Bundesverband der Pneumologen

Berufs- und Verbandspolitische Mitteilungen

Topthemen

Von Quell 1997 zu EBM/QUELL 2008

Datenbasis der Berechnungen für QUELL

Systematik von QUELL 2008

QUELL^{IT}

Der Pneumologische Leistungskatalog im EBM 2008

Sonderausgabe

EBM/QUELL 2008

Vorwort

Gute Ideen im Gesundheitssystem brauchen 10 Jahre, bis sie sich durchsetzen. Damit wäre es jetzt Zeit, unsere Idee einer qualitätsgesicherten, einheitlichen Liquidationsordnung für Lungenärzte (kurz: QUELL) aus dem Jahr 1997 zu verwirklichen.

Tatsächlich brauchen wir wohl noch etwas Geduld; trotzdem sind wir optimistisch, dass schon allein die gesetzlichen Vorgaben des Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) von 2007 spätestens bis 2011 eine indikationsgestützte Honorarordnung erzwingen werden.

Trotzdem wird es vielleicht schneller gehen, wenn die Selbstverwaltung, die sich im Jahr 2003 noch nicht zur Einführung von QUELL entschließen konnte, jetzt schon für einige wenige Fachgruppen eine indikationsgestützte Honorarordnung zum 1. Januar 2008 in Kraft setzt.

Bei der Neubearbeitung des Themas war für uns erstaunlich, auf wie viele der damaligen Formulierungen und Definitionen wir noch zurückgreifen konnten. Der QUELL sprudelt noch, deshalb werden wir immer wieder auf unsere letzte Ausgabe von QUELL 97 zurückgreifen.

Vorwort zur Ausgabe QUELL 1997

Diese Auflage stellt nicht einen Endpunkt dar, sondern gibt den Diskussionsstand wieder, wie er am 8. März 1997 in Freiburg auf dem Kongress der wissenschaftlichen Gesellschaft für Pneumologie zusammen mit den Landesvorsitzenden unseres Berufsverbandes verhandelt wurde.

Wir laden wiederum zu einer regen Diskussion ein, um eine Fortentwicklung zu erreichen.

QUELL hat längst den Charakter eines Modellkonzeptes für Pneumologen verloren. Die Attraktivität dieser Art von Honorarverteilung für andere Arztgruppen, auch für die Allgemeinärzte, führte zu einer fächerübergreifenden Diskussion. Die Praxisnähe und der Realitätsbezug wurden dadurch bestätigt, dass das McKinsey Modell weitgehend die Grundstrukturen von QUELL übernommen hat.

Die Beispielrechnungen aus der Parallelabrechnung 4/96 machen eine DM-Kalkulation möglich. Es liegt jetzt an den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung das Modell zu erproben. Packen wir's an!

Wir wollen es jetzt aber nicht nur bei der Neuauflage einer originellen Abbildung pneumologischer Leistungen im EBM belassen! Wir wollen vielmehr die Erweiterung des Honorarsystems durch Transparenz der Dokumentation und durch Ergebnisindikatoren. Damit wird das Honorarsystem zu einem universellen Instrument des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung in der Patientenversorgung.

Endpunkt ist QUELL^{IT} als Marke für Qualität, Transparenz und Effizienz!

Inhaltsverzeichnis

5 Von QUELL 1997 zu EBM/QUELL 2008

7 Steilvorlage des Gesetzgebers

7 Wirtschaftlicher Verteilungskampf und ärztliche Würde

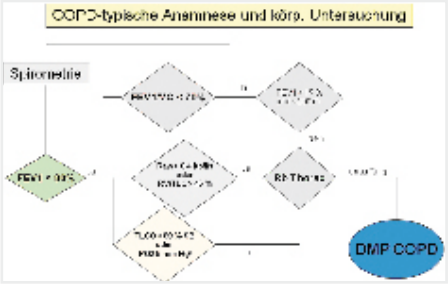
8 Wie könnte eine Lösung aussehen?

9 Budgets - die Basis einer fairen Gebührenordnung?

10 Leitlinien und Richtlinien

11 Adäquate Praxisausstattung

12 Einzelleistungen außerhalb des Budgets (pneumologische Einzelleistungen: PnEL)



15 Datenbasis der Berechnungen für QUELL

17 Konsequenzen aus den Strukturanalysen aus den Jahren 1995 und 1996

18 Einteilung der Diagnosegruppen nach Schweregraden

18 Gesprächsleistungen und andere nicht qualitätssicherbare Leistungen

19 Sind die Daten aus dem letzten Jahrtausend noch aktuell?

21 Die Systematik von QUELL 2008

22 NEU - ALT: Das zentrale Steuerungsinstrument von QUELL 2008

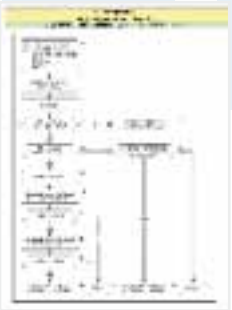
23 Was bedeutet die ALT/NEU-Bewertung für die Praxis?

24 Wo steckt die Qualität in QUELL 2008?

25 Asthma bronchiale und COPD in QUELL 2008

28 Weitere Diagnosegruppen

30 Zuschläge für besonderen Aufwand



Inhaltsverzeichnis

33 QUELL IT

35 Ambulante Qualitätsindikatoren

36 Pay for Performance und EDV

36 Transparenz in QUELL IT

38 Indikatoren für Asthma bronchiale

39 Patientenindikator Asthma

40 Lungenfunktionsindikator Asthma bronchiale

41 Indikatoren für COPD

41 Patientenindikator COPD

42 Lungenfunktionsindikator COPD

43 Indikatoren für die Schlafapnoe

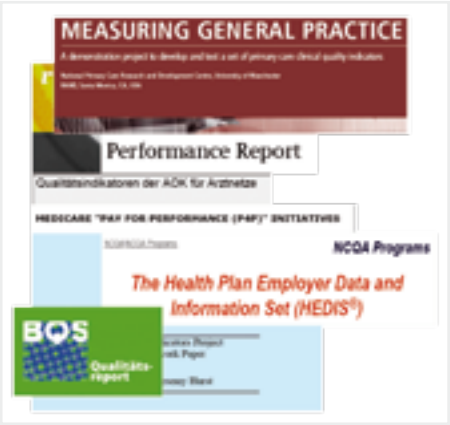
44 Patientenkennzahl Schlafapnoe

45 Messwertindikator Schlafapnoe

45 QUELL IT - Das Indikatormodell

46 Zusammenfassung der Indikatoren QUELL IT

47 TO DO



49 Der Pneumologische Leistungskatalog im EBM 2008 - Entwurf der KBV

69 Interview mit Dr. A. Hellmann

72 GSK News

76 Impressum

Von QUELL 1997 zu EBM/QUELL 2008

„Das deutsche Gesundheitssystem ist nach wie vor eines der effektivsten und wirtschaftlichsten der Welt."

Diese von der Ärzteschaft immer wieder behauptete Eigenschaft des deutschen Gesundheitssystems wurde durch die Gutachten des Sachverständigenrates Anfangs dieses Jahrzehnts massiv erschüttert. Wenn auch die Datengrundlage und die Bewertung der Studien in der Folge massiv kritisiert wurden und sich auch einzelne Autoren distanziert haben, so bestimmt doch die Frage nach der Qualität ärztlicher Leistungen seitdem die gesundheitspolitische Diskussion.

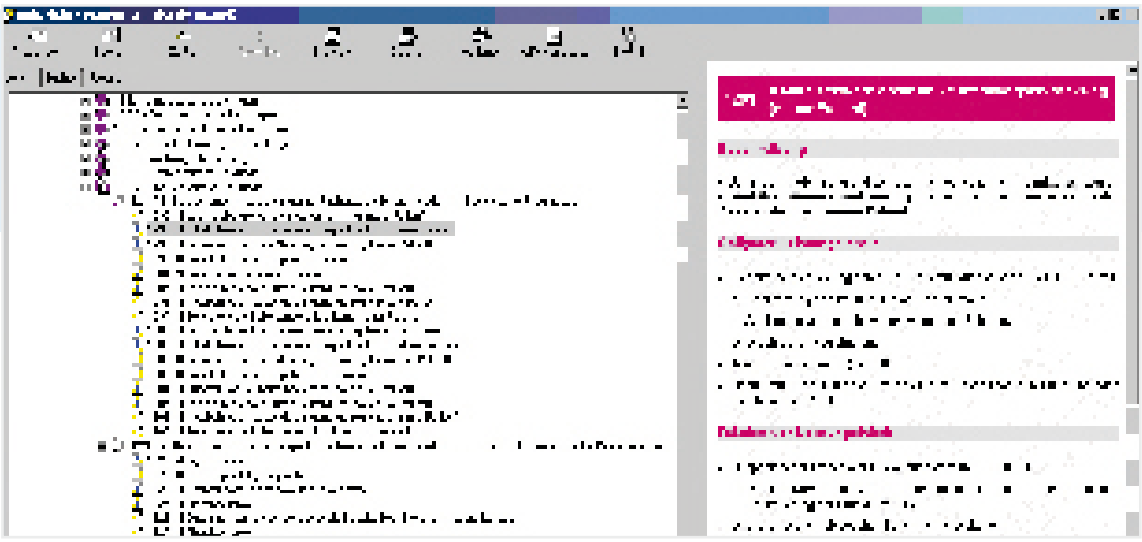
Das Qualitätsargument wurde zum Multifunktionswerkzeug. Die Politik benutzt dieses Argument als Hebel zur Zementierung der Budgets. (Stichworte: Leistungsexplosion, Intransparenz, fehlende Qualitätssicherung).

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in ihrer traditionellen Rolle einer etwas arroganten Geldverteilungskörperschaft wurden von dieser Diskussion überrollt. Qualitätssicherung als Grundlage der Honorarordnung war nicht im Portfolio der KVen.

Einzel- und Insellösungen in einigen wenigen KVen zeigten zwar die Attraktivität qualitätsbasierter Honorierungssysteme, ein „turn around" der KV-Politik fand aber nicht statt.

So wurde auch unser Vorschlag einer qualitätsgesicherten Honorarordnung bei dem Marsch durch die Gremien im Jahr 2003 gestoppt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die uns immer kräftig unterstützt hat, hatte einen fertigen EBM-Browser für die Pneumologie mit Bewertung entwickelt, der aber dann im erweiterten Bewertungsausschuss scheiterte. Es handele sich um eine „Insellösung". Deshalb konnte keine Einigung erzielt werden.

Ob dieser etwas komplizierte Ansatz wirklich zur Freude der Pneumologen gewesen wäre, sei dahingestellt. Vielleicht können wir froh sein, dass dieser EBM nicht die Hürden des Bewertungsausschusses genommen hat. Aber für die Pneumologen war es eine Erhebung in den Adelsstand der Gebührenordnungsspezialisten. Die KBV hatte uns also nicht nur verbal unterstützt, sondern auch einen Umsetzungsvorschlag gemacht.



EBM-Browser der KBV vom 29. Mai 2003

Steilvorlage des Gesetzgebers

Im Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 wird ein Systemwechsel in der ärztlichen Vergütung angekündigt. Neben den Morbiditätsübergang auf die Krankenkassen, die Aufweichung der Budgets und einer Eurogebührenordnung ist eine neue Abbildung ärztlicher Leistungen getreten:

§ 87 Abs. 2c SGB V Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind arztgruppenspezifisch und unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen als Grund- und Zusatzpauschalen abzubilden; Einzelleistungen können vorgesehen werden, soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.

Mit den Grundpauschalen werden die üblicherweise von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet. Mit den Zusatzpauschalen wird der besondere Leistungsaufwand vergütet, der sich aus den Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmalen des Leistungserbringers und, soweit dazu Veranlassung besteht, in bestimmten Behandlungsfällen ergibt.

Bei der Formulierung „Zusatzpauschalen für besonderen Leistungsaufwand in bestimmten Behandlungsfällen“ ist uns das QUELL-Modell wieder eingefallen. Auch die KBV sieht Chancen, ein indikationsgestütztes Modell der Honorierung schon vor der verpflichtenden Einführung von Fallpauschalen im ambulanten Versorgungsbereich im Jahr 2011 zu verwirklichen. Mit dabei sind die Augenärzte (Ophdo) und die Urologen (Uro-EBM).

Wirtschaftlicher Verteilungskampf und ärztliche Würde

Die Verlagerung des Fallzahl- und Morbiditätsrisikos in unser Honorarbudget und die in Deutschland beispiellose Integration Tausender neuer Kollegen in die freiberuflich ärztliche Versorgung ohne Honorarmehrung führte zu einem zunehmendem Verfall der Vergütung durch Punktwertverlust. Damit wurde Arbeitslosigkeit für Tausende von Ärzten vermieden, was sich als beispielhaftes Modell auch in anderen Dienstleistungsbereichen anbieten würde (Man könnte doch einmal über ein Lehrerbudget nachdenken).

Die Fiktion einer Einzelleistungshonorierung innerhalb des KV Systems führte darüber hinaus bei gedeckelten Honorarsystem zum Problem einer medizinisch nicht begründbaren Leistungsvermehrung.

Die dadurch erzielten Verteilungseffekte zwischen den Arztgruppen liefen dem ursprünglichen Ansatz der EBM-Reform von 1988 zuwider.

Die Lösungsvorschläge der Ärzteschaft zu den Honorarreformen seit 1996 haben aber meist, induziert von starken Fachgruppenlobbyisten, zu sturzartigen, existenzbedrohenden

Ungleichgewichtigkeiten in der ärztlichen Vergütung geführt. Die Notbremsungen der KBV durch rückwirkende Budgetierung konnten verhindern, daß ein nicht unerheblicher Teil der Ärzteschaft wegen unplausibler Abrechnung ein Fall für den Staatsanwalt geworden wäre.

Trotz dieser Nachbesserungen kam es zu nicht kalkulierten und ungerechten Verteilungsstörungen des Honorars.

Damit wird hochspezialisierte, kapitalintensive fachärztliche Medizin in der freien Praxis immer mehr unverantwortbar. Wir Fachärzte arbeiten in einem System ohne Netz und doppelten Boden mit festen Euro-Werten für unsere Kosten und steigenden Ausgaben oft für bürokratischen Unsinn bei einer durch die KVen beliebig veränderten Geldverteilungsmaschinerie. Der Honorarverteilungsmaßstab, dessen Grundlage nur in den seltensten Fällen rational nachvollziehbar ist, spiegelt meist die Machtverhältnisse innerhalb der regionalen KV wider und war nicht an Versorgungsnotwendigkeiten ausgerichtet.

Dabei versuchen wir in diesem Durcheinander noch verantwortungsvolle, fachlich begründete Medizin zu machen. Die Würde des Arztes in der Vertragspraxis ist gefährdet, da Abrechnungsgesichtspunkte und ökonomische Zwänge die medizinischen Überlegungen majorisieren.

Wie könnte eine Lösung aussehen?

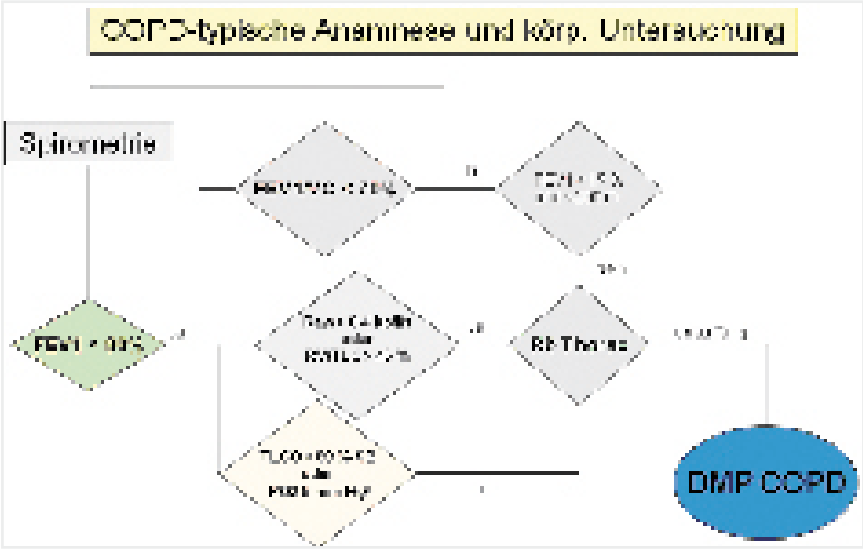
Es muss vorausgeschickt werden, dass Honorargerechtigkeit, wenn es so etwas überhaupt geben kann, nur unter Einzelleistungsbedingungen mit ungedeckeltem Honorar und mit festen Euro-Preisen erreicht werden kann.

Alle Berufspolitiker sind sich aber darüber im Klaren, dass diese Forderung bei den begrenzten Ressourcen unserer Gesellschaft und begrenztem politischem Willen im Gesundheitswesen nicht erfüllbar ist. Die eingeschränkte Finanzierungsbasis der Krankenkassen wird auch in Zukunft nicht erlauben, beliebig viel Geld für das Honorar der Ärzte bereitzustellen. Im Gegenteil ist damit zu rechnen, dass durch Sonderverträge, integrierte Versorgung und zunehmenden Druck von Seiten der Krankenkassen die Honorarbasis eher schrumpfen wird.

Ohne Zweifel wird der Markt ärztlicher Leistungen in der Zukunft mehr einem wettbewerblichen System folgen. Dazu gehört, dass man als Anbieter auf dem Markt ein klares Produktprofil bieten muss. Kein Käufer (in diesem Fall die Krankenkassen) wird langfristig Geld ausgeben, ohne einen Nachweis, was mit ihrem Geld bei den Versicherten passiert.

Wir Pneumologen definieren uns durch unsere technischen und persönlichen Leistungen, wobei unser technischen Leistungen recht zielgenau einzelnen Patientenproblemen zuzuweisen sind. Dabei folgen wir anerkannten Leitlinien.

Beispielhaft mag hier das DMP Asthma/COPD dienen. Hier wurden die Diagnose- und Behandlungskriterien für die beiden Krankheiten sauber definiert und auch oparationabel gemacht.



Schematische Darstellung des DMP-Algorithmus COPD

Budgets - die Basis einer fairen Gebührenordnung?

Am Anfang unserer Überlegungen stand schon 1996, dass die fachärztlich-pneumologische Tätigkeit eine hohe und transparente Qualität bieten muss. Deshalb ist es selbstverständlich, dass sowohl in personeller, d.h. im Bereich der Weiterbildung, als auch in technischer, d.h. in apparativer Hinsicht hohe Anforderungen bestehen müssen. Fachärztlich konsiliarische Medizin ist nicht nur Basisversorgung von Patienten, sondern qualifizierte ärztliche Tätigkeit zur Diagnostik, Therapie, Planung und Therapieführung bei unseren Patienten.

Undifferenzierte Budgets, die nichts anders sind als intransparente Pauschalierungen von ärztlichen Leistungen sind nur ein neuer Name für die bisherigen Globalbudgets. Sie verlagern den Hamsterradeffekt entweder in die Arztgruppe selbst oder in die Einzelpraxis und verschärfen dadurch den Verteilungskampf.

Deshalb ist es notwendig, nach Aufwand differenzierte „Zusatz“ Budgets zu bilden, auch wenn dadurch möglicherweise kompliziertere Abrechnungsabläufe induziert werden, die aber im Zeitalter der EDV-gestützten Abrechnung nicht unüberwindlich sind.

Die indikationsgestützten Zusatzbudgets von QUELL 2008 orientieren sich an den geltenden Leitlinien zur Diagnose und Behandlung pneumologischer Krankheitsbilder. Die nachvollziehbare Leistungsgestaltung, die Honorierung anhand von Patientenpfaden und die Transparenz in der Dokumentation sind die Voraussetzung für eine Einzelleistungsvergütung und damit letztendlich auch für ein System der Kostenerstattung.

Leitlinien und Richtlinien

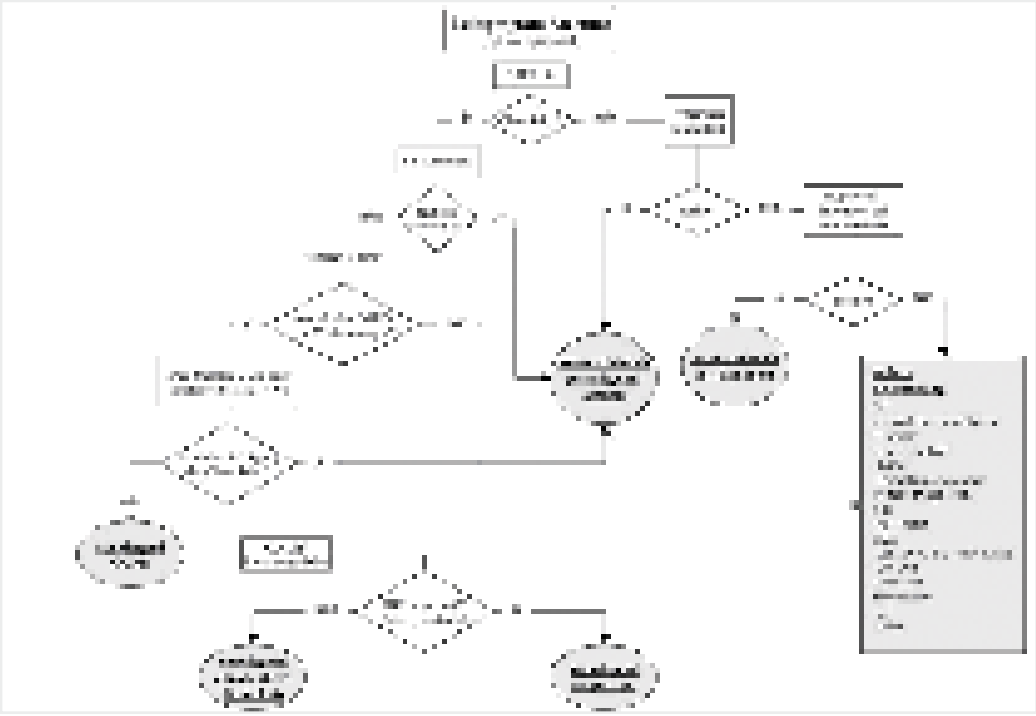
Auch wenn grundsätzliche Einwände und Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Leitlinienempfehlungen in die tägliche Praxis allseits bekannt sind, so muss doch im Einzelfall unser Handeln auf eine wissenschaftliche Grundlage gestellt werden.

Wir haben bei der Erstellung der Indikationskomplexe die folgenden Leitlinien und Patientenpfade berücksichtigt:

NVL COPD
Kurzfassung
Juni 2007, Version 1.4

Die Nationalen Versorgungsleitlinien für Asthma oder COPD der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung, die unter breiter Einbeziehung der wissenschaftlichen Gesellschaft, der KBV, der Bundesärztekammer und weiterer Institutionen erarbeitet wurden, haben wir ausgewählt, weil sie in deutscher Sprache erschienen sind und weil sie – zumindest bisher – zeitgerecht wiederaufgelegt wurden.

Für die Kalkulation der Leistungsinhalte haben wir uns auch an Behandlungspfaden orientiert, die in Pneumologenkreisen schon weitgehend Gegenstand der Debatte waren und auch bereits veröffentlicht wurden. Dazu gehört die Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des akuten und chronischen Hustens der deutschen Gesellschaft für Pneumologie aus dem Jahr 2004 und der Leitfaden zur Abklärung der Dyspnoe in der pneumologischen



Die Kalkulation der Leistungsinhalte orientiert sich an bekannten Leitlinien

Praxis von D. Köhler und A. Hellmann, ebenfalls aus dem Jahr 2004.

Weitere Grundlagen sind:

- Leitlinie zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen beim Erwachsenen, Pneumologie 2001; 55: 339-342
- Leitlinie zur Langzeit-Sauerstofftherapie: Pneumologie 2001; 55: 454 -464
- Epidemiologie, Diagnostik, antimikrobielle Therapie und Management von erwachsenen Patienten mit ambulant erworbenen tiefen Atemwegsinfektionen (akute Bronchitis, akute Exazerbation einer chronischen Bronchitis, Influenza und andere respiratorische Virusinfektionen) sowie ambulant erworbener Pneumonie; AWMF-Leitlinien-Register Nr. 082/001 Entwicklungsstufe: 3 + IDA
- Köhler, D., Hellmann, A., Leitfaden zur Abklärung der Dyspnoe in der pneumologischen Praxis, Pneumologie, 2004; 58: 728-729
- Nationale Versorgungs-Leitlinie Asthma, Langfassung, März 2007
- Nationale Versorgungs-Leitlinie COPD, Dezember 2006
- Die spezifische Immuntherapie (Hyposensibilisierung) bei IgE vermittelten allergischen Erkrankungen, Leitlinie der deutschen Gesellschaft Allergologie und klinischen Immunologie (DGAKI) Allergo J 2006; 15: 56-74

Adäquate Praxisausstattung

Die Pneumologie hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einem hochtechnischen Teilgebiet der inneren Medizin entwickelt. Es wurden vor allem die Möglichkeiten der Diagnostik und eine Vielzahl von therapeutischen Möglichkeiten erweitert.

Flächendeckend stehen deutschlandweit die Bodyplethysmographie, Blutgasbestimmungen, das Schlaf-Apnoe-Screening und die unspezifische inhalative Provokation bereit.

Der EBM 2000 plus hat bezüglich pneumologischer Leistungserbringung strukturbildend gewirkt. Das System obligater und fakultativer Leistungen hat die Diskussion um die Standards einer pneumologischen Praxis beendet.

Da fakultative Leistungen in einer pneumologischen Praxis vorgehalten werden müssen, ist das Spektrum damit definiert. Bei der jetzigen Neuauflage von QUELL 2008 haben wir Röntgenleistungen nicht mehr in den Komplexen verschwinden lassen, da dies der Systematik des EBM widerspricht und weil auch seit 1997 immer mehr Pneumologen Röntgenleistungen innerhalb von Gerätegemeinschaften erbringen lassen und hier kein einheitliches Leistungsangebot mehr besteht.

KBV

13650 Pneumologisch-Diagnostischer Komplex

Beschreibung

Pneumologisch-Diagnostischer Komplex

Obligater Leistungsinhalt

- Ganzkörperplethysmographische Lungenfunktionsdiagnostik mit grafischer(-en) Registrierung(en)

und/oder

- Bestimmung des Atemwegswiderstandes (Resistance) mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode und fortlaufender grafischer Registrierung bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr

und/oder

- Bestimmung(en) der Diffusionskapazität in Ruhe und/oder unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung

und/oder

- Bestimmung(en) der Lungendehnbarkeit (Compliance) mittels Ösophaguskatheter.

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestimmung(er) des intrathorakalen Gasvolumens,
- Applikation(en) von bronchodytisch wirksamen Substanzen,
- Bestimmung(er) der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut (Oxymetrie),
- Spirographische Untersuchung(en) mit Darstellung der Flussvolumenkurve und in- und exspiratorischer Messung,
- Druckmessung an der Lunge mittels PO I und Pmax und grafischer Registrierung
- Bestimmung des Atemwegswiderstandes (Resistance) mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode und fortlaufender graphischer Registrierung bei Kindern ab dem 7. Lebensjahr, Jugendlichen und Erwachsenen,
- Bestimmung von Hämoglobin(en) (z. B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Geräts,
- Bestimmung des Säurebasenhaushalts und des Gasdrucks im Blut (Blutgasanalyse)
  - in Ruhe

und/oder

  - unter definierter und reproduzierbarer Belastung

und/oder

  - unter Sauerstoffinsufflation,
- Bestimmung(er) des Residualvolumens mittels Fremdgasmethode,

Einzelleistungen bleiben auch im EBM-Entwurf der KBV bestehen

Einzelleistungen außerhalb des Budgets (Pneumologische Einzelleistungen: PnEL)

Unserer Forderung aus dem Jahr 1997, Leistungen als Einzelleistungen außerhalb der Komplexe zu belassen, wurde im EBM 2000 plus Rechnung getragen.

Damit blieben nur bestimmte, hochspezialisierte Einzelleistungen, insbesondere solche, die nur von einem kleinen Teil der Lungenärzte angeboten werden, als Einzelleistungen übrig.

Dazu gehören:

- Ergospirometrie
- Bronchoskopie mit Biopsie und broncho-alveolärer Lavage
- Rechtsherzkatheteruntersuchung
- transthorakale Lungenbiopsien
- Pleurabiopsien
- Messung der Lungencompliance
- Spezifische inhalative Provokation

Seit 1997 ist es uns gelungen, die Polysomnographie (PSG) als ambulante Leistung im EBM zu verankern. Damit ist die „internistische“ Schlafmedizin im ambulanten Sektor weitgehend abgebildet (MSLT, Standardisierte Therapiekontrolle und Patientenschulung aber sind nicht gelöst). Nur die Vergütung außerhalb der Honorarbudgets zu einem wirtschaftlich tragfähigen Punktwert lässt in den meisten Bundesländern noch auf sich warten. De facto ist die PSG aber überall als Einzelleistung abgebildet.

Die Patientenschulung zu Asthma bronchiale und COPD ist zwar nicht Inhalt des EBM geworden. Durch die jetzt weitgehend flächendeckend vorhandenen Disease Management Programme für Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen ist die strukturierte Schulung außerhalb der Honorarbudgets eingeführt.

Die Umweltmedizin hat sich nicht so entwickelt, wie dies Anfang und Mittte der 90er zu erhoffen war. Praktisch ist die Umweltmedizin in den einzelnen Fachgebieten aufgearbeitet worden, den Großteil der Versorgung nehmen allergologisch tätige Ärzte, Arbeitsmediziner und Hygieniker war.

Dem Bundesverband der Pneumologen ist es somit gelungen, was wir im Jahr 1997 erhofft hatten: wir haben neue Leistungen in den vertragsärztlichen Bereich übernehmen können und damit die wirtschaftliche Basis der penumologischen Praxen gestärkt.

Im Moment dreht sich die Diskussion um die Einführung der FENO. Vielleicht werden wir in einem Rückblick in 10 Jahren wieder auf eine erfolgreiche Einführung zurückschauen können. Verhandlungen bzw. ein Antrag im gemeinsamen Bundesausschuss unsererseits werden aber erst nach Abschaffung der Gesamtbudgets angeregt werden. Unter dem jetzigen Honorierungsdeckel ist es weiterhin weder sinnvoll noch politisch durchsetzbar, diese Leistungen in die vertragsärztliche Versorgung zu übernehmen. Langfristig ist es aber auf jeden Fall das Ziel des Berufsverbandes, diese Leistung im vertragsärztlichen Bereich dem Versicherten anbieten zu können. Ohne Anpassung der Honorare wird dies aber nicht funktionieren.

Datenbasis der Berechnungen für QUELL

Nach der Entscheidung des BdP-Vorstandes im Jahr 1996 ein indikationsbasiertes Abrechnungssystem zu entwickeln, musste eine ausreichende Datenbasis für die Leistungsmenge und für die indiaktionsabhängige Leistungsstruktur geschaffen werden.

Basierend auf unseren Überlegungen zum QUELL-Modell bis zum Sommer 1997 wurde vom Bundesverband der Pneumologen ein Softwareprogramm entwickelt, das Orginalabrechnungsdateien in das QUELL-Format umwandeln konnte.

Insgesamt beteiligten sich im Jahr 1996 77 Praxen in ganz Deutschland an dieser Parallelabrechnung.

Dadurch ist es gelungen über 80.000 Behandlungsfälle nach dem QUELL-Modell zu strukturieren, die Leistungsfrequenzen und Punktzahlanforderungen für die unterschiedlichen Indikationen zu erheben.

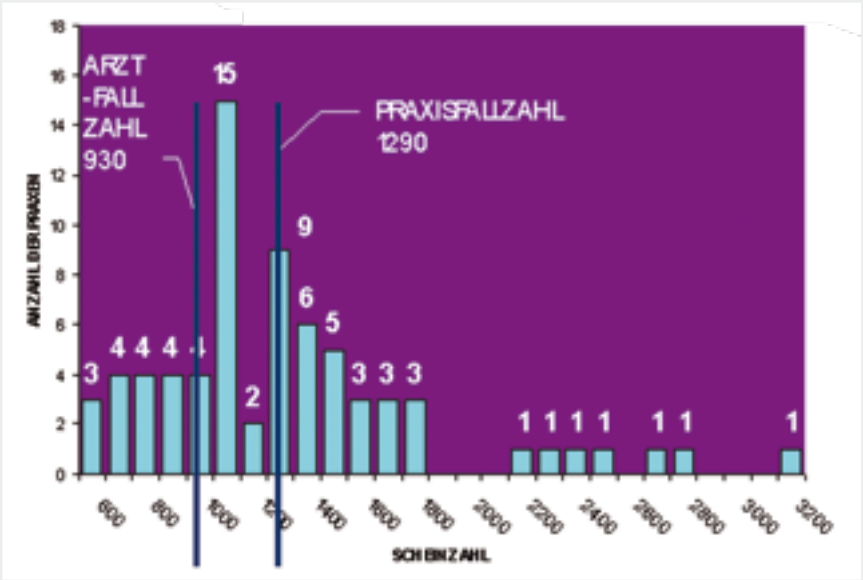
Es handelt sich hier nicht um eine Umfrage, sondern es wurden die Orginaldatenträger verwandt, die von den Kollegen bei ihren KVen zur Abrechnung des Quartals 4/96 eingereicht wurden.
Dadurch wurde ermöglicht, dass diagnosebezogene Handlungsabläufe in einer bisher noch nie dokumentierten Dichte zur Verfügung standen und damit ein konsistentes Bild indikationsgestützer pneumologischer Tätigkeit entstand.

Am erfreulichsten war, bei der Gesamtauswertung zu sehen, dass die Vorgaben der Diagnosen und Schweregrade auch therapeutisches Handeln induzierten, d.h. je schwergradiger die Diagnose, desto intensiver auch Diagnostik und Therapie.

Auch alle anderen Datenverläufe in einzelnen Indikationen und Quartalen zeigen die Plausibilität pneumologischen Handelns dieser hochrepräsentativen Stichprobe (65 Praxen mit insgesamt 90 Ärzten auswertbar).

Dieser Datenpool steht uns immer noch zur Verfügung und ist jetzt auch Basis von QUELL 2008. Man mag einwenden, dass sich in zehn Jahren die pneumologische Tätigkeit, auch induziert durch Leitlinien, geändert hat. Dies ist richtig, eine Neuerhebung ist aber aufgrund der zurzeit bestehenden Abrechnungssystematik mit fehlender Dokumentation innerhalb der Komplexe nicht möglich.

Wir haben deshalb, soweit notwendig und möglich, Frequenzen und Leistungen innerhalb des Datenpools angepasst. Insgesamt waren hier aber nur marginale Anpassungen notwendig.



QUELL Parallelabrechnung
- *83822 Fälle aufgeteilt in 17 nach Schweregraden gewichteten Diagnosegruppen*
- *Schweregrade einzelner Diagnosen definiert nach Kriterien der Prüfbarkeit, z.B. Blutgaswerte, Behandlungsbedürftigkeit u. ä.*

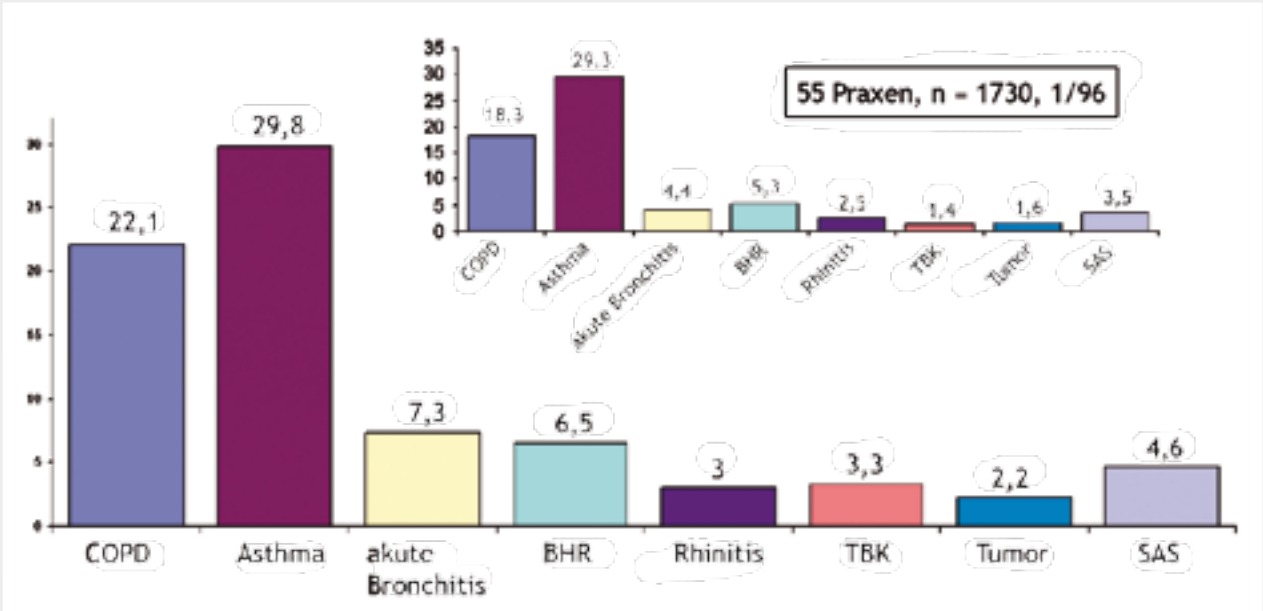
Konsequenzen aus den Strukturanalysen aus den Jahren 1995 und 1996

Bei der Aufarbeitung der Daten zeigte sich, dass einerseits ein homogenes Muster der Symptomverteilung besteht, andererseits die großen Symptomgruppen wie Atemnot und Husten sich im Leistungsaufwand nicht wesentlich unterscheiden. Da die Angabe eines Leitsymptoms Folge einer Anamnese ist, die nicht prüfbar ist, haben wir uns in QUELL 97 dazu entschlossen, die Systematik der Leistungsbegründung durch Symptome, wie es der URO EBM vorschlägt, zu verlassen und für die Pneumologie auch den Aufwand bis zur Diagnosestellung an die dann gesicherte Diagnose zu binden.

D.h. jeder neue Patient erhält nach Abschluß der Erstuntersuchung eine Diagnose. Anhand dieser Diagnose/Indikation berechnet sich auch sein Zusatzbudget.

In diesem Zusatzbudget ist auch der Behandlungsaufwand im 1. Quartal mit berücksichtigt (Zusatzbudget für einen „NEU"-Patienten).

Die Größe des Budgets ist unterschiedlich. Sie hängt von der nach der Erstuntersuchung erhobenen Diagnose ab. Durch die Verbindung mit einer Diagnose besteht die Möglichkeit, eine qualitative Prüfung durchzuführen.



Diagnosegruppen pneumologischer Praxen 1/96 zu 4/96

Einteilung der Diagnosegruppen nach Schweregraden

Die Diagnosegruppen wurden analog der Leitlinien der wissenschaftlichen Gesellschaft für innere Medizin, Schwerpunkt Pneumologie übernommen.

QUELL 97 setzte noch auf die Einteilung der Schweregrade. Damals waren hauptsächlich Kriterien der Prüfbarkeit und Plausibilität maßgebend. Die Umsetzung durch die KBV im Jahre 2003 aber offenbarte die Komplexität einer solchen Struktur.

Wir haben deshalb für QUELL 2008 auf diese Einteilung im Hinblick auf bessere Prüfbarkeit und Übersichtlichkeit verzichtet. Den unterschiedlichen Aufwand durch unterschiedliche Schweregrade der Erkrankung wollen wir jetzt durch Zuschläge darstellen (Morbiditäts-, Exacerbations- und Schweregradzuschlag).

Gesprächsleistungen und andere nicht qualitätssicherbare Leistungen

„Die Pneumologie dürfte eine der gesprächsintensivsten Fachgruppen in der Medizin überhaupt sein.

Die überwiegende Mehrheit unserer Patienten leidet an obstruktiven Atemwegserkrankungen, Allergien und anderen Umwelterkrankungen. Gerade in diesem Bereich besteht ein immenser Erklärungsbedarf für die Patienten. Man kann sogar sagen, dass die Gesprächsleistungen das entscheidende Kriterium für einen Therapieerfolg der medikamentösen Maßnahmen darstellen.

Vornehmste Aufgabe eines Pneumologen ist deshalb das Patientengespräch.

Wir weisen entschieden die Behauptung zurück, dass wir nur technische Leistungen erbringen oder nur diese honorieren wollen.

Gleichwohl besteht aber die Schwierigkeit der Qualitätssicherung dieser Gesprächsleistungen. Wir sind deshalb in Übereinstimmung mit anderen Berufsverbänden, die ebenfalls an alternativen Honorierungsmodellen arbeiten, wie z.B. der Bundesverband Deutscher Internisten (BDI), zu der Überzeugung gelangt, dass Gesprächsleistungen pauschaliert werden sollten“, so argumentierten wir in QUELL 97.

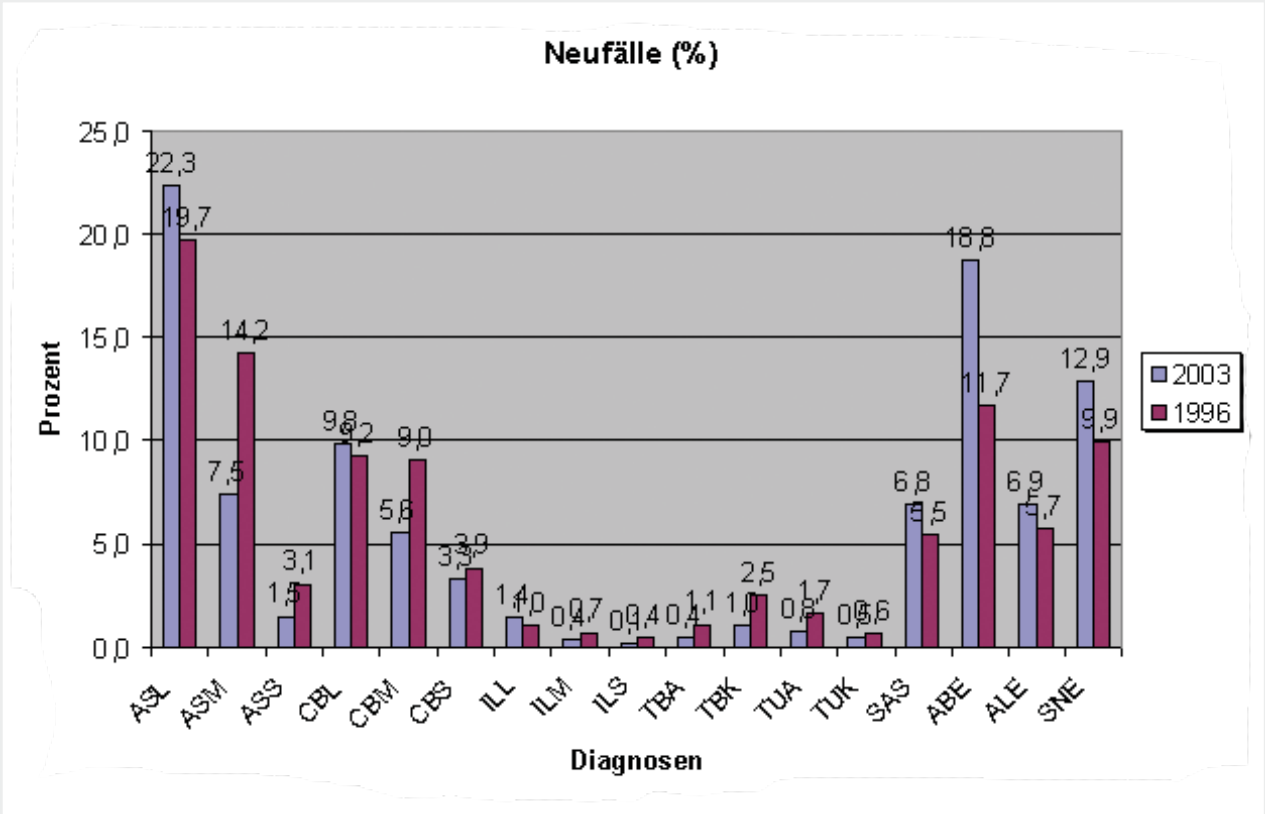
Der Gesetzgeber des Jahres 2007 ist offenbar dieser Auffassung gefolgt. In § 87 Abs. 2c SGB V wird vorgegeben: Mit den Grundpauschalen werden die üblicherweise von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet.

Damit besteht die Möglichkeit alle Gesprächs- und Beratungsleistungen, auch die körperliche Untersuchung und die Kurzschulung durch den Arzt in dieser „Grundpauschale“ zu bündeln.

Sind die Daten aus dem letzten Jahrtausend noch aktuell?

Eine zweite Parallel-Abrechnung wurde im Jahr 2003 durchgeführt. Daran nahmen 33 Praxen teil, 47835 Abrechnungsscheine wurden eingereicht, davon waren 33150 mit verwertbaren Diagnosen versehen.

Beide Abrechnungen wurden miteinander verglichen, um einen Eindruck zu bekommen, ob die Stichproben vergleichbar und plausibel sind.



Diagnoseverteilung bei Neufällen 1996 und 2003

Es zeigte sich ein Trend zu etwas leichteren Fällen bei insgesamt praktisch gleicher Verteilung innerhalb der Diagnosegruppen. Damit sind die Daten von 1996 geeignet, den Leistungsbedarf auch im Jahr 2008 darzustellen, insbesondere, da QUELL 2008 keine Unterscheidung der Schweregrade mehr vorsieht.

Die Systematik von QUELL 2008

NEU - ALT: Das zentrale Steuerungsinstrument von QUELL 2008

Es ist unbestritten, dass ein neu zu untersuchender Patient einen höheren Aufwand und höhere Leistungsbedürfnisse hat als ein bekannter Patient, der nur zur Kontrolle kommt.

Eine offene Frage war, nach welchem Zeitraum ein Patient wieder als „NEU“ anzusehen ist. Eine Kontrollmöglichkeit durch die KV ergibt sich nur für den Zeitraum eines Jahres, da die Behandlungsträger nur ein Jahr archiviert werden. In der Parallelabrechnung haben wir über den Zeitraum von 8 Quartalen die Leistungsanforderungen der Patienten verfolgt.

QUELL sieht vor, unterschiedliche pneumologische Zusatz-(Indikations-)budgets zu bilden, je nachdem wie lange der Patient die Leistungen der Praxis nicht in Anspruch genommen hat.

1995 haben wir pneumologische Indikationsbudgets und pneumologische Nachuntersuchungsbudgets (PnIBs und PnUBs) definiert.

Wir gingen davon aus, dass in einer durchschnittlichen pneumologischen Praxis circa 50 Prozent der Patienten mit einem Erstuntersuchungsbudget ausgestattet sind, die andere Hälfte der Patienten bereits bekannt und diagnostiziert ist.

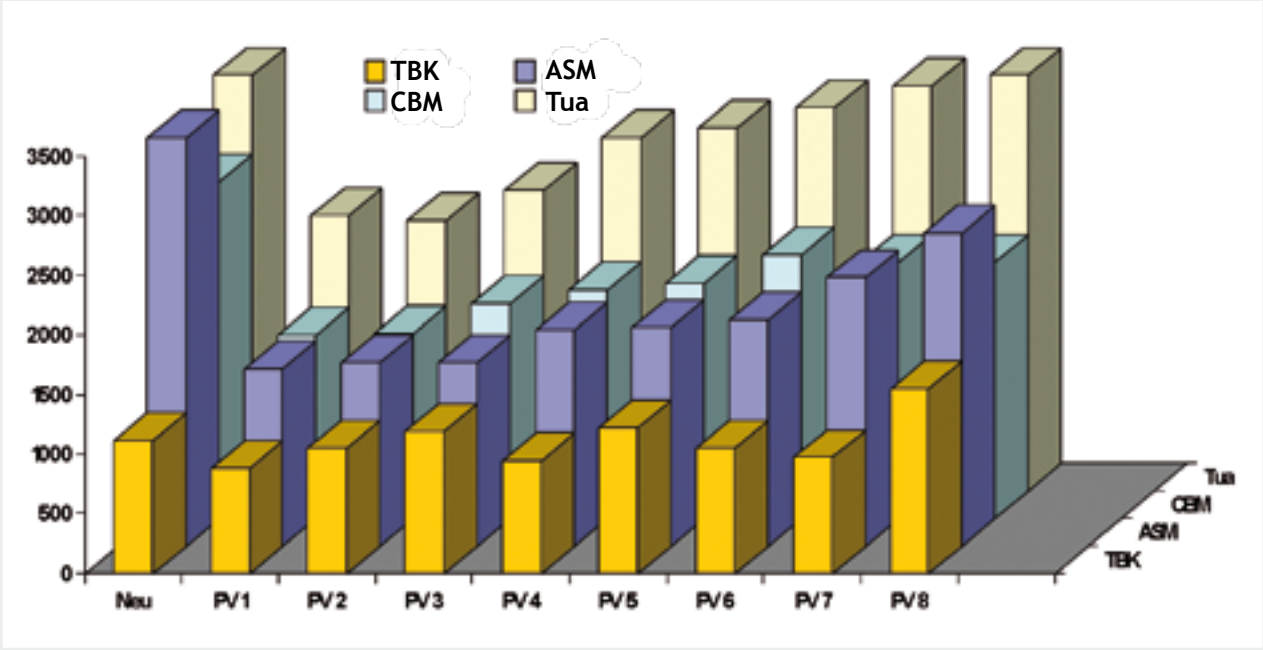
Die Ergebnisse der Parallelabrechnung erbrachten 1996 ein etwas anderes Bild: Die bekannten Patienten verhalten sich zu den neuen Patienten wie 2 zu 1. Es ist davon auszugehen, daß nur ein Drittel sämtlicher Patienten als neu zu bezeichnen ist, wenn man einen Zeitraum von zwei Jahren ohne Praxiskontakt als Definition eines Neupatienten annimmt.

Da wir jetzt bei der Umsetzung in einen realen EBM die Wirklichkeit der Abrechnung akzeptieren, schlagen wir jetzt vor, dass ein Patient dann ein „NEU“ Patient dann als neu zu betrachten ist, wenn er drei Quartale die Leistungen der Praxis nicht in Anspruch genommen hat.

Wir sind der Meinung, dass dadurch der Steuerungsdruck hoch genug ist, von der nicht medizinisch induzierten Wiederbestellung von stabilen Patienten abzusehen. QUELL belohnt somit diejenigen, die konsiliarisch kooperativ mit hausärztlichen Kollegen zusammenarbeiten. Dadurch wird Platz für die realen Versorgungsnotwendigkeiten geschaffen.

Der Leistungsbedarf in der Parallelabrechnung belegte die rationale Leistungsentscheidung der beteiligten Pneumologen. Im Quartal 1, dem ersten Quartal als Altpatient sinkt der Leistungsbedarf auf knapp 50 Prozent ab, um dann jedes Quartal wieder langsam anzusteigen. Dies entspricht der Erwartung, dass ein Patient, der für längere Zeit die Leistungen einer Praxis nicht in Anspruch genommen hat, ein höher Abklärungsbedarf bei erneuter Vorstellung anfällt.

Der ideale Abstand wäre zwei Jahre, da nach sieben Quartalen tatsächlich der Leistungsbedarf eines NEU-Patienten erreicht wird. Die stärkste Dynamik findet man in den ersten drei Quartalen. Die jetzt vorgeschlagene Lösung mit drei Quartalen führt deshalb nur zu einer vernachlässigbaren Fehleinschätzung des Leistungsbedarfs.



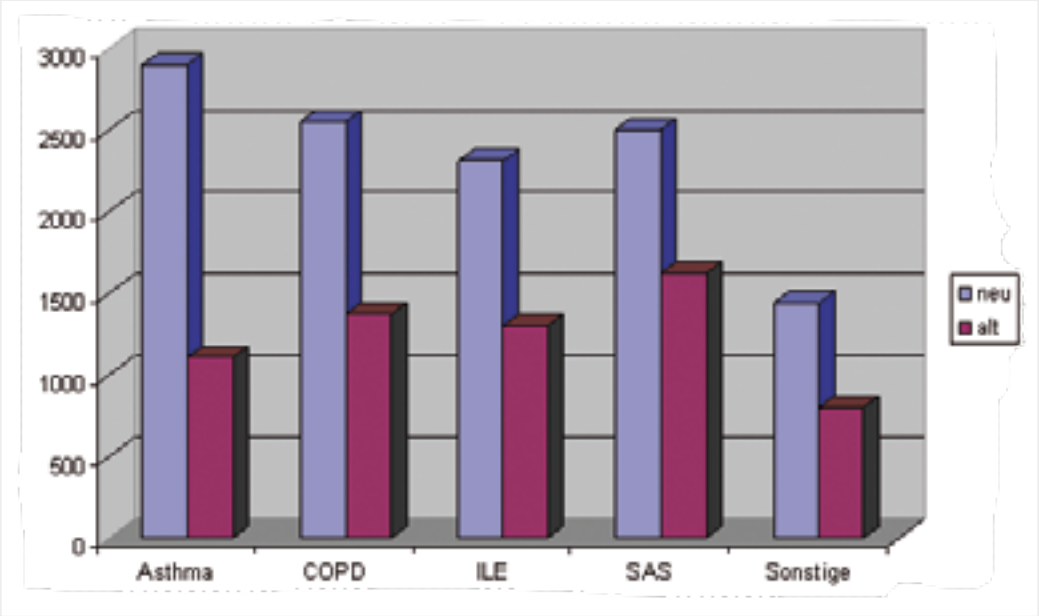
Punktmenge im Zeitverlauf bei verschiedenen Diagnosen: Die größte Dynamik findet in den ersten 4 Quartalen statt!

Was bedeutet die ALT/NEU-Bewertung für die einzelne Praxis?

Aus den leitliniengestützt angepassten Volumina lassen sich für jedes Krankheitsbild Leistungsvolumina für Alt- und Neu-Patienten entwickeln.

Der hierdurch bedingte Leistungsmehraufwand liegt insgesamt auf dem gleichen Niveau der Vergangenheit. Allerdings könnte es bei diskrepanter Verteilung der Krankheitsbilder im Vergleich zur Stichprobe, sowie bei anderer Neu/Alt-Verteilung zu Abweichungen kommen, die z.B. Praxen mit einem hohen Neu-Anteil begünstigen. Dies wird zu einer Vermeidung von medizinisch nicht indizierten Wiedereinbestellungen führen und Termine kurzfristiger für akut kranke Patienten bereitstellen.

Dies ist versorgungspolitisch sinnvoll und gewollt, um teure fachärztliche Ressourcen effizient zu nutzen. Praxen, die überwiegend konsiliarisch in Kooperation mit hausärztlichen Kollegen arbeiten, werden belohnt.



QUELL 2008 Leistungsbedarf in Punkten EBM 96, ohne Ordinationskomplex, Konsultationsgebühr, Briefe, Einzelleistungen, Labor

Wo steckt die Qualität in QUELL 2008?

Ohne Zweifel wurden die Daten der Parallelabrechnungen der Jahre 1995, 1996 und 2003 unter den Bedingungen unterschiedlicher Honorarverteilungsverträge erhoben. Wir unterschätzen dabei keineswegs die Steuerungswirkung der Gebührenordnung. Aus diesem Grund haben wir nicht die Rohdaten als Grundlage für den Leistungsbedarf in den einzelnen Indikaktionsgruppen zugrundegelegt, sondern diese Rohdaten einer qualitativen Bewertung unterzogen.

Dabei haben wir in der Regel lediglich die Vorgaben der einschlägigen Leitlinien umgesetzt.

- Die empirisch gewonnenen Daten der Parallelabrechnung wurden immer dann normativ angepasst, wenn Sie nicht zu einer leitliniengerechten Diagnostik oder Behandlung kompatibel waren.
- Beispiel: eine bodyplethysmographische Untersuchung wurde bei der Diagnose „leichtes Asthma“ in 179% erbracht. Die Sicherung der Diagnose benötigt aber mindesten eine Frequenz von 200% (ohne quartalsgleiche Kontroll-Untersuchung), da entweder beim Vorliegen einer Obstruktion eine Lyse notwendig ist oder aber bei einem Normbefund eine Provokation durchzuführen ist. Andernfalls ist keine Diagnosestellung nach Kriterien der Leitlinie möglich.
- Andererseits wurden DCO und Blutgase zu häufig erbracht und daher in der Frequenz abgewertet

Leitliniengesichert notwendige Frequenz

Abgerechnete Frequenz Neu

alt

Daraus resultierende PZ-Volumina/Schein

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	Ziffer	Tulpe	Kategc	Punkt	PV0	PV1	PVq0	PVq1	ASLq0	ASLq1	ASL0	ASL1	PV
134	700	KRF	KRF	1100	0	0	55	11	5	1	0	0	
135	707	GL	Quell_	750	150	45	75	37,5	10	5	20	6	
136	710	GL	Quell_	150	7,5	6	7,5	3	5	2	5	4	
137	715	GL	Quell_	450	806	360	1350	563	300	125	179	80	
138	718	GL	Quell_	600	324	66	540	150	90	25	54	11	
139	719	GL	Quell_	100	3	0	3	1	3	1	3	0	
140	720	GL	Quell_	100	27	13	80	60	80	60	27	13	
141	721	GL	Quell_	200	112	54	80	40	40	20	56	27	
142	722	GL	Quell_	300	15	3	15	3	5	1	5	1	
143	723	KRF	KRF	200	2	0	2	0	1	0	1	0	
144	725	Bro	Bro	2500	0	0	0	0			0	0	
145	726	Bro	Bro	1200	0	0	0	0			0	0	

Anpassung der Leistungsfrequenzen unter Berücksichtigung der Leitlinie

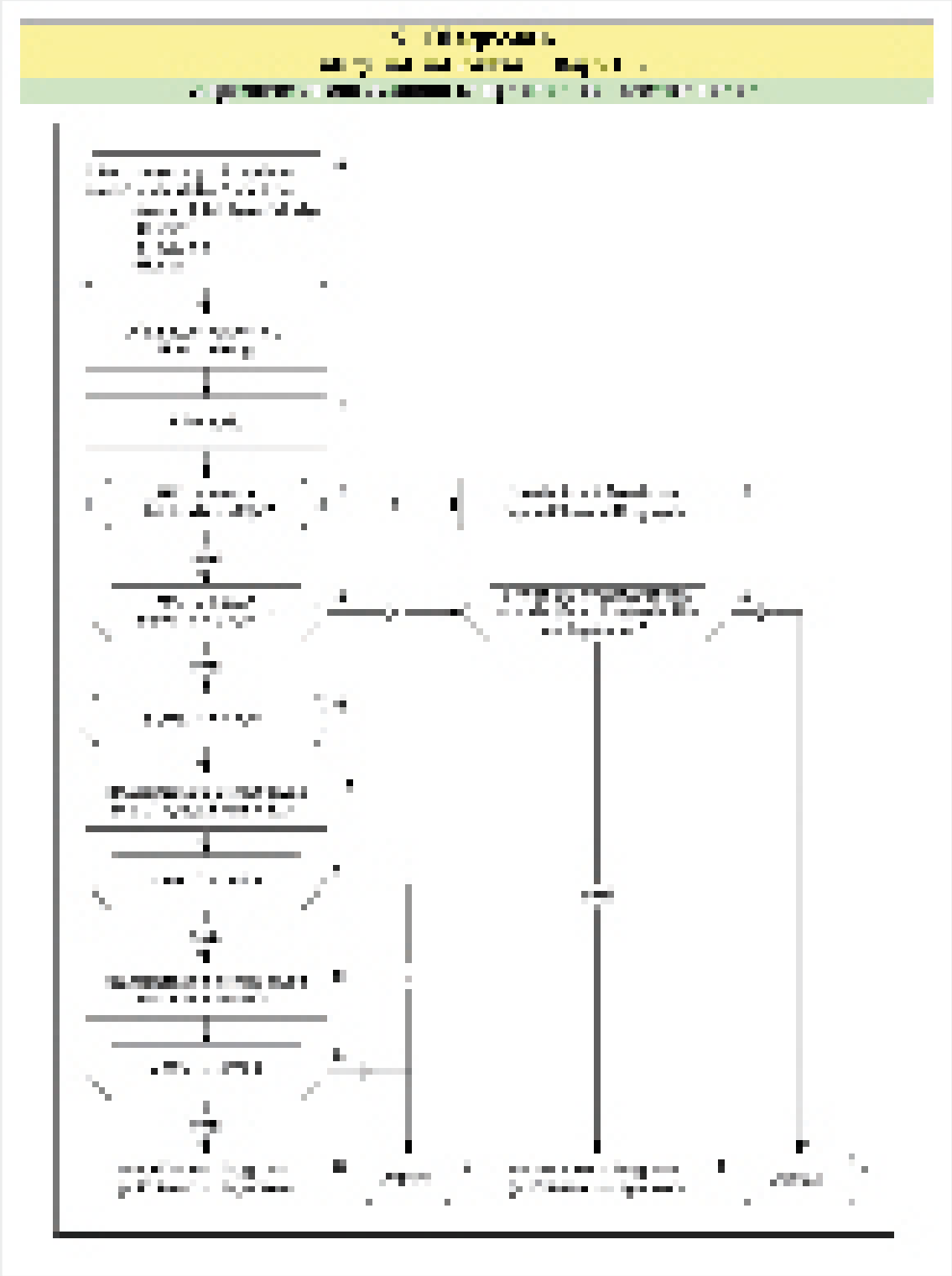
Asthma bronchiale und COPD in QUELL 2008

Die Parallelabrechungen 1996 und 2003 zeigten, dass vom Aufwand gesehen, eine Unterscheidung zwischen Asthma und COPD nicht notwendig war. Trotzdem haben wir in QUELL 2008 die beiden Krankheiten wieder getrennt.

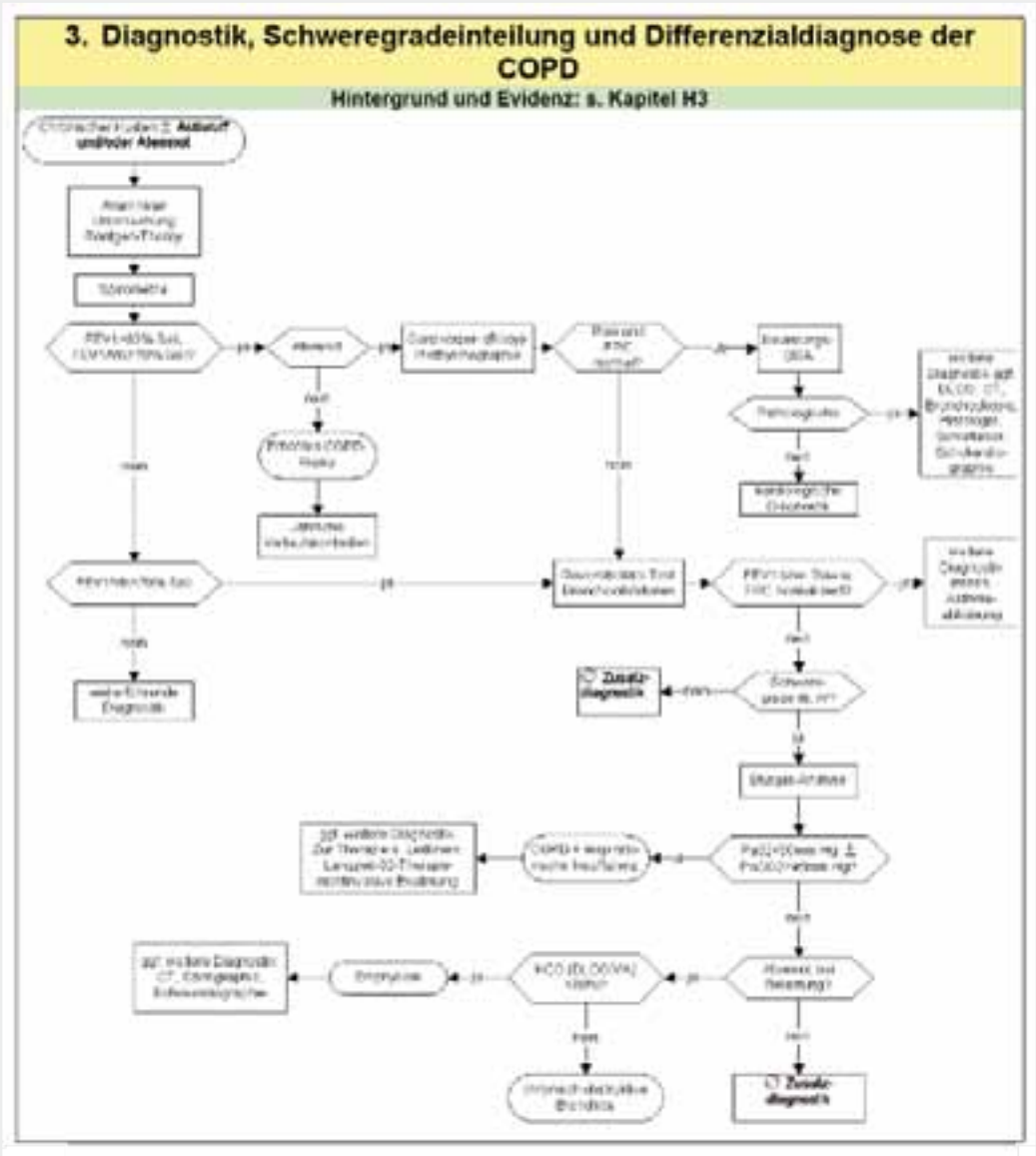
In den vergangenen 10 Jahren wurden Disease Management Programme zu Asthma bronchiale und COPD etabliert. In der 11. Verordnung zur Risikostrukturausgleichs-Verordnung vom 22. Dezember 2004 wurde praktisch gesetzlich die Diagnosedefinition für Asthma bronchiale und COPD festgelegt.

Auch wenn durch eine solche Definition in Einzelfällen keine eindeutige Zuordnung möglich ist, so zeigt doch die Erfahrung mit den bereits laufenden DM-Programmen, dass die Diagnosekriterien realistisch und ausreichend sind, um zwischen beiden Krankheitsbilder zu diskriminieren.

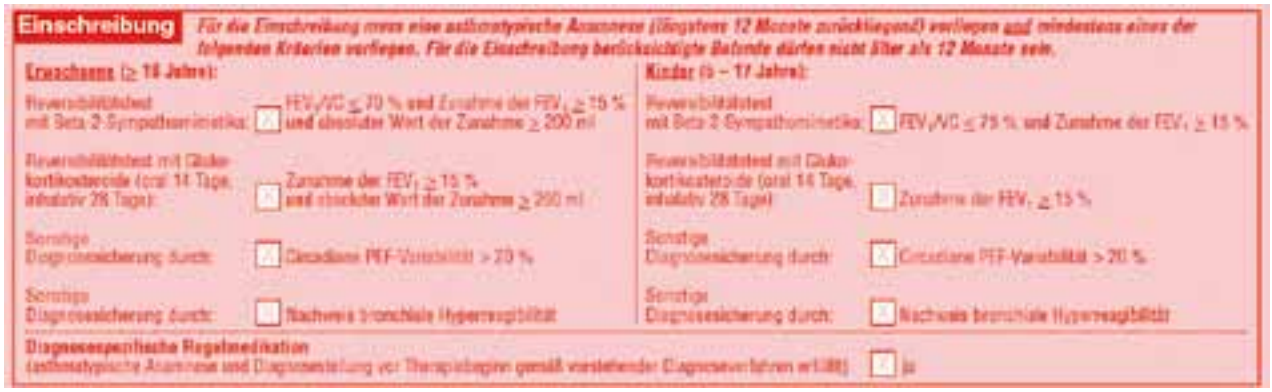
Die Trennung der Krankheiten Asthma bronchiale und COPD ist aus der Sicht einer modernen Versorgungsforschung sinnvoll. Deshalb fordert QUELL 2008 die Dokumentation nach den Kriterien der Nationalen Versorgungsleitlinie, wie sie auch in der Risikostrukturausgleichsverordnung niedergelegt ist, als obligate Leistung.



Therapieleitlinie Asthma bronchiale beim Erwachsenen



Diagnostik der COPD. Der Algorithmus beschreibt die differenzierte Abklärung der COPD.


Einschreibung Für die Einschreibung muss eine asthmatypische Anamnese (längstens 12 Monate zurückliegend) vorliegen und mindestens eines der folgenden Kriterien vorliegen. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein.

Erwachsene (≥ 18 Jahre):

Reversibilitätstest mit Beta 2-Sympathomimetika: FEV1/VC ≤ 70 % und Zunahme der FEV1 ≥ 15 % und absoluter Wert der Zunahme ≥ 200 ml

Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroide (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage): Zunahme der FEV1 ≥ 15 % und absoluter Wert der Zunahme ≥ 200 ml

Sonstige Diagnosesicherung durch: Circadiane PEF-Variabilität > 20 %

Sonstige Diagnosesicherung durch: Nachweis bronchiale Hyperreagibilität

Kinder (6 – 17 Jahre):

Reversibilitätstest mit Beta 2-Sympathomimetika: FEV1/VC ≤ 75 % und Zunahme der FEV1 ≥ 15 %

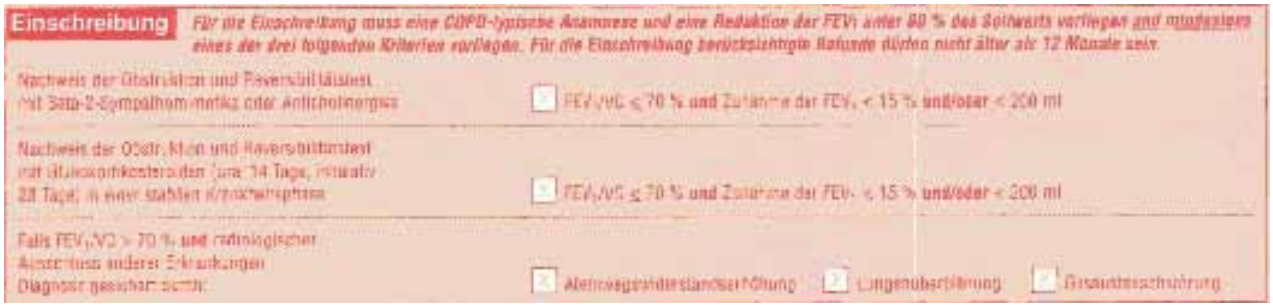
Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroide (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage): Zunahme der FEV1 ≥ 15 %

Sonstige Diagnosesicherung durch: Circadiane PEF-Variabilität > 20 %

Sonstige Diagnosesicherung durch: Nachweis bronchiale Hyperreagibilität

Diagnosespezifische Regelmedikation (asthmatypische Anamnese und Diagnosestellung vor Therapiebeginn gemäß vorstehender Diagnoseverfahren erfüllt): ja

Diagnosedokumentation bronchiale im DMP Asthma bronchiale


Einschreibung Für die Einschreibung muss eine COPD-typische Anamnese und eine Reduktion der FEV1 unter 80 % des Sollwerts vorliegen und mindestens eines der drei folgenden Kriterien vorliegen. Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein.

Nachweis der Obstruktion und Reversibilitätstest mit Beta-2-Sympathomimetika oder Anticholinergika: FEV1/VC ≤ 70 % und Zunahme der FEV1 ≥ 15 % und/oder ≥ 200 ml

Nachweis der Obstruktion und Reversibilitätstest mit Glukokortikosteroiden (oral 14 Tage, inhalativ 28 Tage), in einer stabilen Krankheitsphase: FEV1/VC ≤ 70 % und Zunahme der FEV1 ≥ 15 % und/oder ≥ 200 ml

Falls FEV1/VC > 70 % und nötiniglicher Ausschluss anderer Erkrankungen Diagnose gesichert durch: Atemwegsgrenzwertüberschreitung; Lungenüberblähung; Gasaustauschstörung

Diagnosedokumentation COPD im DMP COPD

Weitere Diagnosegruppen

Bei der Parallelabrechnung 1996 versuchten wir eine möglichst differenzierte Darstellung des tatsächlichen Leistungsablaufes zu erhalten. Dazu haben wir die einerseits eine Vielzahl unterschiedlicher Indikationsgruppen gebildet und diese andererseits zusätzlich nach Schweregraden differenziert. Bei der Einteilung der Schweregrade gingen wir vornehmlich von der guten Prüfbarkeit und klaren Klassifikation der Schweregrade aus.

So wurden z.B. bei den obstruktiven Atemwegserkrankungen die Lungenfunktion und bei der chronischen Bronchitis und bei der interstitiellen Lungenerkrankung die Blutgase zur Klassifizierung herangezogen. Bei der Tuberkulose und bei Tumorerkrankungen haben wir zwischen Kontrollen und aktueller Behandlungsbedürftigkeit unterschieden.

Damit erhielten wir differenzierte Leistungsbilder, die u.a. zeigten, dass die Leistungsanforderungen den Ausprägungen plausibel folgten, auch wenn diese Einteilungen ohne Zweifel wissenschaftlich problematisch waren.

Liste der Krankheitsbilder nach Schweregraden (QUELL 97)		
ASL	Asthma leicht	ohne LuFu-Veränderungen, BHR
ASM	Asthma mittel	mit LuFu-Veränderungen
ASS	Asthma schwer	mit resp. Insuffizienz
CBL	Chronische Bronchitis leicht	ohne LuFu-Veränderungen
CBM	Chronische Bronchitis mittel	mit LuFu-Veränderungen
CBS	Chronische Bronchitis schwer	mit resp. Insuffizienz
TBA	Tuberkulose aktiv	
TBK	Tuberkulose Kontrolle	
TUA	Tumor aktiv	
TUK	Tumor Kontrolle	
SAS	Schlafapnoe-Syndrom	Erstuntersuchung und Kontrolle
ABE	Bronchialerkrankung akut	akute Bronchitis, Reizhusten, allergische Bronchitis und Pollinose, grippaler Infekt
ALE	Lungenerkrankung akut	Pneumonie, Pneumothorax, akute Lungenembolie, Hämoptoe
ILL	interstitielle Lungenerkrankung leicht	ohne LuFu-Veränderungen
ILS	interstitielle Lungenerkrankung mittel	mit LuFu-Veränderungen
ILM	interstitielle Lungenerkrankung schwer	mit resp. Insuffizienz
SLE	sonstige Lungenerkrankung	
PKE	Primäre kardiale Erkrankung	
SOE	Sonstige Erkrankung	

Die Parallelabrechnung zeigte aber auch, dass eine solch differenzierte Aufteilung für eine Vergütungsordnung nicht notwendig ist, da die kleinteilige Aufteilung letztendlich nur marginale Unterschiede in der Vergütung verursacht. Damit ist der Dokumentations- und der Prüfungsaufwand deutlich höher als der Nutzen für Transparenz und Plausibilität.

In QUELL 2008 haben wir deshalb die Diagnosegruppen zusammengefasst. Dadurch entsteht eine übersichtliche Anzahl von Diagnosegruppen, ohnes der unterschiedlichen Morbidität der Praxen zu viel Zwang anzulegen. Der denkbare und tatsächlich vorhandene Aufwandsunterschied wird in QUELL 2008 durch entsprechende Zuschläge dargestellt.

Die Systematik von QUELL 2008

13680xx BAB eines Patienten mit Asthma bronchiale aller Schweregrade **(neuer Patient)**
13681xx BKB eines bekannten Patienten mit Asthma bronchiale aller Schweregrade **(bekannter Patient)**
13682xx BAB eines Patienten mit COPD aller Schweregrade **(neuer Patient)**
13683xx BKB eines Patienten mit COPD aller Schweregrade **(bekannter Patient)**
13684xx BAB eines Patienten mit einer interstitiellen oder restriktiven Lungenerkrankung **(neuer Patient)**
13685xx BAB eines Patienten mit einer beannten interstitiellen oder restriktiven Lungenerkrankung **(bekannter Patient)**
13686xx BAB eines Patienten mit einer schlafbezogenen Atmungsstörung **(neuer Patient)**
13687xx BAB eines Patienten mit einer bekannten schlafbezogenen Atmungsstörung **(bekannter Patient)**
13688xx Zuschlag für die BKB eines Patienten unter einer apparativen Therapie **(STKO)**
13689xx BAB eines Patienten mit ener nicht unter den Ziffern 13680 - 13685 aufgeführten Erkrankung **(bekannter Patient) (TBK, Tumor, Pneumonie)**
13690xx BKB eines bekannten Patienten mit einer nicht unter den Ziffern 13680 - 13685 aufgeführten Erkrankung **(bekannter Patient) (TBK, Tumor, Pneumonie ...)**
13691xx **Morbiditätszuschlag zu den Ziffern 13680 - 13690 für die Dokumentation und Betreuung bei pneumologischen Multimorbidität**
13692xx **Morbiditätszuschlag zu den Ziffern 13681 - 13683 bei akuter Exacerbation**
13693xx **Morbititätszuschlag zu den Ziffern 13680 - 13690 bei schwerkrankem Patient**

Liste der Krankheitsbilder in QUELL 2008

Zuschläge für besonderen Aufwand

QUELL 97 ermöglichte eine Einteilung nach Schweregraden der pneumologischen Erkrankung. Die daraus entwickelte Systematik im Vorschlag der KBV vom Mai 2003 zeigte die hochkomplexe Struktur dieser Bewertung. Vielleicht war es gut, dass dieser Vorschlag nicht zur Umsetzung kam. Da die Zwänge der budgetierten Gesamtvergütung nach 1996 noch weiter zugenommen haben, wäre die Versuchung groß gewesen, den Anteil an der Vergütung durch Upcoding zu vergrößern. Darüber hinaus wäre ein nicht abschätzbarer Prüfaufwand entstanden.

Für QUELL 2008 haben wir deshalb ein einfacheres Modell gewählt, das u.A. besser die Versorgungswirklichkeit darstellt und genügend Daten für eine notwendige Versorgungsforschung bereitstellt.

Vier medizinisch begründete Zuschläge sollen in QUELL 2008 den besonderen Behandlungsaufwand darstellen und gleichzeitig die Datenbasis für eine indikationsgestützte Bewertung der Behandlungsqualität liefern.

1. **Zuschlag für die Behandlung, Abklärung und Betreuung bei weiteren chronischen pneumologischen Erkrankungen**
   (Multimorbiditätszuschlag)

   Als chronisch pneumologische Erkrankungen im Sinne von QUELL 2008 gelten Asthma, COPD, ILL, SAS; Tumor, Tuberkulose, wobei diese Aufzählung abschießend ist. Als obligate Leistung ist die Dokumentation des ICD 10 auf dem Behandlungsausweis vorgesehen.

   Dieser Zuschlag ist dann zu aktivieren, wenn zwei voneinander unabhängig bestehende, chronische pneumologische Krankheiten eine Leistungsausweitung verursachen.

Abgerechnet werden dann der höherwertige Diagnosekomplex und der Zuschlag.

Mögliche Kombinationen sind:

- Asthma – ILL, Tumor, TBK, SAS (hierbei auch Zuschlag für standardisierte Therapiekontrolle möglich)
- COPD – ILL, Tumor, TBK, SAS (hierbei auch Zuschlag für standardisierte Therapiekontrolle möglich)
- ILL – SAS (hierbei auch Zuschlag für standardisierte Therapiekontrolle möglich), TBK
- SAS – TBK, ILL

2. **Zuschlag zu den Indikationskomplexen Asthma und COPD bei akuter Verschlechterung der Erkrankung**
(Exacerbationszuschlag)

Obligat ist zur Aktivierung dieses Zuschlages die zu einer Exacerbation passende Anamnese, die Bestimmung der Blutgase, eine Änderung der Medikation und eine Verschlechterung der Lungenfunktion. Als Messkriterien fungieren FEV1 (10% Rückgang), RAw (Steigerung 100%), PEF Rückgang (20% des persönlichen Bestwertes).

Fakultative Leistungsinhalte sind über die Grundkomplexe hinaus die akute Sauerstoffbehandlung, Infusionsbehandlung, Überwachung, Monitoring, Abklärung und Entscheidung der Notwendigkeit einer Krankenhauseinweisung.

3. **Zuschlag zu den Indikationskomplexen bei schwerkrankem Patient**
(Schwerkrankzuschlag)

Obligat ist ein mindestens zweimaliger Praxiskontakt wegen einer pneumologischen Erkrankung im Behandlungsfall und ein arterieller Sauerstoffdruck von < 55 Torr und/oder laufende Langzeitsauerstofftherapie und/oder schwere Obstruktion (Sraw < 250% Soll)

Obligater Leistungsinhalt ist neben dem zweimaligen Kontakt die Blutgasanalyse ggf. unter Gabe von Sauerstoff über die Nasensonde.

Fakultativer Leistungsinhalt ist die Indikationsprüfung zur Beatmungstherapie oder zu einer Sauerstofflangzeittherapie (LOT) sowie

Titration des notwendigen Sauerstoffflows über die Nasensonde bei LOT, ggf. unter Belastung. Zusätzlich, wenn notwendig die Testung unterschiedlicher Applikationssysteme (Demand Systeme) bei LOT.

4. **Zuschlag für die Behandlung, Kontrolle und Betreuung eines Patienten unter einer apparativen Therapie bei einer Atmungsstörung**
(Therapiekontrollzuschlag)

Die Betreuung von Patienten mit einer Beatmungstherapie erfordert in den Praxen ein besonderes Setting, qualifiziertes Personal und einen besonderen Zeitaufwand.

In diesem Zusammenhang sei wiederum erwähnt, dass diese Leistung mit dem EBM 2000 plus neu und ohne Honorar in den Leistungskatalog gelangte. Bei der Bewertung des EBM 2008 sollte dies berücksichtigt werden.

GRUNDPAUSCHALE 13640 / 13641 / 13642

Pneumologische Einzelleistungen

und	und	und	und	und
Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Abklärung sowie ggf. Behandlung eines Patienten mit Asthma bronchiale 13650	Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Abklärung sowie ggf. Behandlung eines Patienten mit COPD 13652	Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Abklärung sowie ggf. Behandlung eines Patienten mit einer restriktiven Lungenerkrankung (TLC<80%) oder einer Lungenerkrankung aus dem interstitiellen Formenkreis 13654	Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Abklärung sowie ggf. Behandlung eines Patienten mit einer schlafbezogenen Atmungsstörung 13656	Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Abklärung sowie ggf. Behandlung eines Patienten mit einer unter den Gebührenordnungspositionen 13650 bis 13657 nicht aufgeführten Lungenerkrankung 13659
oder	oder	oder	oder	oder
Zusatzpauschale Behandlung und Betreuung eines Patienten mit Asthma bronchiale 13651	Zusatzpauschale Behandlung und Betreuung eines Patienten mit COPD 13653	Zusatzpauschale Behandlung und Betreuung eines Patienten mit einer restriktiven Lungenerkrankung Lungenerkrankung (TLC<80%) oder einer Lungenerkrankung aus dem interstitiellen Formenkreis 13655	Zusatzpauschale Behandlung und Betreuung eines Patienten mit einer schlafbezogenen Atmungsstörung 13657	Zusatzpauschale Behandlung und Betreuung eines Patienten mit einer unter den Gebührenordnungspositionen 13650 bis 13657 nicht aufgeführten Lungenerkrankung 13660
und	und	und	und	und
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13650 bis 13657 oder 13659, 13660 für die Behandlung eines Patienten, der innerhalb eines Behandlungsfalls die Arztpraxis aufgrund der Schwere seines Krankheitsbildes zum zweiten Mal oder öfter aufsucht 13661	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13650 bis 13657 oder 13659, 13660 für die Behandlung eines Patienten, der innerhalb eines Behandlungsfalls die Arztpraxis aufgrund der Schwere seines Krankheitsbildes zum zweiten Mal oder öfter aufsucht 13661	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13650 bis 13657 oder 13659, 13660 für die Behandlung eines Patienten, der innerhalb eines Behandlungsfalls die Arztpraxis aufgrund der Schwere seines Krankheitsbildes zum zweiten Mal oder öfter aufsucht 13661	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13650 bis 13657 oder 13659, 13660 für die Behandlung eines Patienten, der innerhalb eines Behandlungsfalls die Arztpraxis aufgrund der Schwere seines Krankheitsbildes zum zweiten Mal oder öfter aufsucht 13661	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13650 bis 13657 oder 13659, 13660 für die Behandlung eines Patienten, der innerhalb eines Behandlungsfalls die Arztpraxis aufgrund der Schwere seines Krankheitsbildes zum zweiten Mal oder öfter aufsucht 13661
und	und	und	und	und
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13650 bis 13657 für die Behandlung eines Patienten, mit mindestens einer weiteren chronischen Lungenerkrankung (COPD, Asthma bronchiale, Lungenerkrankung des interstitiellen Formenkreises, Tuberkulose, bösartige Lungenerkrankung oder schlafbezogene Atmungsstörung (als weitere Diagnose)) 13663	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13650 bis 13657 für die Behandlung eines Patienten, mit mindestens einer weiteren chronischen Lungenerkrankung (COPD, Asthma bronchiale, Lungenerkrankung des interstitiellen Formenkreises, Tuberkulose, bösartige Lungenerkrankung oder schlafbezogene Atmungsstörung (als weitere Diagnose)) 13663	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13650 bis 13657 für die Behandlung eines Patienten, mit mindestens einer weiteren chronischen Lungenerkrankung (COPD, Asthma bronchiale, Lungenerkrankung des interstitiellen Formenkreises, Tuberkulose, bösartige Lungenerkrankung oder schlafbezogene Atmungsstörung (als weitere Diagnose)) 13663	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13650 bis 13657 für die Behandlung eines Patienten, mit mindestens einer weiteren chronischen Lungenerkrankung (COPD, Asthma bronchiale, Lungenerkrankung des interstitiellen Formenkreises, Tuberkulose, bösartige Lungenerkrankung oder schlafbezogene Atmungsstörung (als weitere Diagnose)) 13663	Zuschlag für die Behandlung, Kontrolle und Betreuung eines Patienten unter einer apparativen Therapie bei einer Atemstörung (STKO) 13658
oder	oder			
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen nach den Nrn. 13650 bis 13653 für die Untersuchung, Betreuung und Behandlung eines Patienten mit akuter Exazerbation, eines Asthma bronchiale, COPD 13665	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen nach den Nrn. 13650 bis 13653 für die Untersuchung, Betreuung und Behandlung eines Patienten mit akuter Exazerbation, eines Asthma bronchiale, COPD 13665			

Vereinfachende Darstellung der Abrechnungssystematik von QUELL 2008

QUELL IT

Die Entwicklung der letzten zehn Jahre bestätigte unsere damalige Annahme, dass nur Transparenz und Leitlinienbezug in dem Gesundheitssystem der Zukunft chancenreich ist. Leider blieben die bisherigen Versuche, beispielweise im DMP Asthma/COPD, Versorgung mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung zu strukturieren, den Wirksamkeitsbeweis bis heute schuldig.

Zwar werden erste Berichte öffentlich, die einen Nutzen von Disease Managementprogrammen belegen sollen, aber unabhängig von der Frage, ob DMP wirkt, bleibt die Frage offen, ob nicht durch einfachere und preiswerte Steuerungsmechanismen mehr zu erreichen wäre.

Wir gehen weiter davon aus, dass der wirksamste und unmittelbarste Steuerungseffekt von einer Gebührenordnung ausgeht. Deshalb war schon QUELL 97 „qualitätsinhärent“ angelegt.

Diese Annahme genügt aber den heutigen Ansprüchen an Behandlungsqualität nicht mehr. Ohne den Focus auf die Ergebnisqualität kann man im Jahre 2008 Qualität nicht mehr diskutieren. QUELL 97 setzte mit der Konzentration auf Struktur- und Prozeßqualität Maßstäbe. Leider sind diese noch nicht ansatzweise innerhalb der ärztlichen Gebührenordnung verwirklicht.

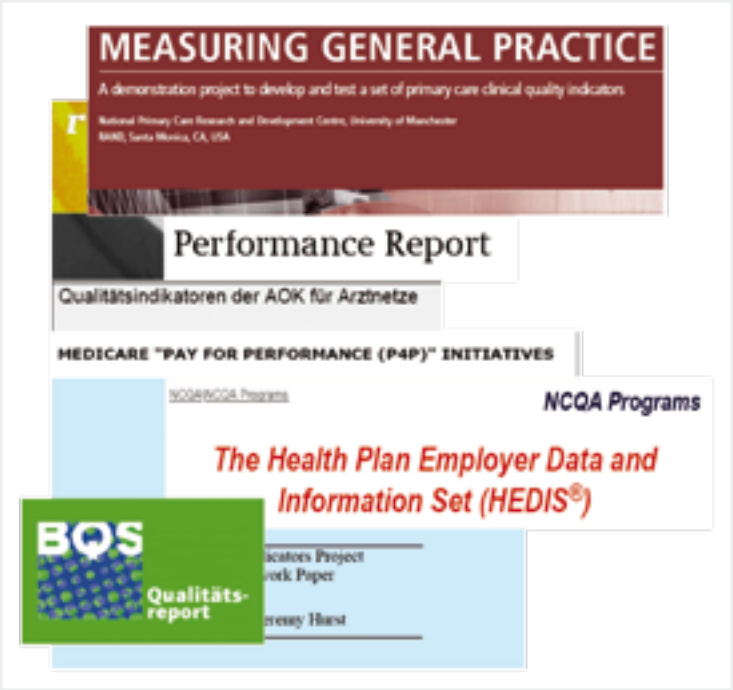
Der Ansatz über bundeseinheitliche Richtlinien Qualität zu verbessern, ist aufwändig, bürokratielastig und hat auch immer den Geruch des Zwanges. Meist erfordern diese Richtlinien eine eigenständige Dokumentation, eigenständige Kontrollsysteme und neue Sanktionsmechanismen.

Wesentlich interessanter scheint ein Modell zu sein, dass tatsächlich Transparenz, oder noch besser Ergebnisse einer Behandlung innerhalb einer Gebührenordnung honoriert. Damit entsteht eine Interessengemeinschaft von Ärzten und Patienten mit dem Ziel einer Optimierung der Therapieergebnisse.

Gleichzeitig genügt es nicht nur die Interessengemeinschaft herzustellen. Die Ergebnisse der Behandlungen müssen nachweisbar, benchmarkfähig und einer wissenschaftlichen Versorgungsforschung zugänglich sein.

Ambulante Qualitätsindikatoren

Die KBV verfolgt diesen Ansatz unter dem Titel AQUIK (Ambulante Qualitätsindikatoren). Beispiele existieren bereits. Im englischen Gesundheitssystem (NHS) sind Qualitätsindikatoren bereits in der Primärversorgung gebräuchlich, wenn auch kritisiert wird, dass die Indikatoren kaum eine Steuerungsfunktion ausüben, da praktisch alle Beteiligten die Indikatoren erfüllen.



Qualitätsindikatoren im In- und Ausland

Krankenkassen sehen in Indikatoren die Möglichkeit, Qualität in der ambulanten Versorgung zu beschreiben. Die Vielzahl der Modelle hat aber noch keine Wirkung in der Praxis in Deutschland entfaltet.

Qualitätsindikatoren sind Maße, deren Ausprägung eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität von Strukturen, Prozessen und/oder Ergebnissen der Versorgung ermöglichen sollen. Mittels Hilfsgrößen bilden Qualitätsindikatoren die Qualität einer Einheit durch Zahlen bzw. Zahlenverhältnisse indirekt ab. Man könnte sie auch als qualitätsbezogene Kennzahlen bezeichnen.

Die Qualität der Versorgung ist ein komplexes Phänomen, das in der Regel nur durch mehrere Indikatoren abgebildet werden kann. Einzelne Indikatoren beleuchten immer nur Teilaspekte der Qualität. Es ist daher sinnvoll, Zusammenstellungen mehrerer Indikatoren zur Beurteilung eines Versorgungsaspektes bzw. Kriteriums in Form von Indikatorenprofilen vorzunehmen.

Der Definition der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations folgend, sind Indikatoren/klinische Messgrößen unter anderem dazu geeignet, die Qualität wichtiger Führungs-, Kontroll- und Managementtätigkeiten sowie von angemessenen klinischen und unterstützenden Tätigkeiten zu überwachen und zu bewerten, die patientenseitige Versorgungsergebnisse beeinflussen. (Beurteilung klinischer Messgrößen des Qualitätsmanagements – Qualitätskriterien und -Indikatoren in der Gesundheitsversorgung: Konsenspapier der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der AWMF, 2001)

Pay for Performance und EDV

Qualitätsbezogene Vergütung (*pay for performance*, P4P) gehört zu den Konzepten, die mittels externer Anreize eine Qualitätsverbesserung der Gesundheitsversorgung zu erreichen versuchen. Im Gegensatz zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten (*public disclosure*) handelt es sich um finanzielle und nicht um immaterielle Anreize. Beide Formen können sich aber gegenseitig unterstützen und werden auch häufig gemeinsam eingesetzt. Die Entwicklung von P4P-Programmen wurde in den letzten Jahren vor allem in den USA und in Großbritannien vorangetrieben. Die Diskussion hat jetzt aber auch Deutschland erreicht.

Die Definition der qualitätsbezogenen Vergütung geht in erster Annäherung davon aus, dass es sich um ein Finanzierungskonzept handelt, bei dem nicht nur Mengenaspekte berücksichtigt werden, sondern die Qualität der Versorgung im Mittelpunkt steht.

Die verwendeten Indikatoren sollten eine Kombination von Prozess- und Ergebnisindikatoren mit einzelnen Strukturindikatoren und eine sinnvolle Kombination von Routine- und klinischen Daten enthalten. Die Aufnahme von Effizienzkriterien ist grundsätzlich möglich und sinnvoll.

Die organisatorische Umsetzung, der Datenzugang und die EDV-Ausstattung sind von Beginn an kritische Faktoren und müssen in die finanzielle Planung angemessen mit einbezogen werden.

Es ist deshalb unabdingbar, dass die Indikatoren als Abfallprodukte einer ohnehin stattfindenden Dokumentation anfallen. Der Umfang der zusätzlich zu erhebenden Daten muss auf ein Minimum begrenzt werden.

Transparenz in QUELL IT

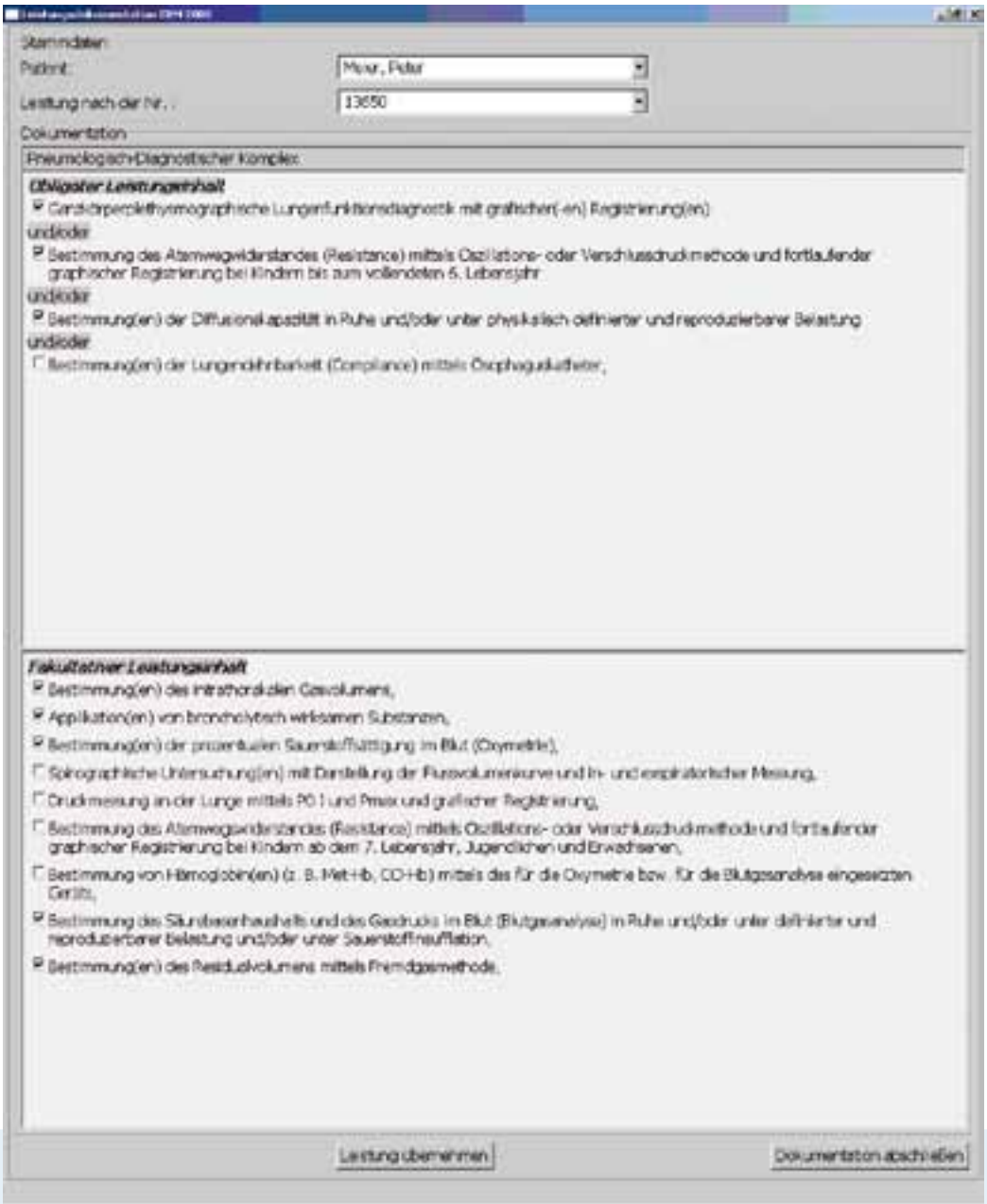
Indikatoren im Rahmen der Abrechnung zu erheben stellt einen neuen Weg in der Qualitätssicherung medizinischer Leistungen dar. Voraussetzung ist die Dokumentation der einzelnen Leistungen innerhalb der Indikationskomplexe.

Die KBV hat dazu auf ihrer Vertreterversammlung im Juli 2007 beschlossen, innerhalb des EBM die Einzelleistungen zu dokumentieren.

Damit werden Einzelleistungen wieder einer Qualitätssicherung zugänglich. Gleichzeitig reicht aber die Dokumentation der Leistungen nicht aus, da damit nur eine Prozessqualität dargestellt wird.

Trotzdem sollten auch die Indikatoren für die Ergebnisqualität innerhalb der Abrechnung dokumentiert werden, um Doppelungen zu vermeiden.

QUELL IT



Beispielhafte Dokumentation der Leistungen im EBM 2008

Unterschiedliche Krankheitsbilder erfordern unterschiedliche Indikatoren. Gleichzeitig existieren nicht für alle denkbaren Erkrankungen praktikable Indikatoren. Es sollte auch vermieden werden, in einer Anfangsphase die Abrechnung mit Daten zu überfrachten.

Wir haben deshalb nur für die Indikationen Asthma, COPD und Schlafapnoe Indikatoren formuliert. Für jede Diagnose schlagen wir einen vom Patienten subjektiv zu erstellenden Indikator und einen konkreten Messwert vor. Jeder Indikator sollte in einer Kennzahl darstellbar sein.

Indikatoren für Asthma bronchiale

Um die Behandlungsqualität für das Asthma zu untersuchen, liegen keine allgemein gültigen Standards vor. Die Global Initative for Asthma (GINA) löst sich zwar von einer reinen durch Lungenfunktionsparameter festgelegten zu einer anamnestischen „Kontroll"-Definition, die Lungenfunktion bleibt aber Bestandteil der „Level of Asthma Control".

Figure 4.3-1. Levels of Asthma Control

Characteristics	Controlled (All of the following)	Partly Controlled (Any measure present in any week)	Uncontrolled
Daytime symptoms	None (twice or less/week)	More than twice/week	Three or more features of partly controlled asthma present in any week
Limitations of acticities	None	Any	
Nocturnal symptoms / awakening	None	Any	
Need for reliever / rescue treatment	None (twice or less/week)	More than twice/week	
Lung function (PEF or FEV1)	Normal	< 80% predicted or personal best (if known)	
Exacerbations	None	One or more/year	One in any week

Die „Levels of Asthma Control" der Global Initiative for Asthma (GINA)

Die neue Bedeutung der eher „weichen" krankheitsbezogenen Lebensqualität schlägt sich auch in der nationalen Versorgungsleitlinie nieder:

Auszug aus der nationalen Versorgungsleitlinie Asthma

Es liegen mehrere Instrumente zur Einschätzung der Lebensqualität bei Asthmapatienten vor, die aber alle nach unserer Ansicht nicht optimal geeignet sind im Rahmen einer kennzahlgestützten Qualitätssicherung innerhalb der Praxisroutine zum Einsatz zu kommen. (Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ), Living with Asthma Questionnaire (LAQ): deutscher Fragebogen zur Lebensqualität bei Asthma (FLA), Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ) u.e.m.)

Patientenindikator Asthma

Mit dem Asthmakontrolltest (ACT) liegt ein Fragebogen vor, der bei Patienten mit Asthma bronchiale die Behandlungsqualität in einer einzigen Kennzahl darstellen kann, der kurz ist und der vom Patienten i.d.R. selbst ausgefüllt werden kann. (Schatz, M. Sorkness, C. A. Li, J. T. Marcus, P. Murray, J. J. Nathan, R. A. Kosinski, M. Pendergraft, T. B. Jhingran, P.: Asthma Control Test: reliability, validity, and responsiveness in patients not previously followed by asthma specialists. J Allergy Clin Immunol, 2006, 117, 3, 549-56).

Damit ermöglicht er unserer Einschätzung nach in der tägliche Routine bei Asthmapatienten eine grobe Einschätzung der Lebens-/ Behandlungsqualität.

Mit dem Asthmakontrolltest (ACT) lässt sich Behandlungsqualität in einer Kennzahl darstellen.

Aus den ermittelten Bewertungen ist eine Kennzahl zu bilden. Diese sollte in der Größenordnung vergleichbar sein, um die Möglichkeit einer Gesamtkennzahl für die Krankheitsgruppen, vielleicht der ganzen Praxis zu eröffnen.

		Kennzahl
ACT 25 Punkte	≡	5
ACT 20-24 Punkte	≡	4
ACT 15-19 Punkte	≡	3
ACT 10-14 Punkte	≡	2
ACT unter 10 Punkte	≡	1

Lungenfunktionsindikator Asthma bronchiale

Die vorgeschlagenen Messparameter der Lungenfunktion sind weit problematischer in ihrer Handhabung. Was bedeutet normale Lungenfunktion? Ist ein 80%-Wert des PEF Bestwertes ein geeigneter Indikator? Man hat den Eindruck, dass Autoren von Leitlinien nicht in der Praxis der Asthmadiagnose und Therapie erfahren sind, aber alle gerne voneinander abschreiben. Anders ist nicht zu erklären, dass der PEF hartnäckig sein Dasein in Leitlinien verteidigt, obwohl er in der täglichen Praxis bei keiner nennenswerten Anzahl von Patienten eine Rolle spielt.

Circa 70 bis 80 Prozent der Patienten mit Asthma haben zum Zeitpunkt des Erstkontaktes keine reversible Obstruktion. Zur Diagnosestellung ist eine unspezifische bronchiale Provokation notwendig. Bei Kontrollpatienten dürfte der Anteil noch höher liegen.

Die Messung und die Quantifizierung der BHR sollten deshalb in den Funktionsindikator eingehen.

NVL Asthma
Langfassung
März 2007, Vers. 1.4

3. Therapie

Hintergrund und Evidenz: Kapitel H3

Therapieziele des Asthmamanagements

Folgende Therapieziele sind in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten anzustreben:

- Vermeidung von:
  - akuten und chronischen Krankheitserscheinungen (z. B. Symptome, Asthmaanfälle),
  - einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen,
  - einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag,
  - einer Progredienz der Krankheit,
  - unerwünschten Wirkungen der Therapie;
- Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität;
- Verbesserung der Asthma-bezogenen Lebensqualität;
- Reduktion der Asthma-bedingten Letalität.

Theraphieziele in der Nationalen Versorgungsleitlinie Asthma

		Kennzahl
Normale Lungenfunktion FEV1 > 90 % Soll u/o keine oder leichte BHR	≡	5
Normale Lungenfunktion FEV1 > 80 u/o mittelgradige BHR	≡	4
Eingeschränkte Lungenfunktion FEV1 < 80 % o. normale Lungenfunktion mit schwergradiger BHR	≡	3
Eingeschränkte Lungenfunktion FEV1 < 70 %	≡	2
Eingeschränkte Lungenfunktion FEV1 < 50 %	≡	1

Indikatoren für COPD

Auch für die COPD bietet sich an, eine patienteninduzierte Kennzahl und einen objektiven Messwert heranzuziehen.

Patientenindikator COPD

Darüber hinaus möchten wir aber auch bei der COPD eine subjektive und eine objektive Kennzahl einführen. Aus medizinisch wissenschaftlicher Sicht wäre sicher der BODE Index am besten geeignet.

Der BODE Index enthält aber subjektive Einschätzungen des Patienten (MMRC), Lungenfunktionsparameter und auch den 6 min Gehtest, der in der pneumologischen Praxis nicht verfügbar ist.

Deshalb sollte für die Versorgungsroutine vorerst ein einfacherer Index gewählt werden: die MMRC Dyspnoe Skala (Celli BR et al. NEJM 2004; 350: 1005 – 1012). Um Vergleichbarkeit mit dem Asthmakontrolltest herzustellen, wurde die Skalierung von 0 – 4 auf 5 – 1 verändert

			Kennzahl
Atemlosigkeit nach Anstrengung	**0**	**≡**	**5**
Kurzatmig. Wenn ebenerdig in Eile oder beim leicht bergaufgehen	**1**	**≡**	**4**
Geht wegen Atemlosigkeit langsamer als Gleichaltrige in der Ebene oder muss bei gewohnter Geschwindigkeit, selbst ebenerdig, zum Luftholen anhalten	**2**	**≡**	**3**
Muss nach 90 m Gehstrecke zum Luftholen anhalten	**3**	**≡**	**2**
Aufgrund von Atemlosigkeit unfähig das Haus zu verlassen oder sich anzukleiden	**4**	**≡**	**1**

Lungenfunktionsindikator COPD

Die in der NVL COPD geforderte exakte Diagnose der COPD mit Schweregradeinteilung ist Grundlage der Abrechnung in QUELL IT. Die 11. Änderungsverordnung zur RSVA gibt die Diagnosekriterien vor. Auch die Stadieneinteilung erfolgt nach der NVL COPD. Bei der COPD besteht die Möglichkeit, den Schweregrad der Erkrankung durch differenzierte ICD 10 Ziffern zu dokumentieren.

Leider sind die Korridore der Schweregradeinstufung nicht identisch und auch der Schweregrad 0 existiert nicht mehr in der neuesten Revision der internationalen Leitlinien. Wir schlagen vor, die ICD 10 Klassifizierung zu verwenden mit der Ergänzung, dass bei einem FEV1 < 50% und > 35% und respiratorischer Insuffizienz ebenfalls J 44.00 verschlüsselt wird.

Schweregrade der COPD

SCHWEREGRAD	CHARAKTERISTIKA NACH GOLD	ICD 10
0	Normale Spirometrie Chr. Husten und Auswurf	**J 41**
I (leicht)	**FEV1/VK < 70 %;** **FEV1 ≥ 80 %** mit oder ohne chronische Symptome (Husten, Auswurf, Dyspnoe – evtl. bei starker körperlicher Belastung)	**J.44.03** FEV1 > 70 % Soll
II (mittel)	**50 % ≤ FEV1 < 80 % Soll** **50 > FEV1 < 80 % Soll** mit oder ohne chronische Symptome (Husten, Auswurf, Dyspnoe)	**J.44.02** FEV1 > 50 % bis < 70 % Soll
III (schwer)	**30 % ≤ FEV1 < 50 % Soll** **30 % > FEV1 < 50 % Soll** mit oder ohne chronische Symptome (Husten, Auswurf, Dyspnoe)	**J.44.01** FEV 1 > 35 % bis < 50 % Soll
IV (sehr schwer)	**FEV1/VK < 70 %.** **FEV1 < 30 % Soll** oder **FEV1 < 50 % Soll +** Resp. Insuffizienz oder Re-Insuffizienz	**J.44.00** FEV1 < 35 % Soll

Die grundsätzliche Schweregradeinteilung ist wichtig um später eine Zuordnung bei Exacerbationen und stationärer Behandlung vornehmen zu können. Ebenso um weiteren erhöhten Aufwand, sowohl medikamentös, als auch im Bereich der nichtmedikamentösen Maßnahmen begründen zu können.

Als Indikator für die Beurteilung der Behandlungsqualität reicht aber die Schweregradeinteilung nicht aus.

Für die COPD ergeben sich durch die in QUELL vorgesehenen Zuschläge weitere Klassifizierungsmöglichkeiten. Durch die Einführung des Exacerbationszuschlages allein lässt sich

schon aus der Abrechnung ein wesentliches Merkmal der COPD Kontrolle, die Häufigkeit der Exacerbationen entnehmen. Ähnliches gilt für den Schwerkrankenzuschlag, der noch weitere Indikatoren (Blutgase, Kontaktfrequenz) einbezieht.

Die Bildung einer Kennzahl ist analog der Schweregradeinteilung, b.z.w. der ICD Klassifikation vorzunehmen.

		Kennzahl
J 41	≡	**5**
J.44.03 (FEV1 > 70 % Soll)	≡	**4**
J.44.02 (FEV1 > 50 % bis < 70 % Soll)	≡	**3**
J.44.01 (FEV 1 > 35 % bis < 50 % Soll)	≡	**2**
J.44.00 (FEV1 < 35 % o. < 50 % Soll u. res.Insuff.)	≡	**1**

Indikatoren für die Schlafapnoe

Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob Kennzahlen in allen Bereichen geeignet sind, tatsächlich Ergebnisqualität dazustellen. Bei QUELL IT handelt es sich um absolutes Neuland und die Handhabbarkeit muss deshalb vor dem wissenschaftlichen Ansatz stehen.

Natürlich stellt sich die Frage nach der Wertigkeit von Kennzahlen, wenn diese durch Maßnahmen nicht veränderbar sind. Aus diesem Grund haben wir Patienten- und Untersuchungskennzahlen gewählt. Ohne Zweifel ist das Patientenbefinden von hoher Ausssagepotenz bezüglich der Behandlungsqualität.

In der Schlafapnoe stellen der gewählte Meßparameter (RDI) und ESS Fragebogen eher eine Zustandsbeschreibung der Krankheit obstruktive Schlafapnoe dar. Die Frage der Beeinflussbarkeit durch Therapie tritt hier eher in den Hintergrund.

Patientenkennzahl Schlafapnoe

Epworth Sleepiness-Scale					
Wie schnell werden Sie schläfrig oder schlafen Sie in folgenden Situationen ein?	Beim Sitzen und Lesen	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
	Beim Fernsehen	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
	Bei inaktivem Sitzen an einem öffentlichen Ort	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Bitte kreuzen Sie an, mit welcher Wahrscheinlichkeit Sie einschlafen werden: (0) schlafe nie ein (1) eine geringe Wahrscheinlichkeit einzuschlafen (2) eine mittlere Wahrscheinlichkeit einzuschlafen (3) eine hohe Wahrscheinlichkeit einzuschlafen	Beim Reisen bei einer einstündigen Autofahrt ohne Pause	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
	Beim Ausruhen am Nachmittag	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
	Sitzend während eines Gespräches	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
	Beim ruhigen Sitzen nach einem Essen ohne Alkohol	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
	Beim Autofahren, während eines kurzen Stops im Verkehr	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
	Summe				

Aus den 24 möglichen Punkten sind jeweils wieder Kennzahlen zu entwickeln, die einen Gesamteindruck in ähnlicher Größenordnung ermöglichen, wie die anderen Kennzahlen.

			Kennzahl
Epworth sleepiness scale	**0-4 Punkte**	**≡**	**5**
Epworth sleepiness scale	**4-8 Punkte**	**≡**	**4**
Epworth sleepiness scale	**9-12 Punkte**	**≡**	**3**
Epworth sleepiness scale	**13-16 Punkte**	**≡**	**2**
Epworth sleepiness scale	**16-24 Punkte**	**≡**	**1**

Messwertindikator Schlafapnoe

Der RDI, gewonnen aus seiner polygraphischen Messung stellt ohne Zweifel keinen so harten Messwert dar, wie z.B. das FEV1 oder der Raw.

Die Nacht zu Nacht-Variabilität und das oft nicht sicher klärbare Verhältnis von Hypo- zur Apnoe machen aus dem RDI einen schlechten Indikator.

Trotzdem ist die Häufigkeit von pharyngealen Obstruktionen Bestandteil der Defintion des obstruktives Schlafapnoe-Hypopnoesyndroms (OSAHS):

Pro Stunde Schlaf mindestens 5 Ereignisse pharyngealer Obstruktionen mit Hypopnoen (Abnahme der Atmungsamplitude/-frequenz mit nachfolgendem Abfall der Sauerstoffsättigung um mindestens 3% oder einem nachfolgendem Arousal4) oder Apnoen (mindestens 10 Sekunden dauerndes vollständiges Sistieren der Atmung); Hypersomnie oder (selten) Insomnie.

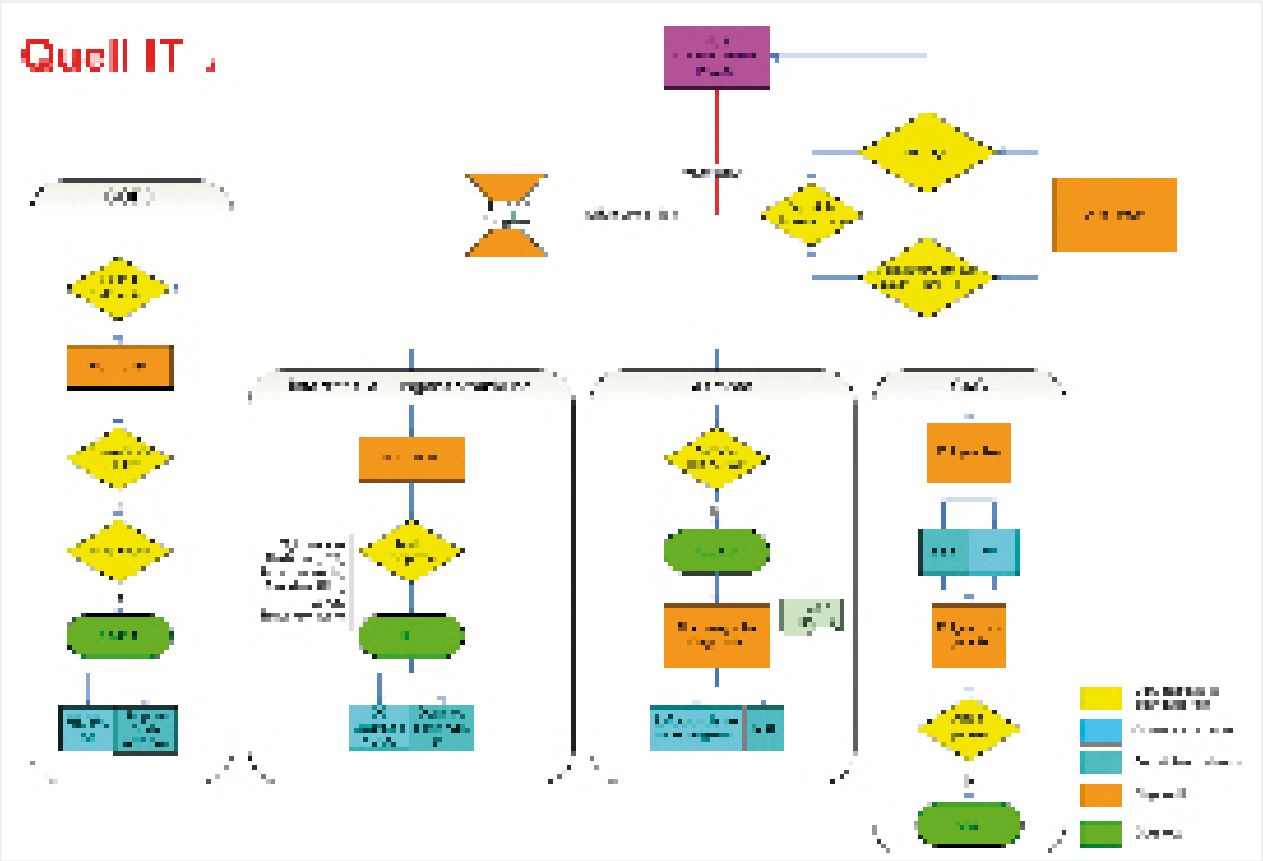
Eine Schweregradeinteilung im Rahmen der Kennzahlbildung hat als Folge daraus eine noch schwächere Basis. Andererseits ist das Ziel unserer Therapiebemühungen die komplette Beseitigung der schlafbezogenen Atmungsstörung, die wiederum eine Minimierung des RDI erfordert.

Wir halten aus Gründen der Praktikabilität den RDI für geeignet, bei der obstruktiven Schlafapnoe einen Hinweis auf den Schweregrad der Erkrankung zu geben.

			Kennzahl
Respiratory Disturbance Index	**< 5**	**≡**	**5**
Respiratory Disturbance Index	**5 - 10**	**≡**	**4**
Respiratory Disturbance Index	**11 - 20**	**≡**	**3**
Respiratory Disturbance Index	**21 - 40**	**≡**	**2**
Respiratory Disturbance Index	**> 40**	**≡**	**1**

QUELL IT - das Indikatormodell

Somit ergibt sich für die (numerisch) wesentlichen Erkrankungen des pneumologischen Fachgebietes folgendes Gesamtbild:



Schematische Darstellung der Krankheiten in QUELL IT

Die Dokumentation der Indikatoren muss möglichst einfach zu bewerkstelligen sein. Dazu ist es notwendig, dass die Kennzahlen, soweit möglich, aus der PVS Dokumentation übernommen werden.

Fragebögen können als ausfüllbare Dokumente, z.B. über einen Touchscreen oder über PDA eingebunden werden. Ziel ist, dass durch einfache EDV Handgriffe die Kennzahlen ermittelt werden können.

Der BdP befindet sich dazu in Verhandlungen mit PVS Anbietern, um zu ermitteln, inwieweit diese bereit sind, auf die speziellen Erfordernisse von QUELL IT einzugehen.

Zusammenfassung der Indikatoren QUELL IT

Asthma sub.	Asthma ob.	COPD sub.	COPD ob.	SAS ESS	SAS RDI	Kenn-zahl
ACT 25	FEV1 > 90 % keine oder leichte BHR	Atemlosigkeit bei starker Anstrengung	J 41	0-4	< 5	5
ACT 20-24	FEV1 > 80 % mittelgradige BHR	Kurzatmig. Wenn ebenerdig in Eile oder beim leicht bergaufgehen	J 44.03	4-8	5-10	4
ACT 15-19	FEV1 < 80 % schwergradi-ger BHR	Geht wegen Atemlosigkeit langsamer als Gleichaltrige in der Ebene oder muss bei gewohnter Geschwindigkeit, selbst ebenerdig, zum Luftholen anhalten	J 44.02	9-12	11-20	3
ACT 10-14	FEV1 < 70 % Soll	Muss nach 90 m Gehstrecke zum Luftho-len anhalten	J 44.01	13-16	21-40	2
ACT unter 10	FEV1 < 50 % Soll	Aufgrund von Atemlosigkeit unfähig das Haus zu verlassen oder sich anzukleiden	J 44.00	16-24	> 40	1

TO DO

Der Projektablauf stellt sich jetzt folgendermaßen dar:

- **Einführung von QUELL 2008 mit der EBM Reform 2008 mit ausreichendem Punktzahlvolumen.**
- **Ausschreibung/Vergabe der wissenschaftlichen Begleitung von QUELL IT**
- **Testlauf Indikatorerfassung in einer Anzahl von Kooperationspraxen**
- **Evaluation der Praxisrelevanz der erhobenen Kennzahlen**
- **Verbindung zu bestehenden QM Systemen (ISO und QEP), Patientenzufriedenheit**
- **Implementierung in PVS Systeme**
- **Kooperationsvereinbarung mit KBV/KV**
- **Vertragslösungen nach § 73 c oder § 140 SGB V**

Der Pneumologische Leistungskatalog im EBM 2008

Der Pneumologische Leistungskatalog im EBM 2008

Entwurf der KBV vom 30.08.07 (basierend auf der Vorschlagversion 4.1 des BdP, wie er den Entscheidungsgremien zur neuen Gebührenordnung vorgelegt wurde)

Pneumologische Gebührenordnungspositionen

Die nachfolgenden Positionen dieser Gebührenordnung können nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzten berechnet werden.

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

Fakultativer Leistungsinhalt

1 x im Behandlungsfall

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 und 4.3.1.1 der Allgemeinen Bestimmungen
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen

13640	**für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr**
13641	**für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr**
13642	**für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres**

Die Gebührenordnungspositionen 13640 bis 13642 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13390 bis 13392, 13435 und 34283 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2.3, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6 und 13.3.8 berechnungsfähig.

Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

13650

Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Abklärung sowie ggf.Behandlung eines Patienten mit Asthma bronchiale

1 x im Krank-heitsfall

Obligater Leistungsinhalt

- Ganzkörperplethysmographische Lungenfunktionsdiagnostik mit Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens und grafischer Registrierung und Applikation von broncholytisch wirksamen Sybstanzen

und/oder

- Ganzkörperplethysmographische Lungenfunktionsdiagnostik mit Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens und grafischer Registrierung und unspezifisch bronchialer Provokationstest mit quantitativem inhalativem Mehrstufentest unter kontinuierlicher Registrierung der Druckflusskurve,
- Dokumentation der Ergebnisse entsprechend der Diagnosekriterien Asthma bronchiale der Anlage 9 der 13.RSAV-ÄndV, 1.2.2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Allergiediagnostik (Nr. 30111),
- Rhinomanometrische Funktionsprüfung(en),
- Allergologische Provokationstestung(en) (Nr. 30120, Nr. 30122),
- Bestimmung(en) der Diffusionskapazität in Ruhe und/oder unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung,
- Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens,
- Bestimmung(en) der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut (Oxymetrie),
- Spirographische Untersuchung(en) mit Darstellung der Flussvolumenkurve und in- und exspiratorischer Messung,
- Druckmessung an der Lunge mittels Po I und Pmax und grafische Registrierung,
- Bestimmung des Atemwegswiderstandes (Resistance) mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode und fortlaufender graphischer Registrierung bei Kindern ab dem 7. Lebensjahr, Jugendlichen und Erwachsenen,
- Bestimmung von Hämoglobin(en) (z. B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Geräts,
- Bestimmungen der Blutgase und des Säure-Basen-Status (Blutgasanalyse) in Ruhe und/oder physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 13650 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Bestimmung von Hämoglobin(en) (z. B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Geräts verfügt.

Die Gebührenordnungsposition 13650 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13290, 13340 bis 13342, 13390 bis 13392, 13400, 13402, 13421 bis 13423, 13435, 13490 bis 13492, 13540 bis 13542, 13590 bis 13592, 13651 bis 13657, 13659, 13660, 13690 bis 13692 und 34283 berechnungsfähig.

1 x im Behandlungsfall

13651

Zusatzpauschale Behandlung und Betreuung eines Patienten mit Asthma bronchiale

Obligater Leistungsinhalt

- Ganzkörperplethysmographische Lungenfunktionsdiagnostik mit Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens und grafischer Registrierung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Applikation von broncholytisch wirksamen Sybstanzen,
- unspezifischer bronchialer Provokationstest mit quantitativem inhalativem Mehrstufentest unter kontinuierlicher Registrierung der Druckflusskurve,
- Dokumentation der Ergebnisse entsprechend der Diagnosekriterien Asthma bronchiale der Anlage 9 der 13.RSAV-ÄndV, 1.2.2,
- Allergiediagnostik (Nr. 30111),
- Rhinomanometrische Funktionsprüfung(en),
- Allergologische Provokationstestung(en) (Nrn. 30120, 30122),
- Bestimmung(en) der Diffusionskapazität in Ruhe und/oder unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung,
- Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens,
- Bestimmung(en) der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut (Oxymetrie),
- Spirographische Untersuchung(en) mit Darstellung der Flussvolumenkurve und in- und exspiratorischer Messung,
- Druckmessung an der Lunge mittels Po I und Pmax und grafische Registrierung,
- Bestimmung des Atemwegswiderstandes (Resistance) mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode und fortlaufender graphischer Registrierung bei Kindern ab dem 7. Lebensjahr, Jugendlichen und Erwachsenen,
- Bestimmung von Hämoglobin(en) (z. B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Geräts,
- Bestimmungen der Blutgase und des Säure-Basen-Status (Blutgasanalyse) in Ruhe und/oder physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 13651 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Bestimmung von Hämoglobin(en) (z. B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Geräts verfügt.

Die Gebührenordnungsposition 13651 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13290, 13340 bis 13342, 13390 bis 13392, 13400, 13402, 13421 bis 13423, 13435, 13490 bis 13492, 13540 bis 13542, 13590 bis 13592, 13650, 13652 bis 13657, 13659, 13660, 13690 bis 13692 und 34283 berechnungsfähig.

13652

Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Abklärung sowie ggf. Behandlung eines Patienten mit COPD

1 x im Krankheitsfall

Obligater Leistungsinhalt

- Ganzkörperplethysmographische Lungenfunktionsdiagnostik mit Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens und grafischer Registrierung und Applikation von broncholytisch wirksamen Sybstanzen im Zusammenhang mit der ganzkörperplethysmographischen Lungenfunktionsdiagnostik

und/oder

- Unspezifischer bronchialer Provokationstest mit quantitativem inhalativem Mehrstufentest unter kontinuierlicher Registrierung der Druckflusskurve,
- Dokumentation der Ergebnisse entsprechend der Diagnosekriterien COPD der Anlage 11 der 12.RSAV-ÄndV, 1.2.2 und Dokumentation des Schweregrades nach gültigem ICD-10-GM

Fakultativer Leistungsinhalt

- Allergiediagnostik (Nr. 30111),
- Rhinomanometrische Funktionsprüfung(en),
- Allergologische Provokationstestung(en) (Nrn. 30120, 30122),
- Bestimmung(en) der Diffusionskapazität in Ruhe und/oder unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung,
- Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens,
- Bestimmung(en) der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut (Oxymetrie),
- Spirographische Untersuchung(en) mit Darstellung der Flussvolumenkurve und in- und exspiratorischer Messung,
- Druckmessung an der Lunge mittels Po I und Pmax und grafische Registrierung,
- Bestimmung des Atemwegswiderstandes (Resistance) mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode und fortlaufender graphischer Registrierung bei Kindern ab dem 7. Lebensjahr, Jugendlichen und Erwachsenen,
- Bestimmung von Hämoglobin(en) (z. B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie

bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Geräts,
- Bestimmungen der Blutgase und des Säure-Basen-Status (Blutgasanalyse) in Ruhe und/oder physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 13652 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Bestimmung von Hämoglobin(en) (z. B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Geräts verfügt.

Die Gebührenordnungsposition 13652 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13290, 13340 bis 13342, 13390 bis 13392, 13400, 13402, 13421 bis 13423, 13435, 13490 bis 13492, 13540 bis 13542, 13590 bis 13592, 13650, 13651, 13653 bis 13657, 13659, 13660, 13690 bis 13692 und 34283 berechnungsfähig.

1 x im Behandlungsfall

13653

Zusatzpauschale Behandlung und Betreuung eines Patienten mit COPD

Obligater Leistungsinhalt

- Ganzkörperplethysmographische Lungenfunktionsdiagnostik mit Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens und grafischer Registrierung
- Dokumentation des Schweregrades nach gültigem ICD 10

Fakultativer Leistungsinhalt

- Applikation von broncholytisch wirksamen Sybstanzen,
- Bestimmung(en) der Diffusionskapazität in Ruhe und/oder unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung,
- Allergiediagnostik (gem. Nr. 30111 EBM),
- Rhinomanometrische Funktionsprüfung(en),
- Dokumentation der Ergebnisse entsprechend der Diagnosekriterien COPD der Anlage 11 der 12.RSAV-ÄndV, 1.2.2,
- Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens,
- Bestimmung(en) der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut (Oxymetrie),
- Spirographische Untersuchung(en) mit Darstellung der Flussvolumenkurve und in- und exspiratorischer Messung,
- Druckmessung an der Lunge mittels Po I und Pmax und grafische Registrierung,
- Bestimmung des Atemwegswiderstandes (Resistance) mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode und fortlaufender graphischer Registrierung bei Kindern ab dem 7. Lebensjahr, Jugendlichen und Erwachsenen,
- Bestimmung von Hämoglobin(en) (z. B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie

bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Geräts,
- Bestimmungen der Blutgase und des Säure-Basen-Status (Blutgasanalyse) in Ruhe und/oder physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 13653 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Bestimmung von Hämoglobin(en) (z. B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Geräts verfügt.

Die Gebührenordnungsposition 13653 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13290, 13340 bis 13342, 13390 bis 13392, 13400, 13402, 13421 bis 13423, 13435, 13490 bis 13492, 13540 bis 13542, 13590 bis 13592, 13650 bis 13652, 13654 bis 13657, 13659, 13660, 13690 bis 13692 und 34283 berechnungsfähig.

13654

Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Abklärung sowie ggf.Behandlung eines Patienten mit einer restriktiven Lungenerkrankung (TLC<80%) oder einer Lungenerkrankung aus dem interstitiellen Formenkreis

1 x im Krankheitsfall

Obligater Leistungsinhalt

- Ganzkörperplethysmographische Lungenfunktionsdiagnostik mit Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens und grafischer Registrierung

und
- Bestimmungen der Blutgase und des Säure-Basen-Status in Ruhe und/oder physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung,

und/oder
- Bestimmung(en) der Diffusionskapazität in Ruhe und/oder unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Druckmessung an der Lunge mittels Po I und Pmax und grafische Registrierung,
- Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens,
- Bestimmung(en) der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut (Oxymetrie),
- Spirographische Untersuchung(en) mit Darstellung der Flussvolumenkurve und in- und exspiratorischer Messung,
- Bestimmung des Atemwegswiderstandes (Resistance) mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode und fortlaufender graphischer Registrierung bei Kindern ab dem 7. Lebensjahr, Jugendlichen und Erwachsenen,
- Bestimmung von Hämoglobin(en) (z. B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Geräts

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 13654 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Bestimmung von Hämoglobin(en) (z. B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Geräts verfügt.

Die Gebührenordnungsposition 13654 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13290, 13340 bis 13342, 13390 bis 13392, 13400, 13402, 13421 bis 13423, 13435, 13490 bis 13492, 13540 bis 13542, 13590 bis 13592, 13650 bis 13653, 13655 bis 13657, 13659, 13660, 13690 bis 13692 und 34283 berechnungsfähig.

1 x im Behandlungsfall

13655

Zusatzpauschale Behandlung und Betreuung eines Patienten mit einer restriktiven Lungenerkrankung (TLC<80%) oder einer Lungenerkrankung aus dem interstitiellen Formenkreis

Obligater Leistungsinhalt

- Ganzkörperplethysmographische Lungenfunktionsdiagnostik mit Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens und grafischer Registrierung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestimmungen der Blutgase und des Säure-Basen-Status in Ruhe und physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung,
- Bestimmung(en) der Diffusionskapazität in Ruhe und/oder unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung,
- Druckmessung an der Lunge mittels Po I und Pmax und grafische Registrierung,
- Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens,
- Bestimmung(en) der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut (Oxymetrie),
- Spirographische Untersuchung(en) mit Darstellung der Flussvolumenkurve und in- und exspiratorischer Messung,
- Bestimmung des Atemwegswiderstandes (Resistance) mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode und fortlaufender graphischer Registrierung bei Kindern ab dem 7. Lebensjahr, Jugendlichen und Erwachsenen,
- Bestimmung von Hämoglobin(en) (z. B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Geräts

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 13655 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Bestimmung von Hämoglobin(en) (z. B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Geräts verfügt.

Die Gebührenordnungsposition 13655 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13290, 13340 bis 13342, 13390 bis 13392, 13400, 13402, 13421 bis 13423, 13435, 13490 bis 13492, 13540 bis 13542, 13590 bis 13592, 13650 bis 13654, 13656, 13657, 13659, 13660, 13690 bis 13692 und 34283 berechnungsfähig.

13656

Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Abklärung sowie ggf.Behandlung eines Patienten mit einer schlafbezogenen Atmungsstörung

1 x im Krankheitsfall

Obligater Leistungsinhalt

- Polygraphie(en) (Nr. 30900),
- Epworth Sleepiness Scale

Fakultativer Leistungsinhalt

- Rhinomanometrische Funktionsprüfung(en),
- Ganzkörperplethysmographische Lungenfunktionsdiagnostik mit Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens und grafischer Registrierung und Applikation von bronchol-ytisch wirksamen Sybstanzen im Zusammenhang mit der ganzkörperplethysmographischen Lungenfunktionsdiagnostik,
- Unspezifischer bronchialer Provokationstest mit quantitativem inhalativem Mehrstufentest unter kontinuierlicher Registrierung der Druckflusskurve,
- Bestimmung(en) der Diffusionskapazität in Ruhe und/oder unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung,
- Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens,
- Bestimmung(en) der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut (Oxymetrie),
- Spirographische Untersuchung(en) mit Darstellung der Flussvolumenkurve und in- und exspiratorischer Messung,
- Druckmessung an der Lunge mittels Po I und Pmax und grafische Registrierung,
- Bestimmung des Atemwegswiderstandes (Resistance) mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode und fortlaufender graphischer Registrierung bei Kindern ab dem 7. Lebensjahr, Jugendlichen und Erwachsenen,
- Bestimmung von Hämoglobin(en) (z. B.Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Geräts,
- Bestimmungen der Blutgase und des Säure-Basen-Status (Blutgasanalyse) in Ruhe und/oder physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 13656 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Bestimmung von Hämoglobin(en) (z. B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Geräts verfügt.

Die Gebührenordnungsposition 13656 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13290, 13340 bis 13342, 13390 bis 13392, 13400, 13402, 13421 bis 13423, 13435, 13490 bis 13492, 13540 bis 13542, 13590 bis 13592, 13650 bis 13655, 13657, 13659, 13660, 13690 bis 13692 und 34283 berechnungsfähig.

1 x im Behandlungsfall

13657

Zusatzpauschale Behandlung und Betreuung eines Patienten mit einer schlafbezogenen Atmungsstörung

Obligater Leistungsinhalt

- Polygraphie(en) (Nr. 30900),
- Epworth Sleepiness Scale

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung, Geräteeinweisung, ggf. Funktionsprüfung bei Patienten, die dauerhaft auf maschinelle Atemhilfe angewiesen sind,
- Funktionsüberprüfung des Gerätes, einschließlich manometrische Funktionskompliance,
- Erfassung, Kontrolle und Dokumentation der Gerätekompliance,
- Rhinomanometrische Funktionsprüfung(en),
- Ganzkörperplethysmographische Lungenfunktionsdiagnostik mit Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens und grafischer Registrierung und Applikation von broncholytisch wirksamen Sybstanzen im Zusammenhang mit der ganzkörperplethysmographischen Lungenfunktionsdiagnostik,
- Unspezifischer bronchialer Provokationstest mit quantitativem inhalativem Mehrstufentest unter kontinuierlicher Registrierung der Druckflusskurve,
- Bestimmung(en) der Diffusionskapazität in Ruhe und/oder unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung,
- Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens,
- Bestimmung(en) der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut (Oxymetrie),
- Spirographische Untersuchung(en) mit Darstellung der Flussvolumenkurve und in- und exspiratorischer Messung,
- Druckmessung an der Lunge mittels Po I und Pmax und grafische Registrierung,
- Bestimmung des Atemwegswiderstandes (Resistance) mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode und fortlaufender graphischer Registrierung bei Kindern ab dem 7. Lebensjahr, Jugendlichen und Erwachsenen,
- Bestimmung von Hämoglobin(en) (z. B.
  Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Geräts,
- Bestimmungen der Blutgase und des Säure-Basen-Status (Blutgasanalyse) in Ruhe und/oder physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 13657 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Bestimmung von Hämoglobin(en) (z. B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Geräts verfügt.

Die Gebührenordnungsposition 13657 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13290, 13340 bis 13342, 13390 bis 13392, 13400, 13402, 13421 bis 13423, 13435, 13490 bis 13492, 13540 bis 13542, 13590 bis 13592, 13650 bis 13656, 13659, 13660, 13690 bis 13692 und 34283 berechnungsfähig.

13658

Zuschlag für die Behandlung, Kontrolle und Betreuung eines Patienten unter einer apparativen Therapie bei einer Atemstörung (STKO)

Obligater Leistungsinhalt

- Messung des Maskendrucks,
- Verlaufsdokumentation

Fakultativer Leistungsinhalt

- Auslesen des Beatmungszählers,
- Kontrolle des Gerätes,
- Dichtigkeitsprüfung,
- Einwesung des Gerätegebrauchs

Die Gebührenordnungsposition 13658 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13290, 13340 bis 13342, 13390 bis 13392, 13400, 13402, 13421 bis 13423, 13435, 13490 bis 13492, 13540 bis 13542, 13590 bis 13592, 13670 bis 13673, 13675, 13676, 13690 bis 13692 und 34283 berechnungsfähig.

1 x im Krank-heitsfall

13659

Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Abklärung sowie ggf.Behandlung eines Patienten mit einer unter den Gebührenordnungspositionen 13650 bis 13657 nicht aufgeführten Lungenerkrankung

Obligater Leistungsinhalt

- Diagnostik und/oder Abklärung sowie ggf. Behandlung eines Patienten mit einer unter den Gebührenordnungspositionen 13650 bis 13657 nicht aufgeführten Lungenerkrankung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ganzkörperplethysmographische Lungenfunktionsdiagnostik mit Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens und grafischer Registrierung und Applikation von broncholytisch wirksamen Sybstanzen im Zusammenhang mit der ganzkörperplethysmographischen Lungenfunktionsdiagnostik,
- Bestimmung(en) der Diffusionskapazität in Ruhe und/oder unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung,
- Allergiediagnostik (Nr. 30111)
- Rhinomanometrische Funktionsprüfung(en),
- Allergologische Provokationstestung(en) (Nrn. 30120, 30122),
- Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens,
- Bestimmung(en) der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut (Oxymetrie),
- Unspezifischer bronchialer Provokationstest mit quantitativem inhalativem Mehrstufentest unter kontinuierlicher Registrierung der Druckflusskurve,
- Spirographische Untersuchung(en) mit Darstellung der Flussvolumenkurve und in- und exspiratorischer Messung,
- Druckmessung an der Lunge mittels PO I und Pmax und grafische Registrierung,
- Bestimmung des Atemwegswiderstandes (Resistance) mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode und fortlaufender graphischer Registrierung bei Kindern ab dem 7. Lebensjahr, Jugendlichen und Erwachsenen,
- Bestimmung von Hämoglobin(en) (z. B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Geräts,
- Bestimmungen der Blutgase und des Säure-Basen-Status (Blutgasanalyse) in Ruhe und/oder physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 13659 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Bestimmung von Hämoglobin(en) (z. B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Geräts verfügt.

Die Gebührenordnungsposition 13659 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13290, 13340 bis 13342, 13390 bis 13392, 13400, 13402, 13421 bis 13423, 13435, 13490 bis 13492, 13540 bis 13542, 13590 bis 13592, 13650 bis 13657, 13660, 13690 bis 13692 und 34283 berechnungsfähig.

13660

Zusatzpauschale Behandlung und Betreuung eines Patienten mit einer unter den Gebührenordnungspositionen 13650 bis 13657 nicht aufgeführten Lungenerkrankung

1 x im Behandlungsfall

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung und Betreuung eines Patienten mit einer unter den Gebührenordnungspositionen 13650 bis 13657 nicht aufgeführten Lungenerkrankung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ganzkörperplethysmographische Lungenfunktionsdiagnostik mit Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens und grafischer Registrierung und Applikation von bronchol-ytisch wirksamen Sybstanzen im Zusammenhang mit der ganzkörperplethysmographischen Lungenfunktionsdiagnostik,
- Bestimmung(en) der Diffusionskapazität in Ruhe und/oder unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung,
- Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens,
- Allergiediagnostik (Nr. 30111),
- Rhinomanometrische Funktionsprüfung(en),
- Allergologische Provokationstestung(en) (Nrn. 30120, 30122),
- Bestimmung(en) der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut (Oxymetrie),
- Spirographische Untersuchung(en) mit Darstellung der Flussvolumenkurve und in- und exspiratorischer Messung,
- Druckmessung an der Lunge mittels Po I und Pmax und grafische Registrierung,
- Bestimmung des Atemwegswiderstandes (Resistance) mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode und fortlaufender graphischer Registrierung bei Kindern ab dem 7. Lebensjahr, Jugendlichen und Erwachsenen,
- Bestimmung von Hämoglobin(en) (z. B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Geräts,
- Bestimmungen der Blutgase und des Säure-Basen-Status (Blutgasanalyse) in Ruhe und/oder physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 13660 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Bestimmung von Hämoglobin(en) (z. B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Geräts verfügt.

Die Gebührenordnungsposition 13660 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13290, 13340 bis 13342, 13390 bis 13392, 13400, 13402, 13421 bis 13423, 13435, 13490 bis 13492, 13540 bis 13542, 13590 bis 13592, 13650 bis 13657, 13659, 13670 bis 13673, 13675, 13676, 13690 bis 13692 und 34283 berechnungsfähig.

1 x im Behand-lungsfall

13661

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13650 bis 13657 oder 13659, 13660 für die Behandlung eines Patienten, der innerhalb eines Behandlungsfalls die Praxis aufgrund der Schwere seines Krankheitsbildes zum zweiten Mal oder öfter aufsucht

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung eines Patienten mit arteriellem Sauerstoffdruck von kleiner/gleich 55 TORR und/oder laufender Langzeitsauerstofftherapie und/oder schwerer Obstruktion (Sraw < 250% Soll),
- Arterielle Blutgasanalyse

und/oder

- Ganzkörperplethysmographische Lungenfunktionsdiagnostik mit Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens und grafischer Registrierung und Applikation von bronchol-ytisch wirksamen Sybstanzen im Zusammenhang mit der ganzkörperplethysmographischen Lungenfunktionsdiagnostik

Fakultativer Leistungsinhalt

- Titration des notwendigen Sauerstoffflows über die Nasensonde bei LOT, ggf. unter Belastung,
- Testung unterschiedlicher Applikationssysteme (Demand-Systeme) bei LOT,
- Indikationsprüfung Beatmungstherapie

Die Gebührenordnungsposition 13661 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13290, 13340 bis 13342, 13390 bis 13392, 13400, 13402, 13421 bis 13423, 13435, 13490 bis 13492, 13540 bis 13542, 13590 bis 13592, 13690 bis 13692 und 34283 berechnungsfähig.

1 x im Behand-lungsfall

13663

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13650 bis 13657 für die Behandlung eines Patienten, mit mindestens einer weiteren chronischen Lungenerkrankung (COPD, Asthma bronchiale, Lungenerkrankung des interstitiellen Formenkreises,Tuberkulose, bösartige Lungenerkrankung oder schlafbezogene Atmungsstörung (als weitere Diagnose))

Die Gebührenordnungsposition 13663 kann nicht bei Patienten abgerechnet werden, bei denen nur die Kombination von Asthma bronchiale und COPD vorliegt.

Die Gebührenordnungsposition 13663 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebühren-

ordnungspositionen 13210 bis 13212, 13290, 13340 bis 13342, 13390 bis 13392, 13435, 13490 bis 13492, 13540 bis 13542, 13590 bis 13592, 13665, 13670 bis 13673, 13675, 13676, 13690 bis 13692 und 34283 berechnungsfähig.

13665

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen nach den Nrn. 13650 bis 13653 für die Untersuchung, Betreuung und Behandlung eines Patienten mit akuter Exazerbation, eines Asthma bronchiale, COPD

1 x im Behand-lungsfall

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung eines Patienten bei starker, akuter Einschränkung der Lungenfunktion (FEV1: mind. 10% Rückgang und/oder Raw: mind. 100% Zunahme und/oder PEF: Rückgang um mind. 20% des persönlichen Bestwertes),
- Bestimmung(en) der Blutgase und des Säurebasenstatus,
- Überprüfung und ggf. Anpassung der Medikation

Fakultativer Leistungsinhalt

- Akute Sauerstoffbehandlung,
- Infusionsbehandlung

Bei der Bestimmung der Verschlechterung der Lungenfunktion darf die Voruntersuchung nicht länger als 12 Monate zurückliegen.

Die Gebührenordnungsposition 13665 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 und 02101 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 13665 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13290, 13340 bis 13342, 13390 bis 13392, 13435, 13490 bis 13492, 13540 bis 13542, 13590 bis 13592, 13663, 13670 bis 13673, 13675, 13676, 13690 bis 13692 und 34283 berechnungsfähig.

13670 Ergospirometrische Untersuchung

Obligater Leistungsinhalt

- Ergospirometrische Untersuchung in Ruhe und unter physikalisch definierter Belastung und reproduzierbarer Belastungsstufe,
- Gleichzeitige obligatorische Untersuchung der Atemgase, Ventilationsparameter und der Herz-Kreislauf-Parameter,
- Monitoring,
- Dokumentation mittels „9-Felder-Graphik“

Die Gebührenordnungsposition 13670 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04419,04534 und 13560 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 13670 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13290, 13340 bis 13342, 13390 bis 13392, 13400, 13402, 13421 bis 13423, 13435, 13490 bis 13492, 13540 bis 13542, 13590 bis 13592, 13690 bis 13692 und 34283 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.3.7.1 berechnungsfähig.

13671 Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse

Obligater Leistungsinhalt

- Bestimmung des Säurebasenhaushalts und des Gasdrucks im Blut (Blutgasanalyse)
  - in Ruhe

und/oder

  - unter definierter und reproduzierbarer Belastung

und/oder

  - unter Sauerstoffinsufflation

Die Gebührenordnungsposition 13671 ist nur im Rahmen einer in Art und Umfang definierten Überweisung (Definitionsauftrag) berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 13671 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04536 und 36884 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 13671 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04530, 13210 bis 13212, 13290, 13340 bis 13342, 13390 bis 13392, 13400, 13402, 13421 bis 13423, 13435, 13490 bis 13492, 13540 bis 13542, 13590 bis 13592, 13690 bis 13692 und 34283 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.3.7.1 berechnungsfähig.

13672 Bronchoskopie

Obligater Leistungsinhalt

- Bronchoskopie,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Oberflächenanästhesie,
- Überwachung der Vitalparameter und der Sauerstoffsättigung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung,
- Probeexzision(en),
- Probepunktion(en)

Die Gebührenordnungsposition 13672 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 09315 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 13672 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13290, 13340 bis 13342, 13390 bis 13392, 13400, 13402, 13421 bis 13423, 13435, 13490 bis 13492, 13540 bis 13542, 13590 bis 13592, 13690 bis 13692 und 34283 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.3.7.1 berechnungsfähig.

13673

Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13672 für

- Fremdkörperentfernung

und/oder

- Blutstillung

und/oder

- Perbronchiale Biopsie

und/oder

- Sondierung von peripheren Rundherden

und/oder

- Broncho-alveoläre Lavage

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gebührenordnungsposition 34240 und/oder 34241

Die Gebührenordnungsposition 13673 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 09316 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 13673 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13290, 13340 bis 13342, 13390 bis 13392, 13400, 13402, 13421 bis 13423, 13435, 13490 bis 13492, 13540 bis 13542, 13590 bis 13592, 13690 bis 13692 und 34283 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.3.7.1 berechnungsfähig.

13674

Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13672

Obligater Leistungsinhalt

- Laservaporisation(en) und/oder Argon-Plasma-Koagulation(en)

Die Gebührenordnungsposition 13674 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13290, 13340 bis 13342, 13390 bis 13392, 13400, 13402, 13421 bis 13423, 13435, 13490 bis 13492, 13540 bis 13542, 13590 bis 13592, 13670 bis 13673, 13675, 13676, 13690 bis 13692 und 34283 berechnungsfähig.

13675 Thorakoskopie

Obligater Leistungsinhalt

- Endoskopische Untersuchung des Pleuraraums,
- Gewebeentnahme aus der Pleura bzw. Lunge,
- Einbringen der Drainage,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Überwachung der Vitalparameter und der Sauerstoffsättigung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung,
- Medikamentöse Pleurodese,
- Probepunktion(en)

Die Gebührenordnungsposition 13675 ist nur von Fachärzten für Innere Medizin berechnungsfähig, die die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V erfüllen.

Die Gebührenordnungsposition 13675 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13290, 13340 bis 13342, 13390 bis 13392, 13400, 13402, 13421 bis 13423, 13435, 13490 bis 13492, 13540 bis 13542, 13590 bis 13592, 13690 bis 13692 und 34283 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.3.7.1 berechnungsfähig.

13676 Bodyplethysmographie

Obligater Leistungsinhalt

- Ganzkörperplethasmographische Lungenfunktionsdiagnostik mit grafischer(-en) Registrierung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestimmung des Atemwegswiderstandes (Resistance) mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode und fortlaufender grafischer Registrierung bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr

und/oder

- Bestimmung(en) der Diffusionskapazität in Ruhe und/oder unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung

und/oder

- Bestimmung(en) der Lungendehnbarkeit (Compliance) mittels Ösophaguskatheter,
- Bestimmung(en) des intrathorakalen Gasvolumens,
- Applikation(en) von broncholytisch wirksamen Substanzen,
- Bestimmung(en) der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut (Oxymetrie),
- Spirographische Untersuchung(en) mit Darstellung der Flussvolumenkurve und in- und exspiratorischer Messung,
- Druckmessung an der Lunge mittels Po I und Pmax und grafischer Registrierung,
- Bestimmung des Atemwegswiderstandes (Resistance) mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode und fortlaufender graphischer Registrierung bei Kindern ab dem 7. Lebensjahr, Jugendlichen und Erwachsenen,
- Bestimmung von Hämoglobin(en) (z. B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Geräts,
- Bestimmung(en) des Residualvolumens mittels Fremdgasmethode

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 13676 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Bestimmung von Hämoglobin(en) (z. B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Geräts verfügt.

Die Gebührenordnungsposition 13676 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 36881 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 13676 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13290, 13340 bis 13342, 13390 bis 13392, 13400, 13402, 13421 bis 13423, 13435, 13490 bis 13492, 13540 bis 13542, 13590 bis 13592, 13690 bis 13692 und 34283 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.3.7.1 berechnungsfähig.

Interview mit Dr. A. Hellmann

„Es wurde erneut eine Chance vergeben“

Ein Interview mit dem Vorstandsvorsitzenden des BdP, Dr. Andreas Hellmann, über die Bedeutung von QUELL für Ärzte, Patienten und das Gesundheitssystem als Ganzes

Dr. Andreas Hellmann, BdP-Vorstandsvorsitzender

Sehr geehrter Herr Dr. Hellmann, seit zehn Jahren existiert der Vorschlag des Berufsverbands zur Einführung einer „Qualitätsgesicherten einheitlichen Liquidationsordnung für Lungenärzte“ (QUELL). Warum hat es diesmal wieder nicht geklappt?

Wir haben es nicht geschafft, die Krankenkassen von dem überlegenen Konzept unserer Gebührenordnung zu überzeugen. In den Verhandlungen hatte man den Eindruck, dass die Kassen einfach alles ablehnen, was sie nicht kennen.

Die offizielle Begründung war, dass die Daten nicht ausreichen, um die Bewertungen zu berechnen.

Wie geht es jetzt weiter?

Wir werden nicht aufgeben! Jetzt werden wir die Kassen und die Politik intensiv angehen und sie auf QUELL einstimmen. 2011 muss so etwas kommen, das Gesetz zwingt die Selbstverwaltung dazu. Warum die Kassen jetzt einen Testlauf ablehnen, wo wir das Risiko hätten tragen müssen, verstehe ich auch nicht ganz.

Auch die KBV will QUELL weiter mit uns vorantreiben.

Haben denn die Pneumologen im Gegenzug etwas anderes bekommen?

Leider nicht! Aber alle Fachärzte haben profitiert. Die von den Kassen angestrebte dreißigprozentige Abwertung der Gesprächsleistungen in den Grundpauschalen wurde für die Rücknahme von QUELL nicht weiterverfolgt. So haben wir wenigstens etwas erreicht, leider nicht gerade eine Innovation für Versorgungsverbesserung.

Was macht QUELL so innovativ?

QUELL wäre eine völlig neue Welt. Honoraranspruch entsteht erst nach einer gesicherten Diagnose, der Weg zur Diagnose ist nicht mehr honorarrelevant, nur das Ergebnis zählt. Die entscheidende Änderung wäre aber die Vergütungsunterscheidung zwischen „ALT“ und „NEU“ Patienten. Damit würden endlich die Praxen gefördert, die Pneumologie als kooperatives arbeitsteiliges Konzept verstehen, die Kontrollen auf das notwendige Maß zu beschränken.

Davon würden die Patienten, die zuweisenden Hausärzte und die Pneumologen selbst profitieren.

Klingt gut, aber hätten auch die Pneumologen etwas davon gehabt?

QUELL ist „qualitätsinhärent“. Wer leitliniengerecht und transparent sein Handeln innerhalb der Gebührenordnung dokumentiert, wer Diagnosen leitliniengerecht erhebt, wer Leistungen dokumentiert, der wird belohnt. Damit unterstreichen wir unseren Anspruch auf eine hochwertige und technikbasierte Medizin. QUELL zeichnet die üblichen Arbeitsabläufe einer pneumologischen Patientenbehandlung der Leitlinie folgend nach, QUELL ist somit intuitiv zu erfassen.

Was bedeutet das jetzt für die Patienten?

Die Patienten müssen jetzt auf ein System warten, das ihre Interessen auf eine bestmögliche Versorgung mit den Interessen des Arztes auf eine angemessene Vergütung deckungsgleich machen. Denn mit QUELL würde das Ergebnis honorarrelevant und nicht der Weg dorthin. Damit könntenden Patient überflüssige Untersuchungen erspart werden, dem Arzt überflüssige Kosten.

... für die Krankenkassen?

Die Krankenkassen bekämen für ihre Versicherten pneumologische Diagnostik und Behandlung auf wissenschaftlichem und nachvollziehbarem Niveau. Die Diagnostik greift auf die Kriterien der RSAV zurück und ermöglicht damit eine unkomplizierte Einschleusung in ein Disease Management Programm.

... für das Gesundheitssystem als Ganzes?

QUELL ermöglicht durch die diagnosebezogene Transparenz den Zugriff für Versorgungsforschung. Ich sehe in der wissenschaftlichen Aufarbeitung unserer Arbeit eine Art Lebensversicherung für die ambulante Pneumologie. Mittel im Gesundheitssystem werden effektiv und rationell, wie es die Morbidität erfordert, ausgegeben.

Wie kam es 1997 eigentlich zur Entwicklung des Modells und warum wurde QUELL jetzt wieder aktuell?

Eigentlich bestehen schon seit den neunziger Jahren die gleichen Probleme, wie heute: wir Ärzte haben Probleme, unseren Honoraranspruch in einem budgetierten System zu begründen. Auf der einen Seite stehen Politik und Krankenkassen, die die Meinung vertreten, dass genügend Geld im System vorhanden sei, auf der anderen Seite die Leistungserbringer, die sich chronisch unterfinanziert sehen.

Unsere Antwort war damals wie heute: Transparenz, Leitlinienbezug, Indikationsbezug.

Was passiert jetzt, da QUELL nicht als EBM 2008 umgesetzt wird?

Es wird eine Weiterentwicklung der bekannten Komplexe in der Systematik der Bewertungen der anderen Fachgruppen geben, es wird einen Grundkomplex für die Betreuungs- und Gesprächsleistungen geben, die Einzelleistungen werden bleiben. Und es wurde erneut eine Chance vergeben.

Ergebnisse der TORCH-Studie

Indikationserweiterung der Fixkombination aus Salmeterol/Fluticasonpropionat bei COPD

GlaxoSmithKline (GSK) hat die Zulassung für die Anwendung der Fixkombination Salmeterol/Fluticasonpropionat bei Patienten mit mittel- bis schwergradiger COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) erhalten. Diese Indikationserweiterung ist die Folge einer Überprüfung der Daten aus der TORCH-Studie durch die europäischen Zulassungsbehörden.

Das Präparat ist jetzt für die Behandlung von Patienten mit COPD indiziert, die ein forciertes exspiratorisches Volumen in einer Sekunde (FEV1) < 60 % des Normwertes (vor Anwendung einer bronchienerweiternden Medikation) und wiederholt aufgetretenen Exazerbationen haben und trotz regelmäßiger bronchienerweiternder Therapie signifikante Symptome aufweisen. FEV1 ist ein Parameter zur Messung der Lungenfunktion von COPD-Patienten. Damit ist die Fixkombination Salmeterol/Fluticason die einzige, die bei mittelgradiger COPD (FEV1 < 60%) zugelassen ist.

Vor der Indikationserweiterung war die Fixkombination Viani® forte Diskus® aus Salmeterol und Fluticasonpropionat nur bei Patienten mit schwergradiger COPD zugelassen. COPD-Patienten können nun von einer früheren Anwendung der Fixkombination im Erkrankungsverlauf hinsichtlich Lebensqualität und Lungenfunktion profitieren, bevor sie ein schwereres Krankheitsstadium erreichen.

Die Zulassungserweiterung wurde nach sorgfältiger Prüfung der Ergebnisse der richtungsweisenden TORCH-Studie (TOwards a Revolution in COPD Health) genehmigt, der größten prospektiven, randomisierten, placebokontrollierten Pharmakotherapiestudie, die je bei COPD durchgeführt worden war. Die TORCH-Studie zeigte unter der Fixkombination Salmeterol/Fluticason im Vergleich zu Placebo eine relative Reduktion des Risikos, innerhalb der dreijährigen Studiendauer zu versterben, um 17,5 % (p=0,052).

In der Studie ergaben sich weitere positive Ergebnisse hinsichtlich anderer klinischer Endpunkte: So konnte unter der Fixkombination die Exazerbationsrate im Vergleich zu Placebo um 25 % gesenkt werden (p < 0,001). Der typische COPD-Patient erfährt mit der Zeit eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes. Die Patienten, die in der TORCH-Studie die Fixkombination aus Salmeterol und Fluticasonpropionat erhielten, zeigten im Verlauf der drei Jahre eine Besserung ihres Gesundheitszustandes, der am Ende der Studie sogar über dem Ausgangsniveau lag.

Die aktualisierte Fachinformation wird auch zusätzliche Hinweise für Ärzte hinsichtlich möglicher unerwünschter Wirkungen wie Infektionen der oberen Atemwege und erhöhtem Risiko von Infektionen der unteren Atemwege einschließlich Pneumonien enthalten.

Die Änderung der Zulassung für Viani® forte Diskus® wurde von den beteiligten europäischen Regulierungsbehörden am 5. Juli 2007 genehmigt und tritt in Deutschland nach Aktualisierung der nationalen Produkt- und Patienteninformationen Mitte September 2007 in Kraft.

Neue Studienergebnisse vom ERS-Kongress

Fixkombination aus Salmeterol/Fluticasonpropionat kann den Gesundheitszustand von COPD-Patienten anhaltend bessern

Neue Ergebnisse[1,2] der wegweisenden TORCH-Studie (TOwards a Revolution in COPD Health),[3] die auf dem Kongress der European Respiratory Society, kurz ERS (15.-19. September 2007) in Stockholm, Schweden, vorgestellt wurden, unterstreichen den therapeutischen Nutzen der Fixkombination aus Salmeterol/Fluticasonpropionat (Viani®). Dieser besteht in einer anhaltenden Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und einer Senkung der Häufigkeit von Exazerbationen bei Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenkrankheit (COPD). Und wie die neuen Daten zeigen, profitieren auch Patienten, die bislang keine Exazerbationen vor Aufnahme in diese Studie aufgewiesen haben.

Salmeterol/Fluticasonpropionat (SFC) wirkte sich im Vergleich zu Placebo während der gesamten dreijährigen Dauer der TORCH-Studie anhaltend positiv auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Probanden aus. Dies galt für alle Parameter (Symptome, Aktivität und sonstige Beeinträchtigunen), die im St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ),[1] einem validierten Fragebogen zur Beurteilung der Auswirkungen von Atemwegserkrankungen auf den allgemeinen Gesundheitszustand, den Alltag und das subjektive Wohlbefinden, evaluiert wurden.[4] Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse der dreijährigen TORCH-Studie, dass auch die Patienten hinsichtlich Senkung der Exazerbationsrate profitierten, die bislang vor der Studie keine Exazerbationen (plötzliche Verschlechterung der Symptomatik) aufgewiesen hatten, wenn sie mit SFC behandelt wurden; Exazerbationen sind ein Bestandteil dieser progredient verlaufenden Erkrankung und wiederum Risikofaktor für das erneute Auftreten von Exazerbationen.[2]

Professor Paul Jones, Pneumologe am St George's Hospital in London, Großbritannien, kommentierte die Ergebnisse folgendermaßen: „Diese Daten unterstreichen erneut die echten klinischen Vorteile der SFC-Therapie bei COPD. Bei dieser progredient verlaufenden Krankheit leidet die Lebensqualität der Patienten während und in Folge jeder Exazerbation. Durch die Senkung der Exazerbationshäufigkeit, wie sie in der TORCH-Studie durch die Behandlung mit SFC erzielt werden konnte, können die Patienten eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands verhindern und ihre Lebensqualität verbessern. Wie die Studie bestätigt, ist es besonders wichtig, die Rate der COPD-Exazerbationen zu reduzieren, weil sie zur Progredienz der Erkrankung beitragen, die Verschlechterung der Lungenfunktion und der Lebensqualität beschleunigen und häufige Krankenhausaufenthalte erforderlich machen."

Bei der TORCH-Studie handelte es sich um eine multizentrische, randomisierte, placebokontrollierte, doppelblinde Parallelgruppenstudie, an der weltweit über 6.100 Patienten teilgenommen haben. Mit dieser Studie wurde die Wirksamkeit von SFC, Salmeterol allein, Fluticasonpropionat allein und Placebo bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer COPD verglichen.[3] Die Veröffentlichung der Ergebnisse der TORCH-Studie im New England Journal of Medicine im Februar 2007 bedeutete einen Meilenstein, da durch die Studie wichtige Fragen bezüglich des Stellenwertes der Pharmakotherapie im klinischen Management der COPD geklärt werden konnten. Einer dritten, jetzt in Stockholm vorgestellten Analyse zufolge besteht ein Zusammenhang

zwischen dem erhöhten Mortalitätsrisiko der Patienten und sowohl sozialen (Alter und geografische Herkunft) als auch biologischen Faktoren (Lungenfunktion, früherer Herzinfarkt und niedriger Body-Mass-Index).[5]

Professor Calverley, Pneumologe an der Universität Liverpool, Großbritannien, bemerkte: „Während sich die genannten sozialen Faktoren nicht ändern lassen, sind die biologischen Faktoren potenziell modifizierbar. Diese Ergebnisse sollten daher die Fachleute im Gesundheitswesen daran erinnern, wie wichtig die Optimierung von Interventionen wie z.B. Raucherentwöhnung und angemessene Pharmakotherapie bei COPD-Patienten ist. Die Daten müssen zusammen mit der momentanen wissenschaftlichen Datenlage (Evidenz) betrachtet werden, um zu entscheiden, wie das künftige Management unserer COPD-Patienten aussehen sollte."

Literatur

1. *Jones P, Calverley P, Celli B, et al. Time dependent changes in the individual domains in of the SGRQ. Results of the TORCH trial. Vorgestellt beim Jahreskongress der European Respiratory Society, Stockholm, 15.–19. September 2007*

2. *Jenkins CR, Calverley P, Anderson J, et al. Effect of exacerbation history on response to treatment in the TORCH trial. Vorgestellt beim Jahreskongress der European Respirato-ry Society, Stockholm, 15.–19. September 2007*

3. *Calverley PMA, Anderson JA, Celli B, for the TORCH Investigators. Salmeterol and fluticasone propionate and survival in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 2007;356:775-89*

4. *Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM. The St. George's Respiratory Questionnaire. Resp Med 1991;85(Suppl):25-31.*

5. *Calverley P, Celli B, Anderson J, et al. Factors associated with mortality in the TORCH trial in COPD. Vorgestellt beim Jahreskongress der European Respiratory Society, Stockholm, 15.–19. September 2007*

Impressum

Geschäftsstelle des Bundesverband der Pneumologen

c/o med info GmbH
Hainenbachstr. 25
89522 Heidenheim

Tel.: 07321 94 99 19
Fax: 07321 94 98 19

E-Mail: medinfo@pneumologenverband.de
Internet: www.pneumologenverband.de

Verlag: med info GmbH
Hainenbachstr. 25
89522 Heidenheim

Herausgeber: Bundesverband der Pneumologen

Redaktionsleitung: Dr. A. Hellmann (verantwortlich)

Redaktion: A. Bayer,
M. Horst,
S. Klötzer

Autoren: Dr. M. Barczok,
Dr. A. Hellmann,
Dr. T. Hering,
Dr. M. Weber

Ausgabe: Oktober 2007