständig weitere Berührungspunkte. Letztlich ist das eigentliche „ambulante Anästhesieren“ nicht mehr nur die Anästhesie bei ambulanten Patienten, sondern mehr noch ein Bekenntnis zur dienstleistungsorientierten Anästhesie im Sinne eines hochqualifizierten und hocheffizienten Profitcenters für alle – also Operateure, Patienten, Kassen und Anästhesisten.

Unter diesem Grundgedanken wird uns BAO-Ehrenpräsident Jost Brökelmann einen kurzen Rückblick auf 20 Jahre BAO ermöglichen, verbunden mit einem Blick in die Zukunft und die weite Welt, der wir leider im Bezug auf das ambulante

Tagesklinik Am Meer
Herwigstraße 8, 27572 Bremerhaven
Tel.: 0471 9266600, Fax: 0471 9266602
dr.petra.tietze-schnur@bao-praesidium.de



DR. PETRA TIETZE-SCHNUR

Operieren als Entwicklungsland begegnen müssen. BAO-Präsident Dr. Axel Neumann wird uns die Probleme der Entscheidung „ambulant oder stationär?“ aus seiner Sicht als Praxisbetreiber und Belegarzt nahe bringen.

Anästhesisten als Spagat-Künstler

Professor Thomas Standl hat als Chefarzt der Anästhesie zusätzlich die Rolle des Ärztlichen Direktors des Klinikums Solingen inne und weilt uns ein in den Spagat zwischen der anästhesiologischen Betrachtung und den Zwängen der Geschäftsführung eines Krankenhauses. Peter Dirschedl vertritt als Leiter des Teams stationäre Versorgung beim MDK Baden-Württemberg aus Lahr die Seite des Kostenträgers: Ich bin gespannt auf seine Sicht der Dinge.

Professor Peter Maurer aus Bremerhaven stellt sich in seinem Alltag stets aufs Neue der Entscheidung zwischen ambulant und stationär, ist er doch als niedergelassener MKG-Chirurg und Chefarzt einer Hauptabteilung an einem Krankenhaus der Maximalversorgung dem Klinikum ebenso verpflichtet wie seiner kassenärztlichen Praxis. Zu guter Letzt freue ich mich auf einen Kollegen, den ich beim IAAS Kongress in Melbourne kennenlernen durfte. Nach unserem zweiten Treffen in Kopenhagen 2011 erklärte sich Jan H. Eshuis bereit, uns als Vorstandsmitglied der IAAS und als Medical Director des Daycare Center der Universität Amsterdam das niederländische Vorgehen zu erläutern.

Ich hoffe, dass hiermit ein offizieller Anfang gemacht ist – eben gemeinsam Stärke zu zeigen.

20 Jahre Bundesverband Ambulantes Operieren: Meilensteine in der Geschichte des BAO

Anlass für die Gründung des BAO waren Sparmaßnahmen von Horst Seehofer. Heute ist der BAO ein gut vernetzter, aktiver Berufsverband.

Von Jost Brökelmann

I. Ambulantes Operieren vor 1991

In Deutschland ist es seit 1885 im Rahmen der Umsetzung der Gesetzlichen Unfallversicherung möglich, in Praxen von Spezialärzten Unfälle ambulant zu operieren. Die Leitsätze für das Heilverfahren wurden 1911 präzisiert¹. Der Ausdruck „Durchgangsarzt“ trat erstmals 1925 auf.² Seit 1963 gab es Richtlinien für die Bestellung von Durchgangsärzten.³

- » Zahlen zu ambulanten Operationen in einer D-Arztpraxis von 1967 bis 1978 veröffentlichte u. a. Fritz.⁴ Chirurgen mit ihren Erfahrungen in D-Arztpraxen wurden so zu Vorreitern des Ambulanten Operierens in Deutschland.⁵
- » Die Richtlinien für D-Arztpraxen waren wegweisend für das Ambulante Operieren, bis 1993 neue Hygienerichtlinien für das Ambulante Operieren erlassen wurden.
- » An Krankenhäusern waren die Umstände für Oberärzte wegen des Chefarztsystems häufig frustrierend, denn Innovationen konnten nicht gegen einen Chefarzt durchgesetzt werden. Ebenso konnten endoskopische Verfahren und ambulante Operationen nicht gegen den Willen des Chefarztes praktiziert werden, denn die Betten-Belegungspolitik der Krankenhäuser erforderte eine stationäre Behandlung.

1970: Eröffnung der ersten Tagesklinik für Ambulantes Operieren (Day Surgery Center) in Phoenix/Arizona, USA.⁶

ZIELE DES BAO¹⁷

- » Förderung des Ambulanten Operierens
- » Interessenvertretung der ambulant tätigen Operateure und Anästhesisten, u. a. bei der KBV, den Krankenkassen, den Privatversicherungen und den zuständigen Ministerien
- » Öffentlichkeitsarbeit
- » Förderung und Weiterentwicklung hochqualifizierter ärztlicher Tätigkeit in operativen Praxen/Tageskliniken



1976: Ambulante Laparoskopien (Tubensterilisationen) in Vollnarkose wurden erstmals in der Praxis vorgenommen.⁷

1977: Die erste fachübergreifende Tagesklinik für Gynäkologie wurde in Göttingen eröffnet⁸ und von der Niedersächsischen Regierung als „Tagesklinik“ anerkannt.

1979: Erstes Symposium für Ambulantes Operieren in Deutschland.⁹ Initiator war Dr. Horst Bourmer, Vorsitzender des Hartmannbundes, der jahrelange Erfahrungen in ambulanter Kinderchirurgie hatte. Auf dem Symposium berichteten u. a. Dr. Kurt Fritz⁴ über Ambulantes Operieren in einer D-Arztpraxis und Professor M. U. Dardenne über Ambulantes Operieren in der Ophthalmologie.¹⁰

1982: OP-Zuschläge wurden für ambulante Operationen in der GKV eingeführt.¹¹ Die Nachricht vom erfolgreichen Ambulanten Operieren in Deutschland und in den USA bewegte viele Oberärzte zur Flucht aus dem Chefarztsystem.¹²

1984: Beginn der Qualitätssicherung Gynäkologie in gynäkologischen Praxen von Niedersachsen.¹³

1989: Auf der Fortbildungsveranstaltung „Ambulantes Operieren in Gynäkologie und Geburtshilfe“ des Arbeitskreises Ambulantes Operieren im Berufsverband der Frauenärzte (BVF) in Hannover wurde der Velener Arbeitskreises Ambulante Chirurgie (VAAO)¹⁴, ein Zusammenschluss gynäkologischer Tageskliniken, gegründet.



Abb. 1: Das Residence-Hotel in Bonn, in dem der BAO 1992 gegründet wurde

© Brökelmann



Abb. 2: In diesem Raum tagten die Väter des BAO bei der Gründungsversammlung

© Brökelmann

1990: Ein Arbeitskreis Ambulantes Operieren Nordrhein traf sich in Köln.¹⁵

1991: Ambulante Operationen wurden nur zum Teil kostendeckend vergütet, von Ersatzkassen wurden bis zu zwölf Pfennig pro Punkt gezahlt.

Zwischenfazit

Freiberuflichkeit, Unabhängigkeit und Belohnung durch Patientenzufriedenheit lockten viele Oberärzte aus den Krankenhäusern in die Niederlassung. Dabei spielte eine kostendeckende Vergütung der ambulanten Operationen zunächst keine wesentliche Rolle.

II. Ambulantes Operieren 1991 bis 1999

1991: Unter der CDU/CSU-geführten Bundesregierung reagierte Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer auf die Zunahme der Ausgaben im Gesundheitswesen mit harschen Sparprogrammen. Sein Ziel war es, die Gesundheitsausgaben und Renten bis zur Bundestagswahl 1994 zu stabilisieren. Deswegen plante er ein neues Gesundheitsstrukturgesetz (GSG). Es sollte die Krankenhäuser für das Ambulante Operieren öffnen, was bislang nur in Universitäts-Polikliniken und Belegkrankenhäusern möglich war. Ambulante Operateure und Anästhesisten suchten nach politischer Rückendeckung. Am 20. November 1991 trafen sich auf der MEDICA in Düsseldorf elf von ihnen, um einen Verband für Tageschirurgie zu gründen.¹⁶

1992: Die Gründung des BAO fand am 11. Januar 1992 im Hotel Residence in Bonn (siehe Abb. 1 und 2) statt. Gründungsmitglieder waren: Dres. Martin Bockmeyer (HNO),

Jost Brökelmann (Gynäkologie), Helmut Dohnke (Gynäkologie), Georg Feldkamp (Orthopädie), Rolf Huber (Orthopädie), Jan Jürgens (MKG), Rainer Lorenzen (HNO), Helge Köttgen (Urologie), Michael Kubosch (Chirurgie) †, Rainer Michaelis (Urologie), Arno de Pay (Anästhesie), Christel Stoeckel-Heilenz (Anästhesie), Peter Weil (Orthopädie) und Josef Zimmermann (Augenheilkunde).

- » Das Logo des Verbandes zeigte den BAO als dritte Säule im Gesundheitssystem zwischen Arztpraxen und Krankenhäusern.¹⁷
- » Als neuer Verband stellte sich der BAO-Vorstand beim Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Ulrich Oesingmann, vor. Bei diesem Besuch wurde deutlich, dass die KBV von sich aus keine Unterstützung des Ambulanten Operierens beabsichtigte.
- » Eine Unterredung mit Dr. Stephan Thomae, dem gesundheitspolitischen Sprecher der FDP, erbrachte Übereinstimmung in der Frage der Vergütung ambulanter Operationen: Es sollte im neuen GSG eine gleiche Bezahlung für die gleiche Leistung im Krankenhaus wie in der Praxis festgeschrieben werden. Diesen wichtigen Grundsatz hat die FDP in das GSG einbringen können.
- » Das GSG trat zum 1.1.1993 in Kraft.

1993: Nach zwei Abrechnungs-Quartalen war ein Verlust von 20 bis 30 Prozent bei der Vergütung ambulanter Operationen nachweisbar. Darüber wurde eingehend auf der ersten Jahrestagung des BAO in Bonn-Bad Godesberg 1993 diskutiert. Der Verlust führte zu einem Sparprogramm in den Praxen, zur Forderung nach eigenem Budget für das Ambulante Operieren und zum Ruf nach Vergütung

in DM-Beträgen.¹⁸ Eine Umfrage bei den BAO-Mitgliedern brachte erste Resultate über die Betriebskosten in operativen Praxen aus dem Jahre 1991.¹⁹

- » Des Weiteren wurde die Bildung von Landesverbänden beschlossen, da das neue GSG eine Regionalisierung mit sich brachte und die Möglichkeit von Verhandlungen auf Landesebene ermöglicht werden sollte.²⁰
- » Nach Einführung des GSG wurden die Leistungserbringer, d. h. die Kassenärzte, Vertragärzte genannt, obwohl sie keinen schriftlichen Vertrag mit der KV hatten. Gegen diese Vortäuschung eines Vertrages gab es keinen wesentlichen Protest aus der Ärzteschaft. Die Bezeichnung „Tagesklinik“ wurde von den Ärztekammern aus Wettbewerbsgründen (?) verboten.
- » Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Bundesgesundheitsamts (BGA) erarbeitete im November 1993 neue Hygiene-Richtlinien für das Ambulante Operieren.²¹ Darin forderte die BGA-Kommission unter Leitung von Dr. Klaus-Dieter Zastrow (Robert-Koch-Institut, RKI) – offenbar mit Unterstützung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) – zehn (!) verschiedene Räume für das Ambulante Operieren in einer Praxis. Auf Betreiben des Bundesgesundheitsministeriums, vertreten durch Eberhard Luithlen, wurden Ende 1993 folgende Sachverständige zu einer BGA-Sitzung hinzugezogen: Dres. Paul Rheinberger (KBV), Jost Brökelmann (BAO), Jörg-Andreas Rüggeberg (BDC), Georg Hohlfelder (BdO) und Jacky Reydelet (Deutscher Arbeitskreis Krankenhaushygiene). Sie alle sprachen sich gegen diese hohe Zahl von Räumen aus. Man einigte sich auf insgesamt drei Räume (OP-Raum, Sterilisationsraum, Abstell-/Putzraum). Dies gilt noch heute.
- » Der BAO begann eine freiwillige Qualitätssicherung „Gynäkologie“.²²

1994: Nach Einführung des GSG 1993 sollten neue Rechtsvorschriften für das Ambulante Operieren auf einem Symposium der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht Nürnberg²³ erarbeitet werden, damit die Bundesärztekammer die erforderlichen Richtlinien herausgeben konnte. Diese Richtlinien wurden vom BAO wesentlich mitgestaltet. Die anwesenden BAO-Mitglieder waren: Dres. Jost Brökelmann, Jörg-Andreas Rüggeberg, Christel Stoeckel-Heilenz, Richard Humburg und Arno de Pay.

- » Der BAO forderte bei Gesundheitsminister Seehofer betriebswirtschaftlich berechnete Komplexgebühren und einen „ungedekelten Topf“ für Ambulantes Operieren an.²⁴ Der BAO definierte OP-Pauschalen und forderte ambulante Fallpauschalen in D-Mark.²⁵
- » Gegensätzliche Meinungen zwischen BDC und BAO bezüglich der ambulanten Durchführung der Mamma-Chirurgie wurden mit der KBV diskutiert.²⁶
- » Der BAO berechnete die Arbeitskapazität eines Operateurs.²⁷
- » Der damalige Präsident des Marburger Bundes Dr. Frank-Ulrich Montgomery forderte öffentlich in einer „Panorama“-Sendung, dass Ambulantes Operieren nur am Krankenhaus stattfinden dürfe.²⁸

MEILENSTEINE DES AMBULANTEN OPERIERENS UND DES BAO

- » 1992 Gleiche Vergütung ambulanter Operationen für Krankenhaus und Praxis (GSG 1993)
- » 1993 Adaptation der Hygiene-Richtlinien für Tageskliniken (u. a. sachgerechte Strukturqualität)
- » 1994 Adaptation der rechtlichen Vorschriften für Ambulantes Operieren (spätere Ärztekammer-Richtlinien)
- » Seit 1993 regelmäßige Veröffentlichungen: „BAO-Info“ (1993 bis 1999), Mitteilungen des Bundesverbandes für Ambulantes Operieren e.V. in der Zeitschrift „ambulant operieren“ (2000 bis 2008), „BAO-Depesche“ (erstmalig 2001), „BAO-MAO-Aktuell“ (2004 bis 2009), BAO-Newsletter (seit 2009)
- » Seit 1993 Jahrestagungen des BAO, alle zwei Jahre mit Kongress
- » Seit 2010 jährliche Kongresse zusammen mit dem Berufsverband niedergelassener Chirurgen (BNC) und anderen Verbänden (siehe Foto)



Dr. Axel Neumann (BAO), Prof. Hans-Peter Bruch (BDC), Dr. Dieter Haack (BNC) und Dr. Stephan Dittrich (BNC) beim gemeinsamen Kongress 2011

1995: Der BAO monierte, dass die KVen als halb-staatliche Institutionen nur den Mangel für die Regierung verwalten, und dies mit den Vertragsärzten als neuer Arbeiterklasse.²⁹

- » Eine Definition von Tageskliniken als Einrichtungen des Ambulanten Operierens wurde präsentiert.³⁰
- » Der BAO war Mitbegründer der International Association for Ambulatory Surgery (IAAS).³¹ Dr. Jacky Reydelet wurde Vize-Präsident der IAAS.
- » Der BAO führte Aufsichtsbeschwerden gegen die KBV wegen nicht angemessener Vergütung.³²

1996: Die Ergebnisse der Qualitätssicherung Gynäkologie des BAO (1993 bis 1995) wurden präsentiert. Die Zahl der Operationen in 1995 betrug 34.730. Die Komplikationsrate lag in den Jahren 1993 bis 1995 unter einem Prozent.³³

- » Der BAO erarbeitete eine Empfehlung zur Aufteilung der OP-Zuschläge zwischen Operateur und Anästhesist.³⁴
- » Das Finanzamt Bonn stufte den BAO als einen steuerbefreiten Berufsverband ohne Gemeinnützigkeit ein.³⁵

1997: Das 2. Neu-Ordnungsgesetz (NOG) erlaubte die Kostenerstattung bei gesetzlich Versicherten.³⁶ Dieser Passus war in letzter Minute von der FDP in das Gesetz eingebracht worden und erlaubte Ambulanten Operateuren und Anästhesisten einen Ausbruchversuch aus dem KV-System.

1998: Die Protest-Aktion „Phoenix“ niedergelassener Operateure und Anästhesisten im März 1998 machte Schlagzeilen.³⁷ Das Ambulante Operieren sollte sich wie ein Phoenix aus der Asche erheben. Bis zu 85 Prozent der Operationen von Kassenpatienten wurden danach über Kostenerstattung mit den Krankenkassen abgerechnet.³⁸ Bundesgesundheitsminister Seehofer sah darin eine Bedrohung des GKV-Systems und forderte öffentlich zur Denunziation von Operateuren auf, die Kostenerstattung betrieben. Dann verlangte er vom SPD-regierten Land NRW Disziplinarstrafen gegen den Vorsitzenden des BAO. Die Ersatzkassen beantragten den Entzug der Kassenzulassung. Die Sozialgerichte bejahten den Entzug, obwohl kein Gesetzesverstoß nachgewiesen werden konnte. Letztlich urteilte das LSG Nordrhein-Westfalen, es sei den Kassen nicht zuzumuten, mit einem Systemgegner zusammenzuarbeiten.³⁹

- » Der Sachverständigenrat (Die „Fünf Weisen“) sprach sich für die Abschaffung der GKV und für eine obligate Privatversicherung aus.⁴⁰
- » Die neue rot-grüne Regierung wollte mit dem „Vorschaltgesetz“, dem „Solidaritätsstärkungsgesetz“ und dem „Gesundheitsreformgesetz 2000“ das Gesundheitswesen unter staatliche Direktion bringen.⁴¹ Die Kostenerstattung für GKV-Versicherte wurde gestrichen.

1999: Der BAO startete den wöchentlichen Newsletter „BAO-MAO-Aktuell“.⁴²

- » Das LSG Nordrhein-Westfalen urteilte, ein Vertragsarzt dürfe nicht aus monetären, also betriebswirtschaftlichen Gründen Leistungen verweigern.⁴³ Wörtlich hieß es: „Es ist unzulässig, einem Vertragsarzt generell die Möglichkeit einzuräumen, nach eigener Entscheidung allein aus monetären Gründen vertragsärztliche Leistungen nicht zu erbringen“. Weiter hieß es: „Das Vertragsarztrecht hat dienende Funktion [...] es ist nicht dazu geschaffen worden, ein angemessenes ärztliches Einkommen zu sichern.“
- » Sowohl die CDU/CSU als auch die SPD und die Sozialgerichte wollten zu diesem Zeitpunkt das KV-System stabilisieren und Gegner oder Reformer ausschalten.
- » Der BAO richtete eine eigene Homepage ein.⁴⁴
- » Neuer Präsident des BAO wurde Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg. Die Managementgesellschaft Ambulantes Operieren (MAO) wurde gegründet.⁴⁵

III. Ambulantes Operieren 1999 bis 2011

1999: Die Gesetzesvorlagen der rot-grünen Regierungskoalition riefen einen permanenten Widerstand der Ärzte hervor, besonders der Ambulanten Operateure und Anästhesisten. Die Regierung plante, KVen und Freiberufler abzuschaffen. Die Ärzte sprachen sich mehrheitlich gegen die geplante Bürgerversicherung der Regierung aus.

2001: Das Bundesverfassungsgericht (BVerG) entschied mit seinem Urteil über die Altersgrenzen für die Niederlassung: „Die Sicherung der finanziellen Stabilität der Krankenversicherung ist ein Gemeinwohlbelang von überragendem Gewicht, der Regelungen der Berufsausübung, aber auch der Berufswahl rechtfertigt“.⁴⁶ Damit stellte das BVerG die Sicherung der GKV über die Grundrechte der Bürger, insbesondere die Grundrechte der freiberuflich tätigen Ärzte.

2004: Die Große Koalition von CDU/CSU und SPD zeigte: Alle Parteien wünschten sich Macht über das Gesundheitssystem. Sie waren mehrheitlich gegen die Urteile des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) zum freien Wettbewerb in der Europäischen Union (EU).⁴⁷ Daraufhin gründeten die Sozialverbände ein Verbindungsbüro für Lobby-Arbeit in Brüssel, während die Ärzteverbände zerstritten blieben.

2004 und 2006: „Innovative Wochenenden“ des BAO⁴⁸: Einführung der Methoden des „Change management“ zur Förderung der konstruktiven Mitarbeit der Mitglieder.

2004: Erstellen einer Korrelationstabelle zwischen den OPS-Ziffern und den EBM-OP-Ziffern durch das BAO-Präsidium.⁴⁹

2009: Die neue CDU/CSU/FDP-Regierung wollte die KVen stärken, um die staatliche Macht über das Gesundheitswesen zu festigen.

- » Die Zahl der am D-Arztverfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung teilnehmenden Durchgangsärzte betrug insgesamt 3.458, davon 1.197 an Krankenhäusern und 2.261 in freier Praxis.⁵⁰
- » Im Mai 2009 wurde ein neuer BAO-Vorstand unter der Führung von Dr. Axel Neumann gewählt. Weitere Vorstandsmitglieder sind Dr. Ansgar Pett, Dr. Jörg Hennefründ, Dr. Petra Tietze-Schnur, Dr. Claus-Peter Möller, Dr. René Badstübner und Dr. Gerd-Dieter von Koschitzky.

2010: Ein Versuch der bayerischen Hausärzte, aus der KV auszutreten und eine eigene, unabhängige Organisation aufzubauen, schlug fehl.⁵¹

IV. Zukunft

Seit 1883 ist das deutsche Gesundheitssystem durch halbstaatliche Selbstverwaltungsorgane geprägt. Während des Nationalsozialismus stand es unter direkter staatlicher Kontrolle. Nach dem Zweiten Weltkrieg war die Selbstverwaltung zunächst relativ frei vor staatlicher Bevormundung. Seit aber gespart werden muss, gerät das Gesundheitssystem zunehmend unter staatliche Kontrolle. So wurden etwa unter der rot-grünen Regierung die Sozialgerichte von den ordentlichen Gerichten getrennt, sozialpolitische Probleme erhielten eine eigene Gerichtsbarkeit. Dieses Vorgehen verstößt gegen EU-Recht.⁵²

Die freien Ärzteverbände haben sich leider nie vereint und bleiben damit ohne politisches Gewicht. Nach zwei Versuchen der Vertragsärzte, sich aus den KVen herauszulösen – die Aktion „Phoenix“ und kürzlich die bayerischen Hausärzte – ist das staatlich gelenkte Gesundheitssystem fest in der Hand der Regierung. Patienten und Ärzte bevorzugen weiter mehrheitlich ein Verbleiben in einem staatlichen Gesundheitssystem. Beide fordern immer mehr Finanzmittel für immer mehr Gesundheitsleistungen – und das ohne Rücksicht auf eine Bezahlbarkeit des Systems.

Ambulante Operateure und Anästhesisten werden immer eine Minderheit unter den Vertragsärzten eines staatlichen Gesundheitssystems bleiben. Deshalb müssen sie, wenn sie eine angemessene Vergütung ihrer Leistungen in einem wettbewerbsorientierten Europa erreichen wollen, nach Verbündeten Ausschau halten. Dazu bieten sich an:

1. Alle operativen Berufsverbände sollten eine gemeinsame Interessenvertretung finanzieren.
2. Eine Kooperation mit politisch unabhängigen Patientenverbänden sollte angestrebt werden.
3. Ein Verbindungsbüro zu Europäischen Institutionen sollte finanziert werden, denn die EU baut auf das freie Unternehmertum und den Wettbewerb, nicht auf nationale, staatliche Gesundheitssysteme. Dort sollte in die Zukunft des Ambulanten Operierens investiert werden.

Daher sollten die Zermübungskämpfe mit KVen und Krankenkassen sowie mit der DKG begrenzt werden. Diese Behörden sollten für ambulante Fallpauschalen (DRG) in Krankenhäusern und Tageskliniken gewonnen werden.

Fazit

Deutschland ist das Land mit den weltweit meisten, fachlich gut ausgerüsteten Tageskliniken mit einem dokumentiert guten Qualitätsstandard. Durch modernes Management erbringen Tageskliniken ambulante Operationen und Narkosen wesentlich kostengünstiger als Krankenhäuser. Wie bei den D-Arzt-Praxen scheint sich eine bundesweite Verteilung der ambulanten Operationen zu etablieren, bei der zwei Drittel dieser Leistungen im niedergelassenem Bereich und ein Drittel in den Krankenhäusern erbracht werden.

Literaturliste beim Verfasser oder der Redaktion erhältlich.

KV Berlin brüskiert Ambulante Operateure: Einsamer Beschluss kippt Praxisbegehungen

Die Qualitätskommission Ambulantes Operieren will jetzt neue Prüfkriterien für Begehungen von OP-Einrichtungen erarbeiten.

Von Dr. Ansgar Pett

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin führt in ambulant operierenden Praxen derzeit keine Praxisbegehungen durch, um deren Qualität überprüfen. Hintergrund ist ein entsprechender Vorstandsbeschluss vom 7. Oktober 2011, der in der Vertreterversammlung vom November 2011 Streit ausgelöst hat. Denn der Beschluss widerspricht einem Antrag der Qualitätskommission Ambulantes Operieren beim KV-Vorstand von August 2011, wonach das Verfahren für Begehungen von OP-Standorten neu geklärt werden soll. Bei etlichen OP-Standorten hatte die Kommission in der Vergangenheit bei Begehungen im Rahmen der damaligen Strukturverträge teilweise erhebliche Missstände festgestellt.

Einsame Entscheidung des KV-Vorstands

Als Vorsitzender der Kommission habe ich daher umgehend gegen diese einsame Entscheidung protestiert. Zum einen ist eine künftige Beurteilung der Prozess- und Strukturqualität operativer Leistungen ohne Praxisbegehungen nicht mehr gegeben. Ohne Möglichkeit der Überprüfung dieser Kriterien sehen sich alle Kommissionsmitglieder außerstande, die geforderte Qualität beim Ambulanten Operieren umfassend zu kontrollieren.

Zum anderen stellt sich der Vorstand möglicherweise pflichtwidrig gegen klare juristische Vorgaben: Der Gesetzgeber fordert (§ 136 Abs. 2 SGB V, § 135 Abs. 2 SGB V) seit langem das, was der Vorstand nun aktiv blockiert. Gemäß § 115b Abs. 1 Nr. 3 SGB V haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, die DKG und die KBV Maßnahmen zur Sicherung der Qualität bei ambulanten Operationen zu vereinbaren. In § 19 der entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarung finden sich Einzelheiten.

Pfusch, Betrug und Hinterzimmer-Chirurgie?

Doch damit nicht genug: Diese hier meines Wissens erstmalig geübte Praxis des Vorstands hat unter Umständen auch Einfluss auf die Arbeit anderer Kommissionen, weil mit

Landesverband Ambulantes Operieren
(LAO) Berlin, 1. Vorsitzender
Adalbertstraße 16, 10997 Berlin
Tel.: 030 6169540, Fax: 030 6147007
dr.ansgar.pett@bao-praesidium.de



DR. ANSGAR PETT

dieser Entscheidung bewusst auf die fachliche Kompetenz einer Kommission verzichtet wurde. Dieses Beispiel sollte keine Schule machen, weil wir sonst den Vorstand allein agieren lassen und künftig auf Kommissionsarbeit verzichten können. Die Entscheidung des KV-Vorstands war daher in zweifacher Hinsicht ein Schlag ins Gesicht aller qualitätsorientiert arbeitenden Kolleginnen und Kollegen. Sie öffnet Tor und Tür für Pfusch, Betrug und Hinterzimmer-Chirurgie!

KV-Vize Dr. Uwe Kraffel konnte den Vorstandsbeschluss lediglich damit begründen, dass mit Auslaufen der Strukturverträge zum Ambulanten Operieren keine Notwendigkeit mehr für Praxisbegehungen bestehe. Auch Krankenhaus-Ambulanzen unterzögen sich keinen Begehungen. Man wolle die Kollegen daher nicht länger mit Maßnahmen belasten, die nicht vorgeschrieben seien und für die es keine zusätzliche Vergütung gebe – eine Begründung, der allerdings kein qualitätsorientierter Operateur folgen mochte.

Kommission wird neue Prüfkriterien erstellen

Der Beschluss des KV-Vorstands wurde aufgrund der Irritationen im November daher wieder auf die Tagesordnung der darauf folgenden VV Anfang Dezember 2011 gesetzt – und bei dieser Gelegenheit gleich wieder kassiert. Bisheriges Zwischenergebnis: Die Qualitätssicherungskommission für Ambulantes Operieren der KV Berlin wird Kriterien erarbeiten, nach denen in Zukunft zumindest die Qualität neuer OP-Einrichtungen geprüft werden soll. Über den Beschluss der Kommission wird die Vertreterversammlung im Laufe des Jahres 2012 erneut entscheiden.

Mythos Überversorgung – kann die neue Bedarfsplanung Versorgungslücken aufzeigen?

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll die Bedarfsplanung neu gestalten. Die KBV hat hierfür bereits ein eigenes Konzept entwickelt.

Von Dr. Ansgar Pett

Im Zusammenhang mit dem zum Jahresende verabschiedeten GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VSG) war viel von Über-, Unter- und Fehlversorgung die Rede. Wir alle kennen die Argumente: In den Städten und Ballungsgebieten sind zu viele Vertragsärzte niedergelassen, in ländlichen Regionen zu wenige. Das GKV-VSG sieht nun vor, die Bedarfsplanung neu zu gestalten und der Selbstverwaltung neuen Spielraum bei der Umsetzung zu gewähren.

Nachbesetzung in überversorgten Bereichen

Dies betrifft unter anderem die Ausschreibung von Vertragsarztsitzen. In überversorgten Planungsbereichen soll künftig der Zulassungsausschuss über einen Antrag des Vertragsarztes (oder seines Erben) zur Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens abstimmen.

Der Zulassungsausschuss kann den Antrag auf Nachbesetzung dann ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. In einem solchen Fall müsste die Kassenärztliche Vereinigung (KV) dem Vertragsarzt (oder seinem Erben) eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswertes der alten Praxis zahlen.

Voraussetzung für dieses neue Nachbesetzungsprozedere ist allerdings eine Reform der Bedarfsplanung, die in ihrer jetzigen Form aus Sicht aller Beteiligten kaum mehr die tatsächlichen Versorgungsbedürfnisse der Bevölkerung abbildet. Das GKV-VSG regelt nicht mehr als die Grundlage für eine Neuregelung der Bedarfsplanung. Daher muss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis Mitte 2012 Konzepte für die Reform der Bedarfsplanung entwickeln.

KBV: Grobes Konzept für neue Bedarfsplanung

Bei ihrer letzten Vertreterversammlung im Jahr 2011 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) daher ein grobes Konzept für die Neugestaltung der Bedarfsplanung vorgelegt. Ihr soll eine deutlich einfachere Systematik als



bislang zugrunde liegen: So sieht der Entwurf der KBV eine Bepflanzung der Arztgruppen vor, welche unterschiedlich großen Planungsbereichen zugeordnet werden.

Anstatt von bislang 14 Arztgruppen sollen künftig vier Planungsbereiche gebildet werden, die allerdings in deutlich mehr Planungsgruppen als zuvor unterteilt werden sollen. Während in der bisherigen Bedarfsplanung Auftragsärzte ohne eigenen Patientenkontakt (beispielsweise Pathologen oder Labormediziner) nicht auftauchten, sollen sie künftig mit einbezogen werden. Hierdurch entstehen insgesamt 34 Planungsgruppen. Je nach Spezialisierungsgrad innerhalb einer Region soll die Planungsregion insgesamt wachsen.

Der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Köhler ist sich darüber im Klaren, dass dieser Neuzuschnitt der Planungsregionen einiges an politischem Sprengstoff birgt: So könnten bei einer Reihe von Arztgruppen neue Arztsitze entstehen, während bei anderen Arztgruppen auf einmal zu viele Arztsitze ausgewiesen würden.

Tatsächliche Versorgungslücken aufzeigen

Köhler betonte, die Bedarfsplanung müsse auch berücksichtigen, welchen tatsächlichen Beitrag die zugelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zur Versorgung leisteten: Arztsitze von Ärzten, die nur 60 Stunden pro Quartal arbeiteten, müssten auch entsprechend niedriger gewichtet werden. Ein solcher Faktor könnte tatsächlich existierende Versorgungslücken aufzeigen, betonte Köhler.

Für diese tatsächlichen Versorgungslücken hat die KBV nun eine Zahl vorgelegt: Demnach fehlen im niedergelassenen Bereich bereits heute 12.500 Ärzte. Köhler wandte zwar ein, dass die Qualität der Versorgung und der Zugang zur ärztlichen Versorgung in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern sehr gut seien, dennoch müssten die bekannten Defizite behoben werden.

Lokal oder regional geplante Versorgung

Außerdem darf man nach Auffassung der KBV bei der Bedarfsplanung nicht länger ignorieren, dass sich Patienten erfahrungsgemäß nur selten an Planungsregionen halten. Im hausärztlichen Bereich sei bereits die Landkreisebene mit ihren 412 Planungsbereichen zu groß. Die KBV plädiert daher für eine lokal geplante Versorgung der hausärztlichen und für eine regional geplante Versorgung in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung.

Bei den überregionalen Sondergebieten steht nach Vorstellung der Selbstverwaltung darüber hinaus eine umfassende Neuordnung bevor. Die bisherige Einteilung der Versorgungslandschaft in 17 KV-Gebiete mit insgesamt 96 Planungsregionen soll dabei als Grundlage dienen für die Bedarfsplanung der zwei Sonderbereiche.

Sonderbereich I umfasst die fachärztliche Versorgung durch Anästhesisten, Radiologen, Fachinternisten sowie Kinder- und Jugendpsychiater. Sonderbereich II umfasst Auftragsärzte ohne Patientenkontakt sowie MKG-Chirurgen, Rehabilitationsmediziner, Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner.



Verspricht den Vertragsärzten eine „deutlich einfachere Systematik“ bei der Bedarfsplanung: KBV-Chef Dr. Andreas Köhler

© KBV

Einfache Formel? Das ist kaum vorstellbar ...

Ob die von der KBV favorisierte Neuordnung aber tatsächlich einfacher sein wird, darf bezweifelt werden: Immerhin soll bei der Bedarfsplanung für beide Sonderbereiche mit berücksichtigt werden, dass ein gewisser Anteil der Kapazitäten in Leistungen der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V abwandert. Allein die Frage, nach welchem Schlüssel diese Abwanderung in Leistungen der spezialfachärztlichen Versorgung berechnet und ins Verhältnis gesetzt werden sollte, wird unzählige KBV-Rechenkünster beschäftigen. Gleiches gilt für die angemessene Berücksichtigung des Demographiefaktors.

Die KBV-Mathematiker haben bei ihrer Arbeit Wünsche und Forderungen diverser Interessengruppen zu berücksichtigen. Wir können uns daher ganz sicher sein, dass sie nicht zu einer einfachen, für mathematische Laien nachvollziehbaren Formel gelangen werden.



Abrechnung ist Knochenarbeit

... und erfordert Spezialwissen, Akribie und Durchsetzungsvermögen!

Besuchen Sie uns auf dem 14. BNC Kongress: Stand 4, Halle: Sydney, 2.–4. März

- ▲ optimale Rechnungsprüfung und Rechnungserstellung durch GOÄ-Experten unter Berücksichtigung aktueller Rechtsprechungen (auch vor Ort)
- ▲ fachkundige Korrespondenz mit Kostenträgern und Patienten
- ▲ zuverlässige Auszahlung innerhalb von 5 Arbeitstagen zu 100 %
- ▲ individuelles erfolgreiches Mahnwesen mit einer Erfolgsquote von 99,7 %
- ▲ aussagekräftige Statistiken, auch im anonymen Vergleich mit Ihren Kollegen
- ▲ telefonische Erreichbarkeit von 08:00 - 18:00 Uhr

Unsere Erfahrung ist Ihre Sicherheit – seit 40 Jahren im Dienste der Ärzte



Dr. Meindl u. Partner
Verrechnungsstelle GmbH

Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH • Willy-Brandt-Platz 20 • 90402 Nürnberg • Tel: 0911 98 47 8-50 • www.verrechnungsstelle.de

Honorararzt und Recht – quo vadis? Chancen und Risiken in Zeiten des Ärztemangels

Das Honorararztwesen gewinnt weiter an Bedeutung.

Dieser tatsächlichen Entwicklung folgt eine rechtliche. Ein Überblick.

Von Dr. Ralf Großbölting

Die Zahl der Vermittlungsagenturen für Honorarärzte steigt rasant, der Markt für Honorarärzte wächst. Rund drei Viertel der Krankenhäuser haben Probleme, offene Arztstellen zu besetzen. Ebenso viele Kliniken greifen auf Honorarärzte zurück. Im Jahresdurchschnitt entsprach die Beschäftigung von Honorarärzten nach Angaben des Krankenhaus-Barometers über alle Krankenhäuser hinweg einem Stellenäquivalent von 2,5 ärztlichen Vollkräften je Einrichtung.

Neue und ungelöste Problemfelder

Der tatsächlichen Entwicklung folgt in aller Regel die rechtliche. An diversen Punkten eröffnen sich neue und ungelöste Problemfelder. Aus juristischer Sicht ergeben sich insbesondere medizinrechtliche, (sozial)versicherungsrechtliche und arbeitsrechtliche Fragen. Alle diese Aspekte betreffen unmittelbar das vertragliche Verhältnis zwischen Krankenhaus und Honorararzt; dies ganz unabhängig davon, ob das Krankenhaus Probleme bekommt (etwa mit der Bezahlung) oder der Honorararzt (etwa mit dem Zulassungsausschuss). Hinzu kommen berufspolitische Diskussionen sowie Fragen nach Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement.

Rechtlich ist zunächst zu unterscheiden zwischen „reinen“ Honorarärzten, die ohne vertragsärztliche Zulassung und ohne Angestelltenverhältnis gegen Honorar in der stationären und/oder ambulanten Versorgung tätig sind und zwischen Ärzten, die sowohl das eine (Niederlassung oder angestellte Tätigkeit als Arzt) wie auch das andere (Honorararztstätigkeit im Krankenhaus) ausüben. Letztere werden teilweise auch als „verdeckte Belegärzte“ bezeichnet.

Für Vertragsärzte ist die Honorararztstätigkeit nur dann gestattet, wenn der Arzt trotz dieser Tätigkeit den GKV-Versicherten in seiner Praxis gemäß seines Versorgungsauftrages persönlich zur Verfügung steht. Er muss insbesondere in der Lage sein, Sprechstunden zu den üblichen Zeiten anzubieten. Nach dieser Neuformulierung des § 20 der Zulassungsverordnung ist weiterhin eine unbegrenzte

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



DR. RALF GROSSBÖLTING

Nebentätigkeit nicht denkbar, auch wenn es nun mehr als 13 Stunden sein können.

Abgrenzung Arbeitnehmer/Selbstständiger

Im Bereich der stationären honorarärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus steht die Abgrenzung zwischen Arbeitnehmerstatus und selbständigen Status im Fokus. Die Verwaltungsgerichte urteilen bei dieser Frage zu Gunsten der Selbstständigkeit sehr viel großzügiger als die Sozialgerichte.

Der Streit entzündet sich regelmäßig an der Frage der Bezahlung von Krankenhausleistungen durch die Kassen und wirkt sich damit gegebenenfalls auch auf die Bezahlung des Honorararztes aus. Nach § 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) sind allgemeine Krankenhausleistungen die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter.

Der Gesetzgeber hat die im Entwurf des Versorgungstrukturgesetzes vorgesehene Änderung des KHEntgG, nach der die Erbringung von Krankenhausleistungen „auch durch nicht fest angestellte Ärzte“ möglich sein sollte, letztlich nicht in das Gesetz übernommen. Nach der Argumentation der Verwaltungsgerichte kommt es für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses nicht auf die rechtliche Ausgestaltung der Anstellungsverträge zu den Ärzten an

(OVG Berlin, Beschluss vom 26.06.1996, 7 S 144.96, Rz. 17), so dass eine Klinik auch für die stationäre OP-Leistung einen Honorararzt heranziehen kann, solange es sich in den Grenzen seines Versorgungsauftrages bewegt und diesen nicht durch Zuhilfenahme Dritter erweitert (etwa VG Hannover, Urteil vom 22.07.2010, 7 A 3146/08, nicht rechtskräftig; VG Frankfurt a. M., Urteil vom 09.02.2010, 5 K 1985/08).

Die Sozialgerichte sehen dies zum Teil anders (SG Kassel, Urteil v. 24.11.2010, S 12 KR 168/10, nicht rechtskräftig) und führen aus, dass stationäre Leistungen, die von Honorarärzten erbracht wurden, die nicht angestellte oder Belegärzte im Krankenhaus sind, aber die Patienten eingewiesen und auch behandelt haben, nicht abgerechnet werden können (Berufung vor dem Hessischen LSG, L 1 KR 3/11, anhängig). Krankenhausleistungen seien (so LSG Sachsen, Urteil vom 30.04.2008, L 1 KR 103/07) nur solche, die das Krankenhaus durch eigenes Personal erbringen lässt, nicht jedoch solche selbständiger Dritter. Diese Auffassung bezieht das LSG auf ambulante und stationäre Leistungen.

Eine ähnliche Problematik stellt sich bei von Honorarärzten erbrachten wahlärztlichen Leistungen, deren Abrechnungsfähigkeit zum Teil sehr kritisch betrachtet wird. Anderer Auffassung ist wiederum das SG Fulda (Urteil vom 19.01.2010, S 4 KR 495/06; Berufung vor dem Hessischen LSG, L 1 KR 77/10, anhängig), welches die Meinung vertritt, dass eine unbegrenzte Heranziehung Dritter zur Leistungserbringung im Rahmen des Versorgungsauftrages möglich sei.

Das SG Mannheim (Urteil vom 16.06.2011, S 15 R 2545/09, nicht rechtskräftig) führt im Rahmen eines Statusfeststellungsverfahrens eines Honoraranästhesisten aus, dass ein Arzt sozialversicherungspflichtig beschäftigt sein kann, obwohl der Honorarvertrag eine selbständige Tätigkeit nahelegt. Und dies, obwohl sich die Tätigkeit des Arztes von den Tätigkeiten der abhängig beschäftigten Anästhesisten unterschied (keine Neuaufnahme und Entlassung von Patienten, keine interne Fortbildungsverpflichtung, keine Dienstplanerstellung, keine Beteiligung am Qualitätsmanagement), obwohl er Dienste ablehnen durfte und keine Entgeltfortzahlung vereinbart war und obwohl er keinem fachlichen Weisungsrecht unterlag. Entscheidend seien auch Indizien wie das Ausüben der Tätigkeiten in den Räumen der Klinik innerhalb eines festen zeitlichen Rahmens (keine eigenen Räume gemietet und keine Erbringung von

fachärztlichen Leistungen auf eigene Rechnung neben der Honorararztstätigkeit), wie das Fehlen eines eigenen unternehmerischen Risikos oder die Außenwirkung (Arzt erschien in der Außenwirkung als Teil der Klinik). Damit sei der Arzt klar in den Betrieb des Krankenhauses eingegliedert, was zu einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung führe.

Nach diesem Urteil wird es, insbesondere in der Anästhesie, sehr schwer, freiberuflich tätige reine Honorarärzte zu beschäftigen. Die genannten Voraussetzungen sind allerdings leichter erfüllbar bei klar abgrenzbaren Tätigkeitsbereichen (etwa Teilbereiche der Chirurgie), sowie bei Einsatz von Ärzten, die auch noch eine eigene vertragsärztliche und/oder private Praxis führen. Die Beteiligten sind daher im Sinne gehalten, die Vertragsinhalte und das gemeinsame Miteinander so zu gestalten, dass erst gar keine Zweifel an der Selbstständigkeit des Honorararztes aufkommen.

Einsatz für ambulante Operationen zulässig

Das Urteil des Bundessozialgerichts vom 23.03.2011 (B 6 KA 11/10 R) betraf den (aus Sicht des Gerichts unzulässigen) Einsatz von selbständigen Niedergelassenen für ambulante Operationen, die das Krankenhaus sodann abrechnete. Es hat unterdessen nur noch rechtshistorischen Charakter. Durch die Ergänzung des § 115b Absatz 1 SGB V im Rahmen des VStG seit dem 01.01.2012 wurde klargestellt, dass in der AOP-Vereinbarung vorzusehen ist, dass die Leistungen auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können (§ 115b Abs. 1 Satz 2 SGB V i. d. F. des VStG).

Vorsicht bei der Vertragsgestaltung

Die neue gesetzliche Regelung in § 115b SGB V zur Revidierung der BSG-Rechtsprechung und Beseitigung von Unsicherheit ist der erste Schritt in die richtige Richtung. Endgültige Sicherheit kann nur höchstrichterliche Rechtsprechung oder eine gesetzliche Regelung geben. Setzt sich die enge Rechtsprechung der Sozialgerichte durch, so wird das „verdeckte Belegarztwesen“ nicht mehr haltbar sein. Bis dahin ist Vorsicht bei der Gestaltung von Kooperationsverträgen mit Krankenhäusern geboten. Dies gilt bei Fragen der Haftung und (Schein-)Selbstständigkeit, aber auch bei der Frage der (versteckten) Zuweisung gegen Entgelt, insbesondere bei der Bezahlung des Honorararztes für die Behandlung seiner an das Krankenhaus zugewiesenen Patienten.

Mehr zufriedene Patienten und Ärzte durch Integrierte Versorgung

Der LAOH arbeitet bei IV-Verträgen erfolgreich mit der Managementgesellschaft medicalnetworks zusammen.

Von Dr. Thomas Wiederspahn-Wilz

Verträge zur Integrierten Versorgung (IV) haben sich bewährt und sollten weiter ausgebaut werden. Als Verband von operativ und anästhesiologisch tätigen niedergelassenen Ärzten in Deutschland (LAOH) arbeiten wir mit der Managementgesellschaft medicalnetworks (www.medicalnetworks.de) aus Kassel zusammen. Mit diesem Unternehmen haben wir mehrere IV-Verträge nach § 140 a–d SGB V über ambulante und stationärer Operationen abgeschlossen.

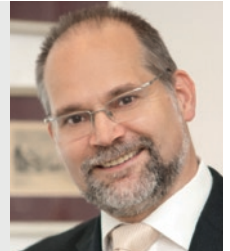
Es bestehen Verträge zwischen der Techniker Krankenkasse und dem LAOH, abgewickelt durch medicalnetworks; zwischen der DAK und medicalnetworks für orthopädisch-chirurgische Indikationen in Hessen. Desweiteren bundesweit gültige Vereinbarungen zwischen der BKK und medicalnetworks, sowie zwischen der KKH-Allianz, dem LAOH und medicalnetworks, gültig in mehreren Bundesländern. Welche Operationen über die IV abgedeckt sind, ist von Vertrag zu Vertrag unterschiedlich.

Patientenbefragung zur Qualitätssicherung

Seit Mai 2007 überprüfen wir die Qualität der ambulanten Operationen durch Befragungen. Diese sind Bestandteil der IV-Verträge und dienen der Qualitätssicherung. Bis heute wurden über 65.000 Patienten befragt. Diese waren mit ihrer ambulanten Operation und der IV äußerst zufrieden: 92 Prozent von ihnen bewerteten die Operation mit „sehr gut“ oder „gut“. Rund 88 Prozent würden sich wieder im Rahmen der IV ambulant operieren lassen. Besonders positiv hervorgehoben wurde bei der Befragung die schnellere Terminkoordinierung zwischen den Behandlern.

So wissen die Patienten zum Beispiel meist schon vor der Operation die Termine für ihre postoperative Krankengymnastik – und zwar ohne sich darum kümmern zu müssen, denn die Termine werden durch die Managementgesellschaft vereinbart. Das gilt auch für Hilfsmittel wie Gehhilfen oder Spezialschuhe, die vom medicalnetworks-Team

1. Vorsitzender des LAOH
Verband von operativ und anästhesiologisch tätigen niedergelassenen Ärzten in Deutschland
Frankfurter Straße 51, 63500 Seligenstadt
Tel.: 06182 960 202, Fax: 06182 960 201
info@laoh.net



DR. THOMAS WIEDERSPAHN-WILZ

besorgt werden. Alle Beteiligten (Arzt, Physiotherapeuten, Heil- und Hilfsmittellieferanten etc.) kommunizieren digital.

Durch die schnellere Terminkoordinierung und die „Betreuung aus einer Hand“ ohne Reibungsverluste trägt die IV dazu bei, dass die Behandelten auch schneller wieder fit sind: Das belegt eine Studie von Professor Heinz J. Janßen, Universität Bremen, aus dem Jahr 2010. Untersucht wurde die Dauer der Arbeitsunfähigkeit von rund 1.700 hessischen Patienten nach einer Kreuzband- oder Schulter-Operation. Viele der IV-Patienten waren bis zu 35 Tage früher (nach 68 statt nach 103 Tagen) wieder fit, als nach altem Vorgehen Behandelte. Das ist auch der wesentliche Grund für Kosteneinsparungen der Krankenkassen, zum Beispiel beim Krankengeld. Davon profitieren ebenso die Patienten, denn einen Teil der Ersparnis geben die Kassen an ihre Versicherten weiter, die dann zum Beispiel die Zuzahlung für physiotherapeutische Behandlungen sparen.

Auch Ärzte profitieren von IV-Verträgen

Nicht zuletzt lohnen sich IV-Verträge genauso für uns niedergelassene Fachärzte. Die Leistungen werden in fest vereinbarten Eurobeträgen abgerechnet und nicht in Punkten, deren Wert zum Zeitpunkt der Leistungserbringung unklar ist. Als Gegenleistung für die in den IV-Verträgen vereinbarten höheren Qualitätsanforderungen und zusätzlichen Leistungen werden die Behandlungen zum Teil besser vergütet, dadurch kann medicalnetworks mehr Honorar bezahlen. Das ist möglich, weil sich die IV-Verträge außerhalb der Regelversorgung bewegen.

PKV im Alter: Mit welchen Tarifen und Alternativen erziele ich niedrigere Prämien?

Ein offener Paralleltarif kann PKV-Versicherten hohe Beiträge ersparen. Auch die Rürup-Rente ist eine sinnvolle Option für das Alter.

Von Bernd Helmsauer

Der Abschluss einer Privaten Krankenversicherung (PKV) ist sicher sinnvoll und bietet viele Vorteile. Allerdings gibt die Beitragsentwicklung bei manchen Unternehmen Anlass zur Sorge. Im Gegensatz zu den gesetzlichen Krankenversicherungen, bei denen Leistungen einfach gestrichen werden, werden die gewählten Leistungen in der PKV über die ganze Laufzeit garantiert. Jedoch sind PKV-Versicherte von jährlichen Beitragserhöhungen betroffen.

Ohne Neuzugänge überaltert das Tarifkollektiv

Diese liegen je nach Versicherer und Tarif bei drei bis acht Prozent pro Jahr. Teilweise gibt es auch noch alte Tarife, die mittlerweile für Neuzugänge geschlossen sind. Fehlende Neuzugänge führen aber zwangsläufig zu einer Überalterung des Tarifkollektivs und somit zu überdimensionalen Beitragssteigerungen.

Hier kann es durchaus günstiger sein, in einen offenen Paralleltarif (dessen Existenz die Krankenversicherer gerne verschweigen) bei der gleichen Gesellschaft zu wechseln. Der Kunde kann unter Umständen mit geringen oder sogar ohne Deckungseinbußen deutlich günstigere Beiträge erhalten. Gerne sind Ihnen die Spezialisten der Helmsauer & Kollegen Assekuranzmakler AG bei der Prüfung der Tarifvielfalt der einzelnen Versicherer behilflich.

Erträgliche Beitragsbelastung auch im Alter

Beim Wechsel innerhalb der Tarifwelt des gleichen Versicherers gehen auch die Altersrückstellungen, welche einer gewissen Beitragsreduzierung im Alter dienen sollen, nicht verloren. Jedoch können diese durchaus nicht ausreichen, um eine erträgliche Beitragsbelastung im Alter zu garantieren. Deshalb bieten die Versicherer neuerdings Beitragsentlastungstarife an, die nach dem Motto „heute mehr und dafür im Alter weniger zahlen“ diese Lücke schließen und die Krankenversicherung auch im Rentenalter bezahlbar machen sollen. Nachteil dieser Tarife: Im Todesfall gehen die einbezahlten Beiträge je versicherte Person verloren.

Helmsauer & Kollegen
Assekuranzmakler AG
Am Plärrer 35, 90443 Nürnberg
Tel.: 0911 9292-185
Fax: 0911 9292-224
info@helmsauer-gruppe.de
www.helmsauer-gruppe.de



BERND HELMSAUER

Eine Alternative hierzu wäre der Abschluss einer Rürup-Rente. Diese Form der Altersvorsorge wurde zum 1. Januar 2005 eingeführt und ähnelt der gesetzlichen Rentenversicherung. Frühestens nach dem 60. Lebensjahr sichert sie eine monatliche Rentenzahlung zu. Ab einem Vertragsabschluss in 2012 darf die Auszahlung der Leistungen allerdings erst ab dem 62. Lebensjahr erfolgen.

Rürup-Rente an enge Verwandte vererben

Die Rürup-Rente wird steuerlich gefördert. So sind 2012 beispielsweise 74 Prozent der Beiträge steuerlich absetzbar. Dieser Prozentsatz steigt bis zum Jahr 2025 jährlich um weitere zwei Prozent an. Die Beiträge zur Rürup-Rente werden also durch den Staat mitfinanziert. Die Rürup-Rente kann zudem an enge Hinterbliebene vererbt werden. Weiterhin verfügt sie über eine Mindest- oder Garantieverzinsung sowie eine lebenslange Rentenauszahlung, also genau so lange wie auch der Krankenversicherungsvertrag läuft.

Gerne bieten die Spezialisten des Kooperationspartners des BNC, der Helmsauer & Kollegen Assekuranzmakler AG, Berechnungen an, mit denen eine sinnvolle Abfederung der Beitragsbelastung durch Krankenversicherungstarife ab dem 60. beziehungsweise 62. Lebensjahr möglich ist. Bitte nehmen Sie Kontakt mit der Helmsauer & Kollegen Assekuranzmakler AG unter der für BAO-Mitglieder reservierten Telefon-Hotline 0911 9292-185 auf. Dieses Angebot gilt natürlich auch, wenn Sie Fragen zu anderen Versicherungsthemen haben. Alternativ dazu können Sie auch unter der Fax-Nummer 0911 9292-224 Informationen anfordern.

Hygienevorschriften: Folgt der Staat seinen eigenen Zielen?

Viele Vorschriften im Bereich der Hygiene bergen weder einen nachgewiesenen Patientennutzen, noch sind sie wirtschaftlich.

Von Dr. Jörg Hennefründ

Operative Abteilungen, in Krankenhäusern wie bei Vertragsärzten, sehen sich seit langem mit steigenden, von den Ärzten häufig nicht nachvollziehbaren Hygieneanforderungen konfrontiert. Details sind in den vergangenen drei Ausgaben der BAO Depesche von Dr. Jacky Reydelet umfassend dargestellt worden. Bei zahlreichen Kollegen lösen diese Unverständnis, Abwehrhaltungen und Angst aus, da sie nicht recht wissen, wie sie damit umgehen sollen.

Die meisten Ärzte sind sich einig, dass das Verhalten des Personals und teilweise auch die Abläufe kritische Elemente der Hygiene darstellen. Ganz anders denken sie dagegen über die Anforderungen an die technischen Gegebenheiten im Hygienesektor, insbesondere bei der Instrumentenaufbereitung. Genau diese technischen Anforderungen sind jedoch der Gegenstand von Kontrollen und Auflagen bei behördlichen Begehungen. Viele Ärzte haben das Gefühl, unsinnigen Anforderungen ausgesetzt zu sein oder geradezu drangsaliert zu werden. Natürlich setzen die Aufsichtsbehörden schlicht den Wortlaut von staatlichen Bestimmungen um. Hier soll die politische Frage gestellt werden, welche Rationale hinter diesen Forderungen liegen könnte oder ob es eine solche überhaupt gibt.

Das Gesundheitswesen als „Unternehmen“

Wesentliches Erfolgselement für Unternehmen aller Art ist die durchgängige Orientierung an Grundprinzipien, und zwar durch alle Hierarchieebenen. Diese „Unternehmensgrundsätze“ des Gesundheitswesens sind den Gesetzen zu entnehmen. Eine zentrale Rahmenforderung ist im § 12 SGB V mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot formuliert. Dieses lautet:

§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot: (1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen

Tagesklinik Oldenburg
Achterstraße 21, 26122 Oldenburg
Tel.: 0441 922700, Fax: 0441 9227
info@tagesklinik-oldenburg.de
www.tagesklinik-oldenburg.de



DR. JÖRG HENNEFRÜND

nicht bewilligen.“ Ein zweiter, eher medizinischer Grundsatz findet sich indirekt in Vorgaben zur Qualitätssicherung (§136 SGB V). Die konkrete Ausgestaltung dazu hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) festlegt. Dort findet sich die Vorgabe, dass sich die medizinische Versorgung an den Leitlinien (siehe www.awmf.org/leitlinien.html) zu orientieren hat.

Wirtschaftlichkeit und rationales Agieren

Wörtlich heißt es in dem rechtsverbindlichen Beschluss des G-BA: „Ausrichtung der Versorgung an fachlichen Standards und Leitlinien entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse“ (QM-Richtlinie Vertragsärztliche Versorgung). Damit sind zwei Grundsätze des Gesundheitswesens beschrieben: das Gebot der Wirtschaftlichkeit und das Gebot, nach wissenschaftlichen, sprich rationalen Grundsätzen zu agieren.

Doch entsprechen die Hygienebestimmungen der Forderung nach Rationalität und Wirtschaftlichkeit? Die Bestimmungen für die Hygiene und die Instrumentenaufbereitung finden sich im Medizinproduktegesetz (MPG), der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) und den Leitlinien des Robert-Koch-Institutes (RKI). Diese Leitlinien sind gemäß Verordnung der Länder verbindlich einzuhalten. Damit heißen sie zwar noch Leitlinien, haben aber den verbindlichen Status von Richtlinien bekommen.

Zu Änderungen, die hier in den vergangenen zwanzig Jahren etabliert wurden, gehören: Sterilisatoren mit kontinuier-

licher Aufzeichnung von Druck und Temperatur, deren jährliche externe Validierung, komplette Rückverfolgbarkeit aller Instrumentenkästen, Bowie-Dick-Test, Reinigungs- und Desinfektionsgeräte (RDG) etc. Die Anschaffung neuer Geräte und die umfangreichen Tests und Aufzeichnungen sowie die externe Prüfungen bedeuten Aufwand, also Kosten.

Die Kritik der Ärzte hängt an der Frage, ob die Anschaffung von Sterilisatoren mit Aufzeichnungsmöglichkeiten, die umfassenden Dokumentationen und die Anschaffung der Reinigungs- und Desinfektionsgeräte irgendeinen Zugewinn an Sicherheit für die Patienten gebracht hat. Und wenn, wie ist dieser Gewinn wirtschaftlich zu bewerten? Beide Fragen scheinen nicht beantwortet zu sein. Dem Autoren ist es bislang nicht gelungen, Studien zum Gewinn an Sicherheit zu finden, die die anerkannten Standards an Studien erfüllen, die also randomisiert und möglichst doppelt verblindet sind.

Keine Infektionen durch Hygienefehler?

Im Rahmen eines Vortrages hat der Autor an über 200 operative tätige Gynäkologen aus Klinik und Tageskliniken die Frage gestellt, ob es bei Ihnen oder dem Umkreis jemals eine Infektion durch Versagen der Instrumentenaufbereitung gegeben hätte. Weder für die alten Aufbereitungsverfahren noch die modernen Maschinen war einem der Kollegen ein solcher Fall bekannt. Wenn dies zutrifft, kann es diese Studien auch nicht geben. Dann wäre mit großem Aufwand durch die Behörden ein Scheinproblem gelöst worden, das nie existierte. Dann hätte die Beschäftigung mit unnützen Formalien von wesentlichen Problemen abgelenkt, etwa dem Hospitalismus und dem Problem der Multiresistenz, und damit den Patienten indirekt sogar geschadet. Die Ressourcen hätten an anderer Stelle zum tatsächlichen Nutzen der Patienten platziert werden sollen.

Wie entstehen Verordnungen, die den Betroffenen nicht nutzen, sondern potenziell schaden? Plausibel ist eine Eigendynamik durch die Weiterentwicklung der Produkte der Industrie, die natürlich Verkaufsinteressen verfolgt. Bei Behörden könnte Angst eine Rolle spielen. Schließlich sucht die Öffentlichkeit bei Problemen schnell dort Verantwortliche – etwa bei EHEC oder der kürzlichen Infektionsserie in einer Bremer Frühgeborenen-Intensivstation. So entsteht auch beim Ordnungsgeber eine Defensivhaltung nach dem Motto: Habe ich alles denkbar Mögliche getan? Die Frage nach den Ursachen, dieses kausale Denken, verfehlt

aber die Aufgabe des Gesetzgebers. Dieser sollte gerade nicht der Getriebene äußerer Umstände sein, sondern als Gestalter auftreten, er sollte final und rational agieren. Eine Lösung aus diesem Dilemma wäre der Abgleich mit der Wirtschaftlichkeit, ein dem Gesetzgeber durchaus geläufiges Verfahren. So ist inzwischen das gesamte Pharmawesen an den Nachweis von Wirksamkeit und Verbesserung gegenüber den aktuellen Präparaten geknüpft. Wir bitten daher den Gesetzgeber, auch für die Vorschriften im Bereich der Hygiene einen Wirksamkeitsnachweis zu fordern. Vorschriften, die keinen Vorteil für die Patienten bergen und nicht wirtschaftlich sind, müssen aufgehoben werden.

Verständlicherweise scheut sich der Gesetzgeber, die Wirtschaftlichkeit für menschliches Leben und menschliches Leiden zu definieren. Doch er muss diese Aufgabe angehen. Sonst werden es andere, etwa die Gerichte, tun müssen. Dann bliebe der Gesetzgeber weiter ein getriebener und kein agierender. Ein erstes Beispiel kommt aus der Schweiz: Dort hat das Schweizer Bundesgericht entschieden, dass Krankenkassen keine Behandlung (durch eine orphan drug) bezahlen müssen, wenn dies mehr als CHF 100.000 (etwa 77.000 Euro) pro gerettetem Leben kostet (www.bundesgericht.ch – Urteil 9C 334/2010 vom 23. November 2010).

Zusammenfassung

- » Im Bereich der gynäkologischen Operationen gab es nie ein Infektionsrisiko für Patientinnen durch die Instrumentenaufbereitung. Dies gilt für die alten Sterilisatoren ebenso wie für die manuelle Instrumentenaufbereitung.
- » Die Empfehlungen des RKI und die darauf aufbauenden Vorschriften des Ordnungsgebers haben bei den kontrollierenden Behörden und bei den Leistungserbringern einen erheblichen Aufwand verursacht.
- » Ein Nutzen für die Patienten scheint vom RKI nicht kontrolliert worden zu sein. Zumindest gibt es im Internet beim RKI weder entsprechende Erhebungen, noch entsprechende Verweise in den Bestimmungen.
- » Die RKI-Empfehlung genügt nicht den Standards medizinischer Leitlinien, die einen Beleg durch randomisierte, kontrollierte Studien verlangen. Sie erreichen nur das niedrigste Evidenzniveau (Konsens von Experten).
- » Die Anordnung der Behörden, die RKI-Leitlinien verbindlich zu machen, widerspricht zumindest im Bereich der Gynäkologie dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SBG V.

Der Versicherungsmakler im Heilwesenbereich

Risiko-Management
Unabhängig durch Maklerstatus
Überzeugende Versicherungslösungen

Nehmen Sie mit uns Kontakt auf – wir beraten Sie gerne. Bitte ein Rückantwortfax an die 0911/92 92-2 24 oder einen Anruf bei der BAO-Hotline 0911/92 92-185.

Bitte informieren Sie mich über folgende Themen:

- rabattierte Berufshaftpflichtversicherung
- rabattierte Kfz-Versicherung
- Unfallversicherung
- Rechtsschutzversicherung
- Krankenversicherung
- Altersvorsorge: Rürup-Rente
- Betriebliche Altersvorsorge
- Beratungszentrum für betriebswirtschaftliche Beratung

Helmsauer-Gruppe E-Mail: info@helmsauer-gruppe.de
Postfach 2448 Telefon: 09 11/92 92-185
90010 Nürnberg Telefax: 09 11/92 92-2 24

Arzt-/Praxisstempel

A large, empty rounded rectangular box with a light blue border, intended for a doctor's or practice's stamp.