

Zeitschrift für Ambulante Neurochirurgie

ISSN 1139-7021 02/2009



BDNC

Berufsverband
Deutscher Neurochirurgen e.V.

ANF

Arbeitsgemeinschaft
Neurochirurgischer
Fachpraxen

In dieser Ausgabe

Horst Poimann

RISK-Management als Prozess,
eine sichere Basis für Qualitätsmanagement

Horst Fröhlich

GOÄ-Ziffern bei Bandscheibenoperationen

Martin Engelhard

HWS-Operationen

Bericht aus der DGNC-Jahrestagung 2009 ·
Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht
Datenschutz, Datenverarbeitung in der Arztpraxis ·
Informationen zum IV-Vertrag, zur Früherkennung
von Apoplex mit der KKH, mit dem Berufsverband der
Neurochirurgen

Informationen der KBV zur Bundestagswahl

Sommer
2009

impresum

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

adresse der redaktion

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

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

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| editorial | 1 |
| beiträge | |
| Horst Poimann RISK-Management als Prozess, eine sichere Basis für Qualitätsmanagement | 4 |
| Horst Fröhlich GOÄ-Ziffern bei Bandscheibenoperationen | 16 |
| ethica neurochirurgica | |
| Der Eid des Hippokrates | 18 |
| aus der wissenschaft | |
| Martin Engelhard HWS-Operationen | 21 |
| berichte und informationen | |
| ■ Bericht aus der DGNC-Jahrestagung 2009 | 23 |
| ■ Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis | 25 |
| ■ Gesundheitsökonomische Bedeutung eines Screenings zur Identifizierung von bisher unbekanntem Vorhofflimmern | 33 |
| ■ Bei Screening 2% bisher unbekannter Vorhofflimmerer entdeckt | 36 |
| Informationen der KBV zur Bundestagswahl | 42 |

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir erleben stürmische Zeiten. Diese Zeiten müssen wir in der Regel ohne eigenen Chauffeur und ohne eigenes Dienstfahrzeug überstehen und damit komme ich gleich zum großen wichtigen Punkt, der für die Fachärzte im ambulanten Bereich natürlich eine Rolle spielen wird: die unmittelbar bevorstehende Bundestagswahl. Da die entsprechenden Lager, die links von der Mitte stehen, sicher die angeblich doppelte Facharztschiene in einer Einzigen, nämlich kliniknah oder klinikintern, modifiziert sehen möchten, steht die gegenteilige Gruppierung, d. h. Schwarz-Gelb, für einen Erhalt des Facharztstatus als freien Beruf. Um die Entscheidung für Sie und vor allem auch Ihre Mitarbeiter am kommenden Wahl-Sonntag einfacher zu machen, stellen wir Ihnen in dieser Ausgabe die gesundheitspolitischen Vorgaben und Vorhaben der einzelnen Parteien, die sich zur Wahl stellen und die eine Chance haben, auch in den Bundestag zu gelangen, vor, damit Sie sich ein Bild machen können.

Ein Bild machen können Sie sich auf alle Fälle von Ihrem RLV, das ja nicht nur von Quartal zu Quartal pro Neurochirurg modifiziert wird. Wir erleben es mehrmals im Quartal, dass Veränderungen stattfinden, meistens aufgrund von Einsprüchen oder Hinweisen auf offensichtliche Fehler: die KV ist durch dieses Abrechnungssystem stark gefordert, wenn nicht überfordert. Die ersten Ergebnisse, quasi offiziell, der KV zeigen, dass die Neurochirurgen nicht zu den Gewinnern gehören und speziell das bayerische Beispiel zeigt, dass Durchschnittszahlen natürlich trügerisch sind, selbst, wenn in Bayern alle Ärzte 3,5 % pro Praxis im Durchschnitt mehr erhalten – in Berlin sind es übrigens 32 %, in Bremen 17 % und einzig Baden-Württemberg ist mit einem kleinen, nicht

mal 1 %-igem Minus im Durchschnitt mit dabei (siehe Folie Pressekonferenz 27. 7. 2009, S. 7 von 35). Wenn wir die chirurgischen Zahlen, die wir aus Bayern genau kennen, anschauen, dann gibt es sehr wohl Gewinner, aber auch deutliche Verlierer. Da wir zumindest in Bayern noch keine endgültige Abrechnung des ersten Quartals haben, sondern nur von Abschlagszahlungen leben, die ggf. wieder zurückgefordert werden, ist ein ursprüngliches Versprechen des RLV mit sicherer Vorausberechenbarkeit der Geldsumme, die man im Monat oder im Quartal erhält, natürlich eine reine Farce.

In diesem Zusammenhang spielen die Möglichkeiten, als Neurochirurg in der ambulanten Versorgung sein Geld zu verdienen insofern eine Rolle, als häufige und wertvolle Behandlungsmethoden von der KV plötzlich in einer von vielen praktizierten Form nicht mehr anerkannt werden, um wieder natürlich Geld zu sparen. Wir werden uns vom Berufsverband dafür einsetzen und nochmals in Berlin vorsprechen, dass OPS-Ziffern entsprechend für den EBM adaptiert werden und, dass die Interpretationsrahmen für die dann mögliche Abrechnung mit Augenmaß und im Sinne der Patientenversorgung interpretiert werden. Ein weiterer Pfeiler vieler neurochirurgischer Praxen sind konsiliarische Operationen an der Wirbelsäule.

Die Anfrage des Gesundheitsministeriums aus Baden-Württemberg – es gibt 3 plausible Varianten, wie diese Anfrage zustande gekommen sein mag – hatte ja im Rahmen der Jahrestagung in Münster für Aufregung gesorgt, die mittlerweile aus meiner Sicht und auch aus der Sicht der niedergelassenen Neurochirurgen eine gute Lösung

gefunden hat. Am 14.7.2009 wurden in Frankfurt einvernehmlich und sehr kooperativ von der DGNC, BDNC und Akademie der beiden Verbände festgelegt, welche neurochirurgischen Eingriffe als solche zwingend an neurochirurgischen Hauptabteilungen und/oder Belegabteilungen durchgeführt werden müssen. Die Faustregel beinhaltet: immer dann, wenn Dura inzidiert wird, handelt es sich um genuin neurochirurgische Prozesse und das soll in Zukunft von allen Neurochirurgen aktiv propagiert und kämpferisch gemeinsam getragen werden.

Das Ihnen vorliegende Heft ist eine Sommerausgabe und vom Umfang knapp bemessen. Vielleicht finden Sie Zeit, den Artikel über das Risk-Management zu lesen, was für uns Neurochirurgen, vor allem den operativ tätigen und auch den schwerpunktmäßig schmerztherapeutisch ausgerichteten Kolleginnen und Kollegen, eine wertvolle Basis ist, um Risiken abzuwenden bzw. klein zu halten und mit einem Fehler- oder Beinahefehler-Management die Effizienz der Praxis und die Einkommenssituation verbessern kann. Dazu helfen auch die GOÄ-Ziffern wie sie noch einmal dargestellt werden, um leidigen Auseinandersetzungen mit privaten Versicherungen aus dem Weg zu gehen.

Wer an der HWS operiert, sollte sich die Seite aus der Wissenschaft über HWS-Zugänge und evidenzbasierte Ergebnisse zu Gemüte führen, da auch das möglicherweise Risiken minimieren kann.

In der Abteilung „Berichte und Informationen“ gibt es neben einem kurzen Bericht über die Jahrestagung in Münster, Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz, Datenverarbeitung in der Arztpraxis sowie Informationen zum IV-Vertrag, zur Früherkennung von Apoplex mit der KKH, mit dem Berufsverband der Neurochirurgen (der aktuellen niedergelassenen Kollegen offen steht) und weitere Berichte.

Abschließend die Bitte um Mitarbeit. Es wäre schön, wenn die einzelnen Landesverbände die Chance nutzen würden, die Zeitung als Informationsorgan für ihre Mitglieder zu nutzen. Wir sind gerne bereit, jeden Landesverband entsprechend zu platzieren, so dass wir diese Zeitung wirklich als unser eigenes Organ verstehen mögen.

Mit herzlichen Grüßen am Ende der Ferien aus Bayern

Euer Horst Poimann

RISK-Management als Prozess, eine sichere Basis für Qualitätsmanagement

Neurochirurgie gehört sicher zu einer Disziplin, in der der Umgang mit Risiko zum Alltag gehört. Nicht nur in großen klinischen Einheiten, sondern auch in der neurochirurgischen Praxis ist daher Riskmanagement ein wichtiger Managementbaustein, der nicht nur juristisch eine Rolle spielt (Pflugmacher 2004). Dies wurde deutlich im Münchner Kongress (risk control and quality management in neurosurgery) im Jahr 2001 (Steiger, 2001). Doch bereits vorher gab es in der Neurochirurgie die Bereitschaft mit Fehlern und Fehlerhäufigkeiten umzugehen (Bernstein, 1994). Auch die 2 Bände von Grumme/Kolodziejczyk zu Komplikationen in der Neurochirurgie 1994 tragen dazu bei. Das Thema der Patientensicherheit, Fehlervermeidung und Erfassung von Beinahefehlern (CIRS) ist für alle high risk organisations Pflicht und notwendig für weiteres Bestehen. Grundlagen zum Riskmanagement werden im Allgemeinen vorausgesetzt und selten zusammenfassend behandelt.

Aktuelle Arbeiten, befassen sich mit Seitenverwechslungen in der Wirbelsäulenchirurgie (Milan, 2006), mit prospektiver Fehlererfassung in elektiven neurochirurgischen Operationen (Stone/Bernstein, 2007) oder beschreiben prospektive Maßnahmen zur Fehlervermeidung bei Wirbelsäulenoperationen (Fischmeister, 2007).

Nationale große Untersuchungen in England, Amerika und Australien zeigen, dass in der medizinischen und chirurgischen Behandlung von Patienten fehlerbedingte negative Folgen auftreten.

Wenn man bedenkt, dass in den vereinigten Staaten vom Comitee of Quality of Health Care 1999 festgestellt wurde, dass jährlich 50 000 bis zu 98 000 Todesfälle aufgrund vermeidbarer Fehler in Krankenhäusern auftreten (bezogen auf 36 Mio. Krankenhausaufnahmen), rückt die Frage der Patientensicherheit oder in anderer Fragestellung das Risiko, das ein Patient eingeht, wenn er sich ins Krankenhaus oder in ambulan-

te Behandlung begibt, immer weiter in den Vordergrund. Vorsichtige Schätzungen von Experten gehen für Holland von ca. 6000–8000 und in Deutschland von 25 000–30 000 vermeidbaren Todesfällen im Krankenhaus aus, analoge Zahlen sind auch im ambulanten Bereich zu diskutieren.

Nachdem in der Medizin die Stadien der Einführung effizienter und komplexer Behandlungsformen und die Ausbreitung derselben zu verzeichnen waren, kommen wir jetzt in ein Zeitalter, in dem die Qualität der Behandlung für den Patienten in den Vordergrund rückt. Wie Steiger (2001) aufzeigt, wird die Qualität der Krankenversorgung durch drei Komponenten gestaltet (Abb. 1).

Effizienz, Sicherheit und Erschwinglichkeit der Therapie spielen dabei eine Rolle und sollten ausbalanciert werden.

Qualitätskomponenten der medizinischen Versorgung

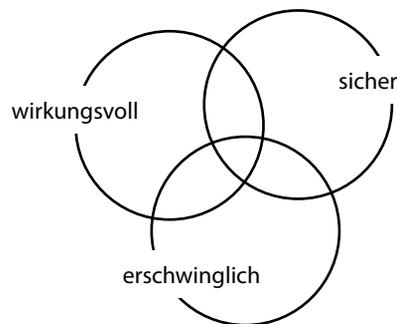


Abb. 1: Qualitätskomponenten der medizinischen Versorgung. Modifiziert nach Steiger, 2001

Behandlungsfehler, das Risiko im Krankenhaus

Das Risiko im Krankenhaus, (s. Abb. 2) durch einen – wohlbemerkt: vermeidbaren! – Fehler den Tod zu erleiden, ist in den Vereinigten Staaten zu Beginn der neunziger Jahre vergleichbar mit dem

Risiko beim Klettern, aber deutlich größer, als durch Fliegen oder Zugfahren zu Tode zu kommen.

Patienten laufen also Gefahr, durch ärztliche Behandlung oder durch die Anwesenheit im Krankenhaus aufgrund immanenter Systemfehler Schaden an Leib und Leben zu erleiden.

Dabei ist Gefahr definiert als eine „allgemeine Bedrohung eines zielorientierten Systems“. Risiko hingegen ist „eine nach Häufigkeit und Auswirkung bewertete und konkrete Bedrohung eines zielorientierten Systems“. Risiko ist die negative, ungeplante und unerwünschte Abweichung von Systemzielen, während die Chancen ihrerseits die positiven und erwarteten Systemziele beinhalten bzw. diese übersteigen.

In den vereinigten Staaten und in Australien haben die Regierungen breit angelegte Maßnahmen gestartet, um Behandlungsfehler durch organisatorische und technische Unzulänglichkeiten oder unzureichende Sorgfalt durch Behandler zu reduzieren. Wie in Abb. 2 gezeigt, ist das Risiko im Krankenhaus vielfach höher als in der Luftfahrt.

Risikominimierung in der Luftfahrt

Wie hat die Luftfahrt es geschafft, ihr Risiko trotz der steigenden Flugzahlen in den letzten 15 Jahren zu bewältigen und zu minimieren? (s. Abb. 3)

So konnten Flugzeugunfälle von einem Durchschnitt von 2,2 auf 1 000 000 Flüge in den 70-er Jahren auf fast die Hälfte, nämlich 1,07 Unfälle im Jahr

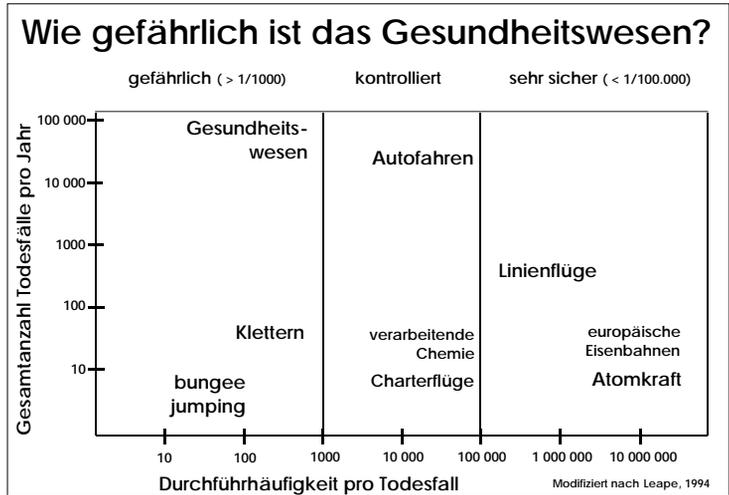


Abb. 2: Wie gefährlich ist das Gesundheitswesen?

| Fehlerreduktion in der Luftfahrt I | | |
|------------------------------------|------------------------|-------------------------|
| | 1974 | 1999 |
| Unfälle | 2,2 x 10 ⁻⁶ | 1,07 x 10 ⁻⁶ |
| Flugzeuge | ca 35 000 | ca. 140 000 |
| Flugstunden | 10 x 10 ⁶ | 35,4 x 10 ⁶ |

Abb. 3: Fehlerreduktion in der Luftfahrt I, zit. n. Dehning

1999, reduziert werden. Dabei war im gleichen Zeitraum die Anzahl der Flugzeuge um den Faktor 4 auf eine Anzahl von nahezu 14 000 Maschinen gestiegen. Die Flugstunden stiegen entsprechend um den Faktor 3,5 auf 35,4 Mio. Flugstunden. Die vermehrte Sicherheit wurde erreicht, indem alle Beteiligten, vom Konstrukteur über die Produktionsfirma, Fluglinien und Pilotenvereinigungen, vertrauensvoll am Ziel der gemeinsamen Sicherheit arbeiteten und dafür geeignete Instrumente entwickelten. Es wurde eine klare Priorität für Sicherheit vor Wirtschaftlichkeit, vor Bequemlichkeit und vor Pünktlichkeit geschaffen. Die Annahme, dass mit der vermehrten Technisierung der menschliche Fehler ausgeschaltet werden kann, hat sich dabei als irrig erwiesen.

Im Gegenteil: Die Fluggesellschaften haben ein rigores Qualitätsmanagement eingeföhrt, Unfallverhütungsmaßnahmen und Flugsicherheitsprogramme, da vor allem das Risikobewusstsein aller Beteiligten geschärfert werden musste. Ein kontinuierliches Training des Flug- und

Bodenpersonals mit modernsten Techniken wurde und wird durchgeführt. Meldesysteme für unerwünschte Ereignisse spielen dabei eine wichtige Rolle (s. Abb. 4).

Fehlerreduktion in der Luftfahrt II Rigoroses Qualitätsmanagement

- Unfallverhütungsmaßnahmen
- Flugsicherheit
- Risikobewusstsein
- Meldesystem für unerwünschte Ereignisse
- soziale Fertigkeiten

Abb. 4: Fehlerreduktion in der Luftfahrt II

Es geht bei diesen Fehlermeldesystemen vor allem um die Aufdeckung von Fehlern - nicht um die Verteilung von Schuld. Die Daten zeigen, dass nicht nur die technischen Notwendigkeiten, sondern vor allem auch soziale Fertigkeiten zu den wesentlichen Faktoren gehören. So spielen "standard operating procedures" und "crew coordination concepts" eine Rolle. Hier werden die notwendigen Prozeduren klar offengelegt und die Verantwortungen klar verteilt. Im „crew research ressource management“ werden alle verfügbaren Mittel wie die Besatzung der Flieger, das Flugzeugsystem, die Unterstützungseinrichtungen etc. eingesetzt, um eine sichere und wirkungsvolle Flugoperation durchführen zu können.

Risikobetrachtung betriebswirtschaftlich

Risikobetrachtungen systematischer Art kommen aus der Betriebswirtschaftslehre und hatten ab den 60-er Jahren in den Organisationen amerikanischer Großunternehmen ihren Anfang genommen. Vor allem aber auch in der Sicherheitsanalyse technischer Systeme spielt Risk Management eine wichtige Rolle. Technische Normen legen im US-Verteidigungsministerium das Vor-

gehen und die Methode der Risikoanalyse bei militärischen Systemen fest. Diese Sicherheitsanalysestandards werden seither kontinuierlich verbessert. Risk Management ist eine relativ junge Managementform, die im klinischen und im medizinischen Bereich in ähnlicher Weise etwas für erhöhte Sicherheit leisten soll.

Mitte der 80-er Jahre wurden Methoden dieser Art für Versicherungsunternehmen in Europa eingeführt, so z.B. Zurich Hazard Analysis (2*). Die klassischen Bereiche des Risk Management sind nach Robin Kendall das Markt-, das Kredit-, das Betriebs-, das Rechtsrisiko und das Risiko von Informationssystemen. Diese Bereiche alleine greifen jedoch zu kurz, wenn man Risk Management im klinischen Bereich ansetzt. Hier wird es seit Mitte der 90er Jahre von großen Versicherungsunternehmen Beratung angeboten, die sich vornehmlich auf bekannte Schadensfälle stützen und aus den bekannt gewordenen Schadensfällen entsprechende Präventionsmaßnahmen für Kliniken ableiten: Risiken sollten erkannt, bewertet, bewältigt und überwacht werden.

Am Besten ausgebildet ist das Risk Management als Methode durch die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, die ihre Methode „SUVA“ zur Beurteilung von Risiken an Arbeitsplätzen und bei Arbeitsabläufen entwickelt hat, wobei sich diese Risikoanalyse eng der Risikobeurteilung nach der EN-Norm 1050 anlehnt. Die SUVA-Methode umfasst fünf aufeinander folgende Schritte, nämlich:

Risikomanagement nach SUVA

1. Systemgrenzen bestimmen – System definieren
2. Gefährdungen ermitteln
3. Risiken einschätzen
4. Risiken bewerten
5. Maßnahmen festlegen (Risikominderung)

Abb. 5: Risikomanagement nach SUVA

Ad 1: Systemgrenzen bestimmen und das System definieren
Ohne Festlegung eines abgegrenzten, kontrollierbaren Bereiches lässt sich kaum solide Datenerfassung etablieren. Die Systemgrenzen können das Gesamtsystem betreffen, ein Produkt, ein Projekt, den Betrieb, Prozesse, Arbeitsbereiche und Berufsgruppen, in unserem Zusammenhang z.B. eine neurologische Praxis, eine neurologische Klinik oder ein Netz neurologischer Versorgungseinheiten. Wichtig sind nicht nur die Systemgrenzen, sondern auch die jeweiligen Systemziele, die einer Bedrohung unterliegen.

Ad 2: Gefährdungen ermitteln

Die für das jeweilige System bestehenden Gefahren sind zu identifizieren, und sie sind zu bewerten. Erst dann kann man von einem Risiko sprechen. Die Gefahren eines Unternehmens oder einer Klinik lassen sich grundsätzlich aus dem Zielsystem des jeweiligen Unternehmens ableiten. Im Bereich der Leistungsziele einer Organisation ergeben sich Gefahren für die Unternehmensstrategie, für die Leistungserstellungsprozesse und operativen Abläufe sowie für die Ressourcen. Zusätzlich sind finanzielle Ziele einer Bedrohung ausgesetzt, und ebenso soziale Ziele. Diese gefährden Unternehmen, in denen Führungskräfte und Mitarbeiter Gesetzesbestimmungen oder ethische Rahmenbedingungen nicht beachten, in denen die Arbeitssicherheit nicht gewährleistet ist oder die Umwelt über Gebühr belastet wird. Die Gefährdungen des Unternehmens lassen sich als Gefahrenlisten für z. B. kritische Prozesse erstellen. Auf dieser Grundlage können Szenarien für den Umgang mit diesen Risiken und für ihre Minimierung abgeleitet werden.

Ad 3: Risiken einschätzen und bewerten

In allen bekannten Standards werden drohende Gefahren nach Schadensausmaß und Eintritts-

wahrscheinlichkeit bewertet. Die Bestimmung des Schadensausmaßes lässt sich in Anlehnung an den Military Standard 882 bzw. die Zurich Hazard Analysis in fünf Kategorien auffassen (vgl. Abb. 6).

| Kategorien des Schadensausmaßes | | |
|---------------------------------|-----------|--|
| I | sehr groß | Tod |
| II | groß | schwerer bleibender Gesundheitsschaden |
| III | mittel | leicht bleibender Gesundheitsschaden |
| IV | klein | heilbare Verletzung mit Arbeitsausfall |
| V | gering | leichte Verletzung ohne Arbeitsausfall |

Abb. 6: Kategorien des Schadensausmaßes

Das Schadensausmaß lässt sich natürlich nicht nur für die Arbeitssicherheit, sondern auch für Unternehmensrisiken im finanziellen Bereich oder als Schadensausmaß für Umweltsicherheit und Umweltfolgen bewerten.

Die Bestimmung der Eintrittswahrscheinlichkeit eines Risikos lässt sich ebenfalls auf einer fünfstufigen Skala einordnen, wobei in den Standardkategorien in der Regel 1000 Personen betrachtet werden, die die gleiche Tätigkeit ausüben. Es ergibt sich dann folgende Tabelle:

| Kategorien der Wahrscheinlichkeiten | | |
|-------------------------------------|---------------------|--------------------------------------|
| A | häufig | 1 × im Monat |
| B | gelegentlich | 1 × im Jahr < 1 × im Monat |
| C | selten | 1 × in 5 Jahren < 1 × im Jahr |
| D | unwahrscheinlich | 1 × in 20 Jahren < 1 × in 5 Jahren |
| E | praktisch unmöglich | 1 × in 100 Jahren < 1 × in 20 Jahren |

Abb. 7: Kategorien der Wahrscheinlichkeiten

Häufig werden die Häufigkeiten auch auf einen Lebenszyklus eines Produktes oder eines Projektes +/- 30 Jahre bezogen. Bei einem solchen Szenario werden folgende Kategorien erwartet:

Häufig: in 2 Jahren 1 ×
Möglich: in 5 Jahren 1 ×
Selten: in 10 Jahren 1 ×
Sehr selten: in 30 Jahren 1 ×
Unwahrscheinlich: in 30 Jahren nicht.

Individuelle Wahrscheinlichkeitsbeurteilungen lassen sich nach SUVA über jeweils speziell angepasste Formeln errechnen.

$$W = e + 2w + v$$

W = Risikowahrscheinlichkeit, e = Dauer der Expositionszeit, w = Eintrittswahrscheinlichkeit, V = Möglichkeit der Schadensbegrenzung /-vermeidung (Steiger, 2001))

Ad 4: Risikobewertung

Aus der Schadenausmaßeinschätzung und der Einschätzung der Eintrittswahrscheinlichkeit lässt sich eine Risikolandschaft bzw. Risikomatrix aufstellen, in der Schwellen festgelegt werden können und so die Zellen der Matrix gekennzeichnet werden, die vorrangig bearbeitet werden müssen.

Es lässt sich somit eine gewisse Priorisierung darstellen, mit der Häufigkeit als y-Achse und der Auswirkung als x-Achse. Anhand dieser Risikobewertung kann man dann Maßnahmen auswählen und festlegen (s. Abb. 8)

Ad 5: Maßnahmen festlegen

Maßnahmen sollen dazu führen, dass Risiko minimiert und systematisch Vorsorge betrieben wird.

Ein Managementsystem erfordert jedoch nicht nur die Festlegung von Maßnahmen, die das Risiko auf ein akzeptierbares Maß reduzieren, sondern auch die Risikoüberwachung der Maßnahmen, entsprechender Dokumentation und Überprüfung der Gefahren und des akzeptierten Restrisikos. Insbesondere sollte es ein Überwachungssystem geben, das einem Verbesserungsprozess unterworfen ist und kontinuierlich arbeitet (s. Abb. 9).



Abb. 9: Der Risk Management – Prozess, modifiziert nach Brühwiler

Risk Management lässt sich als Routineprozess (s. Abb. 10) in ein allgemeines Managementsystem integrieren. Im Rahmen bekannter Prozessmanagementsysteme wird Risk Management in den einzelnen Standardprozessen (siehe Abb. 11) behandelt (Poimann, Simons, Conzen, 2001). Dabei würde das Risk-Management nach SUVA in den Prozessteilen 1–3 anzutreffen sein, der Maßnahmenkatalog findet sich dann unter 4: Planung (s. Abb. 12).

Risikomatrix

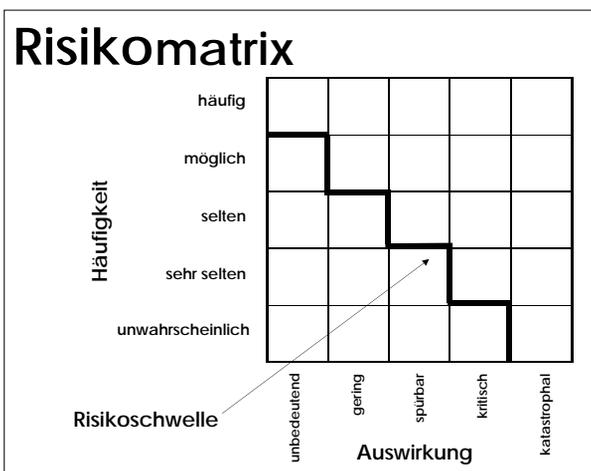
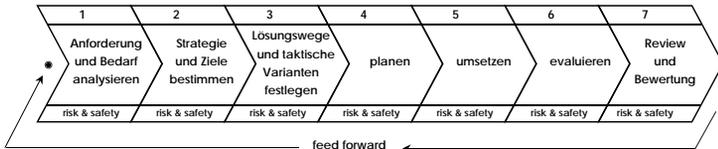


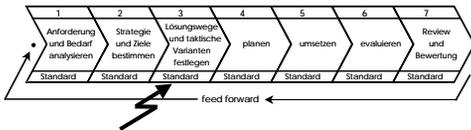
Abb. 8: Risikomatrix

Risiko- und Sicherheitsmanagement



© by H. Poimann 2001

Abb. 10: Risiko- und Sicherheitsmanagement als Prozess

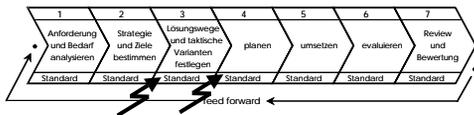


3: Analyse der Lösungswege & taktische Erwägungen

- 3.1: Mögliche Lösungswege für die festgelegten Ziele werden jeweils gesammelt, analysiert und bewertet.
- 3.2: Überlegungen zu taktischen Vorgehensweisen und Varianten, insbesondere auch inklusive einer Risikoabwägung, z. B. alternative Szenarien angeben.
- 3.3: eine schriftliche Festlegung der Vorgehensweise, in der eine Lösungsalternative unter Berücksichtigung taktischer Varianten und der möglichen Risiken ausgewählt wird.

© by H. Poimann 2001

Abb. 11: Risikoerwägungen in der Analyse der Lösungswege und taktische Erwägungen



4: Planung:

Für jedes der festgelegten Ziele und die dafür ausgewählte Vorgehensweise wird eine Planung durchgeführt:

- 4.1: Für jedes ausgewählte Ziel und die dazu bestimmte Vorgehensweise folgt eine systematische Planung, die Strukturpläne und Ablaufpläne, einen Terminplan, einen Kapazitäts- und Kostenplan, einen Plan, der für die Qualität und Risiken sowie Alternativszenarien bei auftauchenden ggf. unüberwindlichen Hindernissen enthält.

© by H. Poimann 2001

Abb. 12: Risikobetrachtung in der Prozessplanung

Durchführung, Evaluation und Review sind dann Standardvorgänge, wie sie im Qualitätsmanagement üblicherweise durchgeführt werden. Damit zeigt sich das Risk Management als ein typischer Prozess im QM-System.

Alle bekannten Managementsysteme beinhalten Risk-Management-Bausteine, z. B. die DIN EN ISO 9001:2000, KTQ® oder EFQM.

Die ISO 9001:2000 fordert z.B. die systematische Fehlererfassung und -beseitigung sowie Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen.

Risikomanagement ist somit ein integraler Bestandteil des Qualitätsmanagements oder ein wesentlicher Bestandteil in einem integrierten Managementsystem, das Umweltschutzmaßnahmen (ISO 14011), Arbeitsschutzmaßnahmen und Qualitätsmanagementaufgaben zusammenfasst. Es erscheint nicht sinnvoll, im Krankenhausalltag Risk Management als eigene Stabsstelle und eigenen Bereich einzuführen, sondern ihn integrativ als Führungsaufgabe zu verstehen und ihn im Qualitätsmanagementsystem ebenso wie das medizinische Controlling unterzubringen.

Brühwiler (2001) zeigt, wie Risk Management sich ohne Probleme in das ISO-System integrieren lässt und dort im Bereich Verantwortung der Führung etabliert wird. Ebenso lässt

es sich im Rahmen des EFQM oder von proCum Cert problemlos in das Qualitätsmanagement integrieren. Risikokontrolle und QM sind eng verknüpft.

Im Rahmen des bereits zitierten „Management by Processes“ (vgl. Abb. 9–12) lässt sich das Risk Management bereits in jedem einzelnen Prozess verorten, so ist im Standardprozess unter 3.2 der Analyse von Lösungswegen und taktischen Varianten ausdrücklich eine taktische Abwägung und Risikoabschätzung verlangt und der Entwurf alternativer Szenarien (Poimann, Simons, Conzen, 2001).

Auf europäischer Ebene zeigten die Neurochirurgen 2001 mit dem Thema ihres Kongresses „Risk Control and Quality Management in Neurosurgery“ die Verschränktheit der beiden Managementbausteine für medizinische Organisationen (Poimann, 2001).

Beispiel aus der Praxis

Im Folgenden einige Beispiele, wie in der neurochirurgischen Praxis Risikomanagement mit einfachen Mitteln und guten Folgeergebnissen durchgeführt werden kann:

1. Beispiel: Im Rahmen einer belegärztlichen Tätigkeit wurde vom OP-Personal und von den Operateuren auf einem einfachen Formular eine Erfassung von Beinahgefehlern eingeführt und für 4 Monate systematisch angewendet. CIRS (critical incident reporting system) konnte als wirkungsvolles Werkzeug zur Fehlervermeidung und prospektiven Schadenbekämpfung nachgewiesen werden (Rose, 2007). Die Auswertung dieser erfassten Beinahgefehler zeigte 3 große Cluster, nämlich Vorkommnisse, die

aus verwaltungstechnischer Arbeit herrührten, z. B. Namensverwechslung auf dem OP-Plan, zu spätes Übermitteln von OP-Unterlagen, begleitende Röntgenbilder werden nicht in den OP gebracht, die Seite ist auf dem Anmeldebogen nicht oder falsch bezeichnet, Operateurwechsel nicht angekündigt, etc.. Als zweiter Cluster zeigten sich Vorkommnisse im perioperativen Feld. Lagerungsvorschriften wurden nicht beachtet, der OP-Tisch war beim Endlagern des Patienten nicht festgestellt, Lagerungsposition der Arme war mit Überstreckung im Ellenbogengelenk verbunden, etc.. Eine dritte Kategorie intraoperativer Vorkommnisse wie: Durchleuchtung ohne Mitarbeiter vorzuwarnen, mit Röntgengerät an Patienten gestoßen, in situs mit Fasszange nachgefasst ohne Sicht auf Nervenwurzel bei Flüssigkeitsspiegel, Schraubenfixierung ohne a.p.-Röntgen, etc. Interessanterweise zeigte sich eine Verteilung auf die 3 Kategorien von annähernd einem Drittel zu einem Drittel nämlich 31 % verwaltungstechnische Vorkommnisse, 33 % perioperative Vorkommnisse und 36 % intraoperative Vorkommnisse.

Im gesamten Beobachtungszeitraum ist keine echte Schädigung des Patienten aufgetreten. Es wurden in diesem Zeitraum 324 Operationen einbezogen. Dies bedeutet ein Gefährdungspotential von ca. 1 zu 3, d. h. bei jeder dritten OP gab es ein Vorkommnis, das ohne Korrektur und Aufmerksamkeit der Beteiligten zu einem Schaden hätte führen können. CIRS lebt davon, dass aus den Vorkommnissen Lehren gezogen und Vorbeugemaßnahmen davon abgeleitet werden. Eine beispielhafte Maßnahme in unserem OP war eine Schulung des OP-Personals in Bezug auf Patiententransport und Patientenlagerung sowie ein Kommunikationstraining für den OP. Als weitere Maßnahme wurde ein time out eingeführt, d. h. der Patient, der aus dem Vorbereitungsraum

in Narkose in den OP gebracht wird, wird namentlich benannt. Die zu operierende Seite und mögliche Besonderheiten und Risiken des Patienten werden laut für alle Beteiligten, d. h. Operateur, OP-Schwester und Anästhesist, von der Narkoseschwester mitgeteilt und bestätigt. Seit 1 Monat wird im OP die WHO-Checkliste (Haynes, 2009) eingesetzt.

2. Beispiel: Um Fehler zu vermeiden, können auch komplexe und langwierige Systeme analysiert werden und durch Reduzierung der Arbeitsschritte und Verkürzung der dafür notwendigen Arbeitszeit eine Reduktion der potentiellen Fehler zu erreichen. Die Reduktion von Komplexität sorgt also dafür, dass Fehlerquellen und Fehlermöglichkeiten reduziert werden.

Ein einfaches Beispiel: in einer Praxis wurde die Übermittlung der geplanten OP und Übermittlung per Fax mit entsprechender telefonischer Rückkontrolle in 19 einzelnen Arbeitsschritten festgehalten, die in 10 Minuten durchgeführt wurden. Unter Berechnung des complexity factor (Hinckley 2001), d. h. es wird die Anzahl der Arbeitsschritte gezählt und die Gesamtzeit gemessen sowie die für die nach Analyse des Ablaufs entsprechenden neuen Ablaufschritte und kürzere Zeit gemessen und in Korrelation gesetzt. Daraus lässt sich die Fehlerhäufigkeit direkt berechnen. In unserem Fall hieß dies, dass durch die Reduktion der einzelnen Arbeitsschritte und damit auch der Zeitdauer in Zukunft 87% weniger Fehler in diesem System passieren werden. Ähnlich lässt sich durch die Reduktion beim Einbau einer HWS-Prothese mit relativ komplexem und vielschrittigem Vorgang, z. B. BRYAN in der ursprünglichen Einbauvariante dadurch verändern, dass die einzelnen Arbeitsschritte und die dafür notwendigen Werkzeuge vereinfacht und in ihrer Anzahl reduziert werden. Auch hier konnte in einem einfachen

Rechenbeispiel gezeigt werden, dass sich die Fehlerquote drastisch reduzieren lässt. Fischmeister (2007) zeigt in einer feinen Arbeit, wie Maßnahmen zur Fehlervermeidung bei Osteosynthesen eingesetzt werden können, um Fehler zu reduzieren. Dazu dienen fertige Systeme, wie die FMEA (fehler modes and effects analysis), eine Methode, die es erlaubt, die Schwachstellen eines Arbeitsablaufs aufzuzeigen, zu berechnen und zu modifizieren. Weiterhin gibt er einfache Möglichkeiten an, z. B. vor Wundverschluss bei Osteosynthesen eine Röntgenkontrolle durchzuführen, präoperativ die entsprechende Seite am Patienten mit wasserfestem Stift zu kennzeichnen oder auf dem Instrumentiertisch nur die Instrumente liegen zu haben, die für einen bestimmten Osteosynthese-Typ tatsächlich notwendig sind.

Auch die neurochirurgischen Institutionen, die für Qualitätsmanagement zuständig sind, arbeiten daran, Hilfen bereitzustellen für Fehlervermeidung durch Entwicklungen von Behandlungspfaden, z. B. im Referat V der Neurochirurgischen Akademie für Fort- und Weiterbildung für Qualitätsmanagement oder auch Leitlinien für Wirbelsäulenbehandlung auf hohem Niveau in der Qualitätskommission der DGNC.

Hierbei können Kliniken und Praxen Unterstützung durch die Partnerorganisation des BDNC für Qualitätsmanagement altene GmbH (www.athene-qm.de) erhalten

Auch der Berufsverband der Neurologen hat in vorausschauender Weise über eine Risiko-Beratungsfirma erste Analysen von Gefährdungen in verschiedenen neurologischen Organisationsformen, nämlich Akutklinik, stroke unit, ambulante Reha, neurologische Praxis durchführen lassen. Die Ergebnisse dieser Gefährdungsquellen zusammen mit möglichen Vorgehensweisen, um

diesen Gefährdungen zu begegnen, wurden in einem Risikomanagement-Handbuch zusammengefasst (Hagenah, 2004). Typischerweise kreisen die Gedanken von Versicherungen natürlich um juristische Absicherung und Schadensbegrenzung. Weniger in den Vordergrund gerückt wurden dabei echte medizinische Erfordernisse, insbesondere wenn man sich die politisch geforderte integrierte Versorgung in den Blickpunkt nimmt.

Klinisch bedeutsam sind jedoch Gefährdungspotentiale, die sich in dem Versorgungsnetz der Neurologen zwischen Akutklinik, Rehaklinik, ambulanter Nachsorge, ambulanter Reha und in der Arztpraxis finden. Hier wurden vier wesentliche Forderungen für die Zukunft gestellt (s. Abb. 13).

Gefahrenpotenziale durch Infomangel in der neurologischen Reha-Kette

| | | | | |
|--------------|-----------|---------|-------------|---------------|
| Info-Mangel: | Arzt | Patient | Institution | BDN BVDN |
| Maßnahme: | Arztbrief | Flyer | Netzplan | Fehlermeldung |

Abb. 13: Gefahrenpotenziale durch Informationsmangel

So wurden Informationslücken und Informationsverlust durch entsprechende geforderte Gegenmaßnahmen angegangen.

1. neue Anforderungen an den neurologischen Arztbrief
2. explizite Patienteninformation zur Unterstützung der Behandlungsaufklärung
3. Darstellung von Netzwerkplänen in der die vorhandenen Einrichtungen mit ihren Leistungen dargestellt werden und regional den am Netz Beteiligten zur Verfügung gestellt werden
4. Etablierung einer Fehlerkultur mit einem anonymisierten Meldesystem

Diese vier Maßnahmen entsprechen konkreten Ansatzpunkten beim Arzt, beim Patienten, bei der Interaktion ver-

schiedener Einrichtungen und bei der überregionalen Erfassung von unerwünschten Ereignissen, was – wie bereits ausgeführt – im Flugwesen einen festen Bestandteil im Arbeitsalltag darstellt.

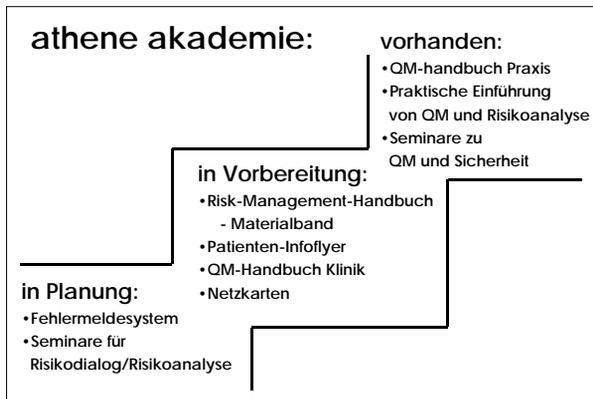
Fehlererkennung und Kategorisierung sind zwei wesentliche Schritte im Aufbau eines Risikomanagements. Dies gilt nicht nur für Kliniken, sondern gerade auch für Praxen (Rubin, George, Chinn, Richardson, 2003).

Fehlererkennung sollte in der Facharztpraxis nicht nur auf den organisatorischen Bereich beschränkt bleiben, sondern sollte auch Diagnose und Therapie mit einbeziehen (Margo, 2003).

Das Ziel sollten proaktive Maßnahmen als echte Vorbeugemaßnahmen sein, wie sie z. B. JCAHO von der Organisation fordert (Marx, 2003).

Zusammenfassung

In allen komplexen Systemen treten Fehler auf. Diese sind in der Regel Folgen von menschlichem Versagen. Wie in der Luftfahrt eindrucksvoll gezeigt wurde, lässt sich Risiko trotz wachsender Anzahl von Operationen deutlich reduzieren, wenn ein konsequentes Risk- und Qualitätsmanagement umgesetzt wird. Risk Management ist als Managementsystem nicht der Vollständigkeit, sondern vielmehr der Wesentlichkeit verpflichtet. Seine Zielsetzung ist primär auf wirklich systembedrohende Szenarien ausgerichtet. Als Führungsinstrument ist Risk Ma-



agement sinnvollerweise in das Qualitätsmanagement und andere Managementsysteme zu integrieren im Sinne eines umfassenden Managementsystems. Eine alleinige juristische oder vertragstechnische Risikobetrachtung greift im klinischen Bereich für die Sicherheit des Patienten nicht, sondern deckt nur das Sicherheitsbedürfnis der Behandler und der Organisation ab. Im Sinne einer wirksamen Gefahrenminderung für den Patienten sind umfassendere Systeme einzusetzen, wie sie z. B. in den USA, Australien und England eingeführt wurden und dort mehrere Ebenen und alle Beteiligten einbeziehen.

Auch in Deutschland gibt es im Rahmen der Aktionsgemeinschaft Patientensicherheit (www.aktionsbündnis-patientensicherheit.de) und den CIRS-Bemühungen (www.CIRS.ch) Berufsverbänden im Konzert von Kliniken und Praxen, die ihr Risiko- und Qualitätsmanagement einführen, wichtige Schritte in Richtung für mehr Sicherheit in der Behandlung des Patienten sowohl für den Patienten, als auch für die beteiligten Behandler. Um den eigenen Arbeitsplatz und die eigene Behandlung sicherer zu machen, muss man nicht Alles neu erfinden, sondern kann Bewährtes heranziehen und es für die eigene Arbeit nutzen. Hierbei hilft sicher der Materialband „Risikomanagement in der Neurologie“ (Hagenah, et al. 204), die englischsprachige Internetseite

www.ihl.org oder www.jeder-fehler-zaehlt.de sowie das Qualitätsmanagementhandbuch für die neurochirurgische Praxis (Poimann et al., 2001).

Literatur

1. Steiger, *Quality, Risk and Health Care* in: Risk control and Quality Management in Neurosurgery, Springer Verlag, 2001
2. Brühwiler, B., *Unternehmensweites Risk Management als Frühwarnsystem – Methoden und Prozesse für die Bewältigung von Geschäftsrisiken in integrierten Managementsystemen*, Paul Haupt Verlag, 2001
3. Poimann, H., *How can the ISO 9001 be applied to Neurosurgery?*, in: Steiger: Risk control and Quality Management in Neurosurgery, Springer Verlag, 2001
4. Poimann/Simons/Conzen, *Handbuch für Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 9001:2000 für die neurochirurgische Praxis und Ambulanz*, hutten-scher verlag fünfnulsieben, Würzburg, 2001
5. Rubin/George/Chinn/Richardson, *Errors in General Practice: development of an error classification and pilot study of a method for detecting errors* in: Quality and Safety in Health Care, BMJ Journals, Institute for Healthcare Improvement, Vol. 12, Issue 6, Dec. 2003, p. 443.
6. Margo, C. E., *A pilot study in ophthalmology of inter-rater reliability in classifying diagnostic errors: an underinvestigated area of medical error* in: Quality and Safety in Health Care, BMJ Journals, Institute for Healthcare Improvement, Vol. 12, Issue 6, Dec. 2003, p. 416.
7. Marx, D. A. / Slonim, A. D., *Assessing patient safety risk before the injury occurs: an introduction to socio-technical probabilistic risk modelling in health care*, in: Quality and Safety in Health Care, BMJ Journals, Institute for Healthcare Improvement, Vol. 12, Suppl. 2, Dec. 2003, p. 33
8. Meier/Poimann/Schuster: *Handbuch für Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 9001:2000 für die*

neurologische Praxis, huttenscher verlag fünfnulsieben, Würzburg, 2001

9. Poimann/Hagenah/Meier/Schuster: *Risk Management – eine sichere Basis für Qualitätsmanagement* in: Neurotransmitter 11/2002, p. 21 ff., athene newsletter 8/2002, Urban & Vogel Verlag, München, 2002

10. Hagenah, R., Meier, U., Pflugmacher, I., *Risikomanagement in der Neurologie*, huttenscher verlag fünfnulsieben, Würzburg, 2004

11. Bernstein, M., Parrent A. G., *Complications of CT-guided stereotactic biopsy of intra-axial brain lesions*. in: J Neurosurg, 1994, 81:165–168

12. Grumme, T., Kolodziejczyk, D., *Komplikationen in der Neurochirurgie, Wirbelsäulenschmerz und Nerven Chirurgie*, Blackwell Wissenschafts-Verlag, Berlin, 1994

13. Milan, Mody, G., Nourbakhsh A., Stahl D. L., Gibbs, M., Alfawareh, M. and Garges K. J., *The Prevalence of Wrong Level Surgery Among Spine Surgeons, 2006* in: Spine, An international journal for the study of the spine, Vol. 33, Jan. 2008, p. 194–198

14. Stone, S., Bernstein, M., *Prospective error in recording in surgery: an analysis of 1108 elective neurosurgical cases*, in: Neurosurgery 60, 2007, p. 1075–1082

15. Rose, N., *Aufbau klinisches Riskmanagement und welche Rolle hat die Führung*, Tagung Patientensicherheit, 2007

16. Haynes, A. B., *A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population*, N Engl J Med, 2009, 360: 491–499

17. Hinckley, C. M., *Make no mistake, an outcome-based approach to mistake-proofing Portland Oregon*: Productivity press, 2001

18. Fischmeister, M.F., *Maßnahmen zur Fehlervermeidung am Beispiel einer Schraubenosteosynthese, Mistake Proofing in Open Reduction and Internal Fixation with Screws*, in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 2007, p. 185–188

Dr. med. Dipl. Psych. Horst Poimann
Haugerring 2
D-97070 Würzburg

FORMAR HWS-Bandscheibenersatz Form folgt Funktion

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



GOÄ-Ziffern bei Bandscheibenoperationen

Die offene mikrochirurgische Bandscheibenoperation ist eine der häufigsten, wenn nicht der häufigste Eingriff in der Neurochirurgie. Diese Tatsache hat sicher dazu geführt, dass dieser Eingriff ein häufiger Zankapfel zwischen privat liquidierenden Neurochirurgen – sei es in Kliniken oder in Fachpraxen – und den PKV-en ist. Die „alte“ (aber letztlich immer noch gültige!) GOÄ sah hierfür als eine Art Komplexziffer im Kapitel V Knochenchirurgie die Ziffer 2282 respektive 2283 (bei mehreren Segmenten) vor, in der Legende erscheinen hier noch Operationsschritte, wie totale Laminektomie, was heute aus statischen Gründen beim einfachen Bandscheibenvorfall nach gerade als medizinischer Kunstfehler angesehen werden müsste (aber noch legaliter abrechenbar wäre).

Eine derartige Vorgehensweise ist in der Neurochirurgie schon längst obsolet. Die für den typischen neurochirurgischen Eingriff einschlägige GOÄ-Ziffer ist mittlerweile die 2566, bewertet mit 3000 Punkten.

Der zentrale Konsultationsausschuss hat nach langen Diskussionen im Jahre 2004 klare Regeln für die Vorgehensweise bei typischen Bandscheibenoperationen aufgestellt, die mittlerweile trotz gelegentlichen erläuternden Schriftverkehrs zwischen Abrechnungsstellen, PKV und Operateuren im Wesentlichen akzeptiert sind, sofern bestimmte Voraussetzungen vorliegen und vor allem auch plausibel nachvollziehbar sind (siehe unten):

Zusätzlich zur GOP 2566 können beim typischen Bandscheibenvorfall folgende Ziffern unter bestimmten Voraussetzungen parallel angesetzt werden:

2574

Die 2574, wenn ein epidural raumfordernder sogen. „versprengter Sequester“ vorliegt, der *nicht*

im Bereich der Nervenwurzel, des Rezessus, des Wurzelabganges oder des Foramenbereiches liegt. Diese anatomischen Strukturen entsprechen nämlich dem Zielgebiet der Ziffer 2566. Voraussetzung ist somit, dass ein neues Zielgebiet, nämlich der *epidurale Spinalraum* eröffnet werden muss. In diesem Zusammenhang ist die Dokumentation und Beschreibung im Operationsbericht von großer Wichtigkeit, naturgemäß muss die Lage eines derartigen versprengten Sequesters ggf. auch in der entsprechenden Bildgebung nachvollziehbar sein.

Ebenfalls ansetzbar ist die 2574 dann, wenn zusätzlich zum Bandscheibenvorfall eine *beidseitige* Spinalkanalstenose (dies kann durchaus auch im Undercutting-Verfahren von einer Seite her geschehen) oder beispielsweise mediale im Epiduralraum gelegene Osteophyten oder konzentrisch den zentralen Spinalkanal einengende raumfordernde Strukturen, wie beispielsweise ossifizierte Ligamenta flava oder ähnliches vorliegen.

Nach intrarezessal versprengte Sequester im Wurzelabgangsbereich, der Wurzelaxilla oder im Wurzelschulterbereich gelegene Sequester oder einengende Rezessusverknöcherungen dagegen fallen unter das Zielgebiet der 2566 und können *nicht* zusätzlich zu gesetzt werden.

2577 anstelle 2574

In selteneren Fällen ist die 2577 anstelle der 2574 akzeptiert, wenn es sich um einen intra-/extraspinalen Prozess handelt, dies ist beispielsweise bei intra-/extraspinalen Juxta-Facettzysten denkbar.

2120, 2121

Wenn aus sauberer, nachvollziehbarer und *eigenständiger Indikation* heraus weitere operative Schritte erforderlich sind, können zusätzlich folgende Ziffern zum Ansatz kommen: 2120

bzw. 2121 für die offene Facettendenerivation im Rahmen einer Bandscheibenoperation, wenn beispielsweise ein ausgeprägtes postoperatives Lumbalsyndrom vermieden werden soll. Auch dies erfordert, wie bereits mehrfach erwähnt, eine saubere Dokumentation und nachvollziehbare Indikationsstellung.

2385

Ebenso verhält es sich mit der Ziffer 2385, wo eine Fettlappenplastik aus eigenständiger Indikation zur Vermeidung von Verwachsungen, Pseudomeningozelen oder zur Wiederherstellung des Gleitlagers bei größerem Fensterungsdefekt erforderlich sein kann. Dokumentation und klare Darstellung im Operationsbericht sind auch hier unerlässlich.

2392a

Bei Rezidiv-Bandscheibenvorfällen kann zusätzlich die 2392a angesetzt werden; eine im Sinne der GOÄ „große funktionsbehindernde Narbe“ wird ab einer Größe von 3 cm angenommen, wobei die Ausdehnung der Narbe auch in die *Tiefe* 3 cm reichen kann.

5295, 5105, 5260

Die prä- und intraoperativen Röntgenkontrollen sollen naturgemäß ebenfalls nicht vergessen werden bei der Abrechnung (5295), hier aufgrund der Erschwernis unter sterilen Bedingungen auch mit erhöhtem Steigerungsansatz oder ggf. auch intra- oder postoperative Röntgenbilder nach 5105.

Im gegebenen Fall kann auch eine intraoperative Diskographie (5260) sinnvoll sein.

62

Bei Assistenzen durch niedergelassene Praxiskollegen ist die Ziffer 62 pro ½ Stunde Operationszeit einschlägig.

Nicht möglich dagegen ist die Ansetzung der Ziffer 2584, da in der GOÄ die Neurolyse nur als eigenständige Hauptleistung abrechenbar ist (sogen. Zielleistungsprinzip).

Ebenso nicht mehr akzeptiert ist die 2576, die früher häufig für eine sogen. Varicosis spinalis angesetzt wurde, diese Ziffer ist mittlerweile eindeutig einer rein tumorösen Raumforderung gewidmet, in seltenen Fällen kann dies für raumfordernde intraspinale Lipome (Histologie!) denkbar sein, ansonsten ist sie jedoch reserviert für Neurinome, Meningeome, etc.. Für die Varicosis spinalis bietet sich evtl. die Nummer 2885 an, sofern ein histologischer Befund nachgewiesen wird.

Ὅ μινυμι Ἀπόλλωνα ἰητρὸν, καὶ Ἄσκληπιὸν, καὶ Ὑγίαν, καὶ Πανάκειαν, καὶ θεοὺς πάντας τε καὶ πάσας, ἴστορας ποιεύμενος, ἐπιτελέα ποιήσῃς κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμήν ὄρκον τόνδε καὶ ξυγγραφὴν τήνδε.

Ἠγήσασθαι μὲν τὸν διδάξαντά με τὴν τέχνην ταύτην ἴσα γενέτησιν ἐμοῖσι, καὶ βίου κοινώσασθαι, καὶ χρεῶν χρηρίζοντι μετάδοσιν ποιήσασθαι, καὶ γένος τὸ ἐξ ωυτέου ἀδελφοῖς ἴσον ἐπικρινέειν ἄρρεσι, καὶ διδάξειν τὴν τέχνην ταύτην, ἣν χρηρίζωσι μανθάνειν, ἄνευ μισθοῦ καὶ ξυγγραφῆς, παραγγελίης τε καὶ ἀκροήσιος καὶ τῆς λοιπῆς ἀπάσης μαθήσιος μετάδοσιν ποιήσασθαι υἱοῖσί τε ἐμοῖσι, καὶ τοῖσι τοῦ ἐμὲ διδάξαντος, καὶ μαθηταῖσι συγγεγραμμένοισί τε καὶ ὠρκισμένοις νόμῳ ἰητρικῷ, ἄλλω δὲ οὐδενί.

Διαιτήμασί τε χρήσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμήν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδικίῃ εἴρξῃς.

Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑψηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε. Ὅμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω. Ἄγνῶς δὲ καὶ ὀσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμήν.

Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιῶντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτησιν ἀνδράσι πρήξιος τῆσδε.

Ἐς οἰκίας δὲ ὀκόσας ἂν ἐσίω, ἐσελεύσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων, ἐκτὸς ἔων πάσης ἀδικίης ἐκουσίης καὶ φθορίης, τῆς τε ἄλλης καὶ ἀφροδισίων ἔργων ἐπὶ τε γυναικείων σωμάτων καὶ ἀνδρῶν, ἐλευθέρων τε καὶ δούλων.

Ἄδ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἢ ἴδω, ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπείης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χρὴ ποτε ἐκλαλέεσθαι ἔξω, σιγήσομαι, ἄρρητα ἠγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα.

Ὅρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποιέοντι, καὶ μὴ ξυγγέοντι, εἴη ἐπαύρασθαι καὶ βίου καὶ τέχνης δοξαζομένῳ παρὰ πᾶσιν ἀνθρώποις ἐς τὸν αἰεὶ χρόνον. παραβαίνοντι δὲ καὶ ἐπιορκοῦντι, τάναντία τουτέων.

der eid des hippokrates

ethica neurochirurgica

Ich schwöre bei Apollon dem Arzt und bei Asklepios, Hygieia und Panakeia sowie unter Anrufung aller Götter und Göttinnen als Zeugen, daß ich nach Kräften und gemäß meinem Urteil diesen Eid und diesen Vertrag erfüllen werde:

Denjenigen, der mich diese Kunst gelehrt hat, werde ich meinen Eltern gleichstellen und das Leben mit ihm teilen; falls es nötig ist, werde ich ihn mitversorgen. Seine männlichen Nachkommen werde ich wie meine Brüder achten und sie ohne Honorar und ohne Vertrag diese Kunst lehren, wenn sie sie erlernen wollen. Mit Unterricht, Vorlesungen und allen übrigen Aspekten der Ausbildung werde ich meine eigenen Söhne, die Söhne meines Lehrers und diejenigen Schüler versorgen, die nach ärztlichem Brauch den Vertrag unterschrieben und den Eid abgelegt haben, aber sonst niemanden.

Die diätetischen Maßnahmen werde ich nach Kräften und gemäß meinem Urteil zum Nutzen der Kranken einsetzen, Schädigung und Unrecht aber ausschließen.

Ich werde niemandem, nicht einmal auf ausdrückliches Verlangen, ein tödliches Medikament geben, und ich werde auch keinen entsprechenden Rat erteilen; ebenso werde ich keiner Frau ein Abtreibungsmittel aushändigen.

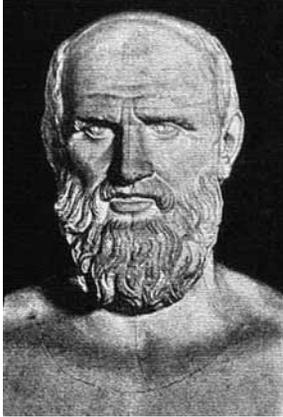
Lauter und gewissenhaft werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren.

Auf keinen Fall werde ich Blasensteinkranke operieren, sondern ich werde hier den Handwerkschirurgen Platz machen, die darin erfahren sind.

In wieviele Häuser ich auch kommen werde, zum Nutzen der Kranken will ich eintreten und mich von jedem vorsätzlichen Unrecht und jeder anderen Sittenlosigkeit fernhalten, auch von sexuellen Handlungen mit Frauen und Männern, sowohl Freien als auch Sklaven.

Über alles, was ich während oder außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen sehe oder höre und das man nicht nach draußen tragen darf, werde ich schweigen und es geheimhalten.

Wenn ich diesen meinen Eid erfülle und ihn nicht antaste, so möge ich mein Leben und meine Kunst genießen, gerühmt bei allen Menschen für alle Zeiten; wenn ich ihn aber übertrete und meineidig werde, dann soll das Gegenteil davon geschehen.



Vom Leben des berühmten Arztes Hippokrates, dem „Vater der modernen Medizin“, ist nur wenig bekannt. Hippokrates wurde vermutlich um 460 vor Christus auf der griechischen Insel Kos geboren. bereits als Kind soll er von seinem Vater Herakleides, ebenfalls Arzt, in die Medizin eingeführt worden sein. Der damaligen Sitte gemäß verließ Hippokrates seine Heimat und zog als Wanderarzt von Stadt zu Stadt, um seine ärztliche Kunst auszuüben und Erfahrungen zu sammeln. Bis nach Ägypten soll Hippokrates gekommen sein, wo er angeblich drei Jahre verbrachte und die ägyptische Medizin kennenlernte. Von dort kehrte er nach Kos zurück, praktizierte auf seiner Heimatinsel und gründete eine eigene, einflussreiche Schule der Medizin. Zwischen 380 und 370 vor Christus ist Hippokrates in der Nähe der griechischen Stadt Larissa nördlich von Athen gestorben.

Bei Hippokrates selbst findet sich keine Erwähnung des Eides, ebenso wenig in zeitgenössischen Quellen. Die älteste bekannte Erwähnung stammt von Scribonius Largus, einem römischen Arzt aus dem Umfeld von Kaiser Claudius, also aus dem 1. Jh. n. Chr. Die zeitliche Lücke zwischen Hippokrates (um 460 bis 370 v. Chr.) und Scribonius Largus wird durch kein Dokument geschlossen. Der Ursprung des Eides verliert sich somit im Dunkel der Geschichte.

Einer Theorie des Altphilologen und Medizinhistorikers Ludwig Edelstein zufolge soll der Eid pythagoreischen Ursprungs sein. Diese These wird heute jedoch kaum noch vertreten, zumal es an Belegen für eine pythagoreische Schule der Medizin mangelt und Edelstein den Eid auch z. T. sehr spekulativ interpretiert hat. Edelsteins Bedeutung liegt vielmehr darin, den Eid entzaubert zu haben. Eine Leistung, die auch heute noch anerkannt wird.

Der Text ist keineswegs eindeutig. Er wurde zudem in seinem Wortlaut immer wieder angepasst. Dies erleichterte die Übernahme des Eides in die spät- und nachantike Welt (Christentum, Islam). Seit der Renaissance bis ins 20. Jahrhundert hinein galt der Eid als Schlüsseldokument antiker ärztlicher Ethik. Seit der Frühen Neuzeit verwendeten auch Promotionseide und Fakultätenstatuten medizinischer Hochschulen Versatzstücke aus dem Eid des Hippokrates, ebenso die Eide anderer medizinischer Berufe (Hebammen, Apotheker usw.).

1804 wurde der Eid des Hippokrates erstmals als Eid für Absolventen der Medizin komplett wörtlich rezipiert - an der Medizinschule von Montpellier. Seit dem 20. Jh. gehört das Verlesen des Eides zu den Promotionszeremonien vieler Hochschulen, vor allem in den USA. In Deutschland findet dies jedoch kaum statt.

Inzwischen wird versucht, den Eid durch Alternativen zu ersetzen, die zeitgemäßer sind.

Die degenerativen Erkrankungen der Halswirbelsäule nehmen zusammen mit denen der Lendenwirbelsäule einen großen Teil der behandlungsbedürftigen Erkrankungen der Wirbelsäule ein. Die Behandlungsstrategien haben in den letzten Jahren erhebliche Veränderungen erfahren.

Eine Übersichtsarbeit aus 2008 (1) vermittelt einen guten Überblick über die verschiedenen Behandlungen der HWS auf dem Boden einer insgesamt noch mangelhaften Studienlage.

Die Behandlungsverfahren haben sich von der reinen Dekompression der Erstbeschreibenden hin zu stabilisierenden und darüber hinaus zu Bewegung erhaltenden Techniken weiter entwickelt. So spielt neben dem Zugang zur Halswirbelsäule heute auch die Art des Implantates eine wesentliche Rolle.

Die Vielzahl der operativen Möglichkeiten mag eine Ursache für das Fehlen von vergleichenden Arbeiten mit hohem Evidenzgrad sein. Zusätzlich spielen Affinitäten der Operateure für einzelne Techniken oder Implantate eine Rolle.

In der o. g. Arbeit unterscheidet der Autor sechs Therapieansätze für degenerative HWS-Erkrankungen. Von konservativen Behandlungen sind anhand des jeweiligen Aufwandes und der Komplexität der Herangehensweise perkutane, endoskopische, mikroskopische bis hin zu arthroplastischen und versteifenden Operationstechniken zu trennen.

Die konservative Behandlung ist eher für „weiche“ Bandscheibenpathologien als für knöcherne und für solche mit Radikulopathien besser geeignet als für Befunde mit begleitender Myelopathie. Die konservative Behandlung umfasst insbesondere Traktion und Röntgen-gestützte Injektionen neben den Methoden der Krankengymnastik und medikamentösen Schmerztherapie.

Nach Heckmann *Heckmann et al. J Spinal Disord 1999* erscheint die operative Behandlung im Vergleich zur konservativen diskussionswürdig, nachdem in einer Nachuntersuchung von 39 konservativ und 21 operativ behandelten Patienten nach 5,5 Jahren kein wesentlicher Unterschied festzustellen war.

Die operativen Verfahren von dorsal zur Dekompression des Spinalkanals (Laminektomie/Laminoplastie) sollten den älteren Patienten mit über 65 Jahren mit mehrsegmentaler Spondylose, verkalktem Längsband und Myelopathie bzw. Radikulopathie vorbehalten sein. Dabei konnten klinische Verbesserungen in 77–85 % der Patienten erzielt werden, aber 10–15 % verschlechterten sich akut nach der Operation, 23 % mit zeitlicher Latenz. Eine weitere Gefahr stellt langfristig die auftretende Kyphose dar. *Kato et al., J Neurosurg 1998*

Die Foraminotomie von dorsal nach Frykholm erbringt bei 90–98 % der Patienten eine Besserung der Beschwerden bei niedriger Komplikationsrate 0–4 %. *Joedicke et al., Surg. Neurolog 2003* Einschränkungen bei der Indikation für dieses Verfahren bestehen lediglich bei medialen Prozessen und Spondylosen.

Das endoskopische Verfahren stellt eine neue und zusätzliche Möglichkeit dar.

Die Operationen von ventral sind mit mehr zugangsbedingten Komplikationen (N. recurrens Parese, Verletzung von Schluck- und Atemwegsorganen) behaftet, bieten aber zahlreiche und unterschiedliche Möglichkeiten, Implantate einzubringen.

Doch auch ohne Einbringen eines Implantats besteht nach Haden *Haden et al. Br J Neurosurg 2005* postoperativ kein Zusammenhang zwischen dem Höhenverlust und der klinischen Symptomatik. Von 140 operierten Patienten boten jedoch 71 eine Lordose nach 12 Monaten, 69 jedoch eine segmentale Kyphose.

Eine Vielzahl von unterschiedlichen Implantaten ist in retrospektiven und monozentrischen Arbeiten beschrieben worden.

Eine prospektive vergleichende Arbeit *Herkwitz et al., Spine 1990* zeigt bei 94 % exzellente und gute Ergebnisse (GOS) nach anteriorer Diskektomie (ACD) mit Implantat, 75 % gute Ergebnisse nach Laminektomie (n = 44 Patienten).

Eine weitere vergleichende Arbeit *Korinth et al., Spine 2006* stellt bei 292 Fällen den ventralen Zugang mit Osteosynthese der Operationsmethode nach Frykholm gegenüber. Gute Ergebnisse nach ventralem Zugang werden in 93,6 %, nach dorsalem Zugang in 85,1 % beschreiben. Die Komplikationen liegen bei 6,5 % bei ventralem Zugang, vs. 1,5 % bei Vorgehen von dorsal.

Eine Foraminotomie von ventral ist sowohl offen und mikrochirurgisch, wie auch endoskopisch beschrieben und gilt als weniger invasiv und die Funktion erhaltend. Zwei Arbeiten beschreiben exzellente und gute Ergebnisse bei 91–98 %. *Jho et al., Neurosurg. 2002; White et al. Br J. Neurosurg. 2007* Eine andere Untersuchung *Hacker et al., J. Neurosurg. Spine 2003* berichtet über Restbeschwerden und notwendige Revisionsoperationen bei bis zu 30 % und rät von dieser Methode als alleiniges Operationsverfahren ab.

Die zunächst für die operative Traumaversorgung etablierte Stabilisierung von ventral mit einer Platte wurde auch für eine schnellere und sichere knöcherne Durchbauung bei Frakturen mit begleitender Instabilität genutzt. Der erwartete Vorteil liegt in einer schnelleren Mobilisierung und dem Verhindern einer Kyphose postoperativ. Eine prospektive, randomisierte Arbeit vergleicht die Diskektomie von ventral mit und ohne Verplattung *Xie et al., Neurosurg. 2007*. Dabei entwickeln weniger Patienten eine Kyphose nach Stabilisierung mit Platte, der Autor betont jedoch, dass der Schlüssel für ein gutes postoperatives Ergebnis nicht nur die Methode an sich ist, son-

dern ganz erheblich vom Klientel abhängt und eine ausreichende Dekompression voraussetzt.

Eine große retrospektive Arbeit (2) mit 488 Patienten aus zwei randomisierten, kontrollierten Studien untersucht prädisponierende Faktoren für ein gutes Operationsergebnis. Dabei werden eine Berufstätigkeit, starke Nackenschmerzen (hoher NDI-Index), das Alter und das Fehlen von Sensibilitätsstörungen als solche Faktoren identifiziert. Die umfangreichen Ausschlusskriterien umfassen jedoch moderate bis hochgradige Spondylosen, eine eingeschränkte HWS-Motilität, sowie eine Längsbandverkalkung und schränken so eine breite Verallgemeinerung der Ergebnisse und Empfehlung ein.

Eine andere prospektive, randomisierte Multicenterstudie (3) vergleicht das Einbringen von Bandscheibenprothesen (Bryan) mit der ventralen Diskektomie und Spondylodese. 12 und 24 Monate postoperativ zeigen sich bei beiden Gruppen (242 Prothesen, 221 ACD) eine signifikante Besserung der Nacken- und Armschmerzen, der Grad der Besserung ist bei den Patienten, die eine Prothese erhielten jedoch signifikant höher. Der Zeitpunkt der Rückkehr in den Arbeitsprozess liegt bei den Patienten mit Prothesen um 13 Wochen niedriger.

Ausschlusskriterien waren auch hier Instabilität, Spondylosen, Facettarthrosen und ein Höhenverlust von über 50 %.

Die unterschiedlichen Befundkonstellationen, verschiedene operative Zugänge sowie die Vielzahl der Implantate für unterschiedliche Behandlungsstrategien und darüber hinaus individuelle Entscheidungen einzelner Chirurgen lassen keine klaren Empfehlungen zu. Zudem existieren wenige Untersuchungen mit entsprechendem Evidenzgrad.

Bericht aus der DGNC-Jahrestagung 2009 in Münster 24.–27. Mai 2009

Vielen Dank für die vielen Rückmeldungen, zum Thema „Operative Tätigkeiten im ambulanten Bereich“. Aus diesen vielen einzelnen Rückmeldungen lässt sich das allgemeine Bild komplettieren, das wir über die Rundfrage zur Aktivität Niedergelassener bereits erhalten hatten. Auch Hochrechnungen durch die Vielzahl der genannten Daten belaufen sich auf annähernd ähnliche Zahlen wie sie sich aus den Hochrechnungen der Befragung ergeben haben. Wir können im Moment davon ausgehen, dass durch Fachpraxen über verschiedene vertragliche Konstruktionen ca. 100 000 Wirbelsäuleneingriffe in Deutschland jährlich durchgeführt werden. Dies wird von den Rückmeldenden unisono auf Qualitätskriterien zurückgeführt, nämlich kurze Wartezeiten, heimatnahe Versorgung, guter Service und letztlich auch für den Patienten zufriedenstellende Ergebnisse, die den Zulauf zu ambulant tätigen Neurochirurgen perpetuieren.

In Münster wurde in mehreren Sitzungen und Versammlungen klar, sowohl vom ersten Vorsitzenden, Herrn Prof. Unterberg, als auch vom zweiten Vorsitzenden der DGNC, Herrn Prof. Meixner, ebenso wie vom ersten Vorsitzenden des BDNC, Herrn Dr. Baum, als auch vom Geschäftsführer, Herrn Dr. Sandvoss, ausgesprochen, dass es sich im zitierten Schreiben nicht nur um Wirbelsäuleneingriffe handelt, die auch von Orthopäden oder Unfallchirurgen durchgeführt werden können. Herr Sandvoss führte weiter aus, die Regelung, wie die Vergütung von Wirbelsäuleneingriffen zu erfolgen hat, und zwar unabhängig vom Erbringer, sei es Unfallchirurg, Orthopäde oder Neurochirurg, in 3 Fällen auf Bundesebe-

ne durch 3 Schiedsgerichtsurteile ganz klar entschieden worden ist, d.h. die Krankenkassen sind verpflichtet, durch Neurochirurgen an orthopädischen oder unfallchirurgischen Einrichtungen durchgeführte Operationen zu vergüten. Ein Krankenhaus kann sich über Konsiliarärzte deren Expertise bedienen, um sein Leistungsspektrum zu verbessern.

Das Schreiben des DGNC an das Gesundheitsministerium in Baden-Württemberg war insofern unspezifisch, als es noch keine Spezifikation der an Haupt- und Belegabteilungen durchzuführen neurochirurgischen Leistungen beinhaltete. Es wurde nun eine Vereinbarung getroffen, in der 2 Mitglieder der Akademie, 2 Mitglieder des DGNC und 2 Mitglieder des BDNC eine solche Liste, die im Vorfeld von Dr. Sandvoss erstellt wird, gemeinsam konsentieren. Diese Liste wird dann in einer gemeinsamen Vorstandssitzung des DGNC und BDNC abschließend als eine Grundlage für eine gemeinsam getragene Antwort an das Gesundheitsministerium in Baden-Württemberg Verwendung finden. Herr Sandvoss hat direkt ausgesprochen, dass dabei Wirbelsäuleneingriffe bis zum Komplexitätsgrad der Kyphoplastie kein Gegenstand der Erörterung darstellen sollen, da diese juristisch mittlerweile geklärt seien. In ähnlicher Form und unter Beteuerung, die Einheit der neurochirurgisch Tätigen in keiner Weise gefährden zu wollen, wurde dies auch von den Vorsitzenden offiziell gesagt. Auch wurde betont, dass die Beantwortung der Anfrage niemals in Richtung Konsiliararztstätigkeit zielte.

Ich hoffe, dass mit dieser allgemeinen Antwort und den entsprechenden gemeinsamen Beschlüssen zur spezifizierten Liste neurochirurgischer Tätigkeiten für Haupt- und Belegabteilungen eine erste Klärung erfolgt ist, die mit Erstellung der Liste dann auch als Richtschnur dienen kann, die weitere Versorgung durch Neurochirurgen in Deutschland zu regeln. Sollten wir Neu-

rochirurgen es nicht schaffen, mit einer Stimme zu sprechen und gemeinsam unsere Stärken im Rahmen der Gesundheitspolitik umzusetzen, so wird die Neurochirurgie weiter marginalisiert werden und zwischen interventionellen Radiologen, anästhesiologischen Schmerztherapeuten, unfallchirurgischen Wirbelsäulenspezialisten sowie Chemotherapie und Strahlentherapie verschwinden.

Ich persönlich glaube, dass in Münster ein wichtiger Schritt gemacht worden ist, klarzumachen, dass mehr als 40% der neurochirurgisch Tätigen im ambulanten Bereich bereit sind, ihren Teil der Verantwortung für eine gemeinsame neurochirurgische Gesundheitspolitik zu tragen. Wenn dabei Kriterien der Qualität eine führende Rolle spielen sollen, können wir das nur befürworten und unterstützen und natürlich auch diese Qualität von den anderen Beteiligten einfordern.

Der Kongress in Münster war durch den Kongresspräsidenten und seine Mitarbeiter exzellent vorbereitet und unter vielen Aspekten sehr erfreulich und erfolgreich. An dieser Stelle auch aus Sicht der niedergelassenen Kollegen einen herzlichen Dank für die Mühen, Aufwendungen und dem hohen Einsatz. Nicht nur deswegen, weil es diesmal das erste Mal gelang, die Sitzung der Niedergelassenen offiziell ins Programm aufzunehmen und, was mich ganz besonders gefreut hat, dass es eine eigene Sitzung zum Thema „Qualität und Standards“ gab, deren Beiträge sich dem Thema z.T. etwas unkonventionell, jedoch interessant, nährten. Es zeigte jedoch deutlich, dass in der Neurochirurgie der Anschluss an die Szene für Patientensicherheit und Qualitätsmanagement noch nicht gelungen ist und das dort noch eine große Lücke zu schließen ist, wenn man sich vergleichbare Veranstaltungen der GQMG oder „Aktion Patientensicherheit“ ansieht.

Die beiden Sitzungen des DGNC und des BDNC verliefen ruhig und geordnet. Für den erweiterten Vorstand wurden als Vertreter der Chefärzte Herr Krämer und als Vertreter der Oberärzte Herr Kaminsky, als Vertreter der Assistenzärzte Herr Emani und als Vertreter der niedergelassenen Ärzte Herr Poimann gewählt. Als Sprecher der Sektion Wirbelsäule wurde Herr Tomei mit deutlicher Mehrheit gewählt, da er Herr Börm als „President elect“ der Deutschen Gesellschaft für Wirbelsäule sein Amt als Sektionssprecher nicht mehr wahrnehmen wird können.

Herr Reulen wird im Referat I über das Bundesamt für Statistik aktuelle Zahlen ermitteln, welche operative Procedures durch Neurochirurgen tatsächlich durchgeführt werden. Diese Zahlen werden spannend werden im Hinblick auf die von uns bereits erhobenen und hochgerechneten Eingriffszahlen.

Obwohl wir im ambulanten Bereich bereits eine hohe Durchdringung mit Qualitätsmanagement besitzen, möchte ich doch bei der großen Anzahl von Wirbelsäuleneingriffen, die wir durchführen, auf die bestehenden und sehr hilfreichen Leitlinien der wissenschaftlichen Gesellschaft für Wirbelsäuleneingriffe hinweisen. Ich bitte aus verschiedenen Gründen, insbesondere auch juristischen Implikationen, Abweichungen von der Leitlinie mit einer dokumentierten Begründung im Einzelfall zu versehen. Dies ist für Gutachter an Schlichtungsstellen und auch für Hauptgutachter in juristischen Auseinandersetzungen extrem hilfreich, um gutes und adäquates ärztliches Handeln, in diesem Fall neurochirurgische Entscheidungen, nachvollziehen zu können.

Das Zertifikat „vaskuläre Neurochirurgie“ wurde mit großer Mehrheit verabschiedet, so dass die verschiedenen Subdisziplinen der Neurochirurgie nun eigene Zertifikate und Kriterien haben, was

für eine Binnendifferenzierung im Bereich der Neurochirurgie sicher hilfreich ist und auch für die Zentrenbildung in Bezug auf Ausbildung eine graduelle Umgestaltung der universitären Kliniken und Hauptabteilungen nach sich ziehen wird.

Abschließend möchte ich noch auf die nächste Jahrestagung vom 22.–25.9.2010 in Mannheim

hinweisen, bei der die DGNC zusammen mit den Neurologen, Neuroradiologen und anderen neurologischen Fächern einen großen gemeinsamen Kongress organisieren wird.

Es wird dabei zu einem joined meeting mit der Brasilianischen Gesellschaft für Neurochirurgie kommen. Bitte Vorplanen!
H. P.

Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis*

1. Einleitung

Die ärztliche Schweigepflicht gilt gem. § 203 Strafgesetzbuch (StGB) i. V. m. § 9 (Muster-)Berufsordnung (MBO) umfassend für das ärztliche Behandlungsverhältnis. Danach haben Ärzte über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist – auch über den Tod des Patienten hinaus – zu schweigen. Darüber hinaus sind vom Arzt die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) zu beachten, da es sich bei den Patientendaten um schützenswerte patientenbezogene Daten handelt. Dies betrifft insbesondere die Datenerhebung sowie die Datenübermittlung. Die Verpflichtung zur Dokumentation ergibt sich aus § 10 Abs. 1 MBO und als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag.

.....
* Diese für den Bereich der ärztlichen Praxis entwickelten datenschutzrechtlichen Empfehlungen können auf den Bereich des Krankenhauses nicht uneingeschränkt übertragen werden, da der Bereich der Datenverarbeitung im Krankenhaus zum Teil durch besondere Landesdatenschutzgesetze geregelt ist und zudem die Organisationsabläufe in Krankenhäusern Modifikationen der hier entwickelten Grundsätze erfordern.

Unabhängig vom gewählten Medium der Datenverarbeitung und Nutzung muss der Arzt beim Umgang mit Patientendaten folgende Grundsätze beachten:

- das Persönlichkeitsrecht des Patienten in der Ausprägung des informationellen Selbstbestimmungsrechts
- die Wahrung des Patientengeheimnisses
- die Dokumentation der Behandlungsabläufe und -ergebnisse
- das Recht des Patienten, in der Regel Einsicht in die objektiven Teile der ärztlichen Aufzeichnungen zu nehmen
- subjektive Einschätzungen können, müssen aber nicht offenbart werden.

Der Einsatz von EDV in der Arztpraxis kann nicht mit der für den privaten Gebrauch erfolgten Nutzung von Computern verglichen werden. Deshalb sind beim beruflichen Einsatz in der Arztpraxis auch aus strafrechtlichen und haftungsrechtlichen Gründen besondere Schutzvorkehrungen erforderlich, die nachfolgend beschrieben werden. Besondere Bedeutung kommt der Technischen Anlage** zu. Diese gibt einen kompakten und weitgehend allgemeinverständlichen Überblick über die zu empfehlenden IT-Sicherheitsmaßnahmen in den Arztpraxen.

.....
** Erscheint in einer der nächsten Ausgaben der ZfaNch.

2. Die ärztliche Schweigepflicht

2.1 Rechtsgrundlagen

Die ärztliche Schweigepflicht ist in § 203 StGB und in § 9 der MBO geregelt. Nach § 203 Abs. 1 StGB macht sich strafbar, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis offenbart, das ihm als Arzt anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist. Nach § 9 MBO haben Ärzte über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist, zu schweigen.

2.2 Reichweite

Die ärztliche Schweigepflicht umfasst alle Tatsachen, die nur einem bestimmten, abgrenzbaren Personenkreis bekannt sind und an deren Geheimhaltung der Patient ein verständliches, also sachlich begründetes und damit schutzwürdiges Interesse hat. Sie ist grundsätzlich auch gegenüber anderen Ärzten, Familienangehörigen des Patienten sowie eigenen Familienangehörigen zu beachten. Auch nach dem Tod des Patienten besteht die ärztliche Schweigepflicht fort.

2.3 Adressaten der Schweigepflicht

Der strafrechtlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB unterliegen neben dem Arzt auch Angehörige eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert. Diesen Personen stehen des Weiteren ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind.

2.4 Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht

Eine Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht ist zulässig, wenn gesetzliche Vorschriften dem Arzt eine Pflicht oder ein Recht zur Offenba-

rung auferlegen bzw. geben. Der Arzt ist des Weiteren berechtigt, Informationen weiterzugeben, wenn der Patient seine Einwilligung ausdrücklich oder konkludent erteilt hat. Eine konkludente bzw. stillschweigende Einwilligung liegt immer dann vor, wenn der Patient aufgrund der Umstände von einer Informationsweitergabe durch den Arzt an Dritte ausgehen muss. Eine Offenbarungsbefugnis kann sich darüber hinaus auch aus der sog. mutmaßlichen Einwilligung ergeben, wenn der Patient seine Einwilligung nicht erklären kann, beispielsweise weil er ohne Bewusstsein ist. Die mutmaßliche Einwilligung ist gegeben, wenn der Arzt davon ausgehen kann, dass der Patient im Fall seiner Befragung mit der Offenbarung einverstanden wäre, oder wenn offenkundig ist, dass der Patient auf eine Befragung keinen Wert legt.

3. Datenschutzgesetze

3.1 Rechtsgrundlagen

Anwendbar für den Arzt bzw. die Arztpraxis ist das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). § 4 BDSG beschreibt den Grundsatz der Zulässigkeit der Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung. Diese sind nur zulässig, soweit das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift dies erlaubt oder anordnet oder der Betroffene eingewilligt hat. Für den Arzt sind des Weiteren die Regelungen des Dritten Abschnitts des BDSG relevant. Dieser regelt u. a. das Erheben, Speichern, Verändern oder Übermitteln personenbezogener Daten oder ihre Nutzung als Mittel für die Erfüllung eigener Geschäftszwecke.

3.2 Betrieblicher Datenschutzbeauftragter

Nach § 4 f BDSG sind auch nicht-öffentliche Stellen, die Patientendaten automatisiert verarbeiten, verpflichtet, einen betrieblichen Datenschutzbeauftragten zu bestellen. Nach § 4 f BDSG

besteht diese Verpflichtung immer dann, wenn mehr als neun Personen ständig mit der automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten beschäftigt sind. Bei der Ermittlung der Anzahl der Personen sind die Mitarbeiter(innen) zu berücksichtigen, die nicht nur gelegentlich mit der Datenverarbeitung beschäftigt sind; dies sind typischerweise die Mitarbeiter(innen), die z. B. mit der Datenerfassung (Empfang) oder Datenverarbeitung (Abrechnung) befasst sind. Erfasst werden auch angestellte Ärzte, Auszubildende sowie sonstige freie Mitarbeiter, aber nicht der Praxisinhaber selbst. Ständig beschäftigt ist eine Person, wenn sie für diese Aufgabe, die nicht ihre Hauptaufgabe zu sein braucht, auf unbestimmte, zumindest aber längere Zeit vorgesehen ist und sie entsprechend wahrnimmt.

§ 4 f Abs. 2 BDSG legt die qualitativen Anforderungen an betriebliche Datenschutzbeauftragte fest. Zum betrieblichen Datenschutzbeauftragten kann nur bestellt werden, wer die zur Erfüllung der Aufgaben erforderliche Fachkunde und Zuverlässigkeit besitzt. Das Maß der erforderlichen Fachkunde bestimmt sich nach dem Umfang der Datenverarbeitung und dem Schutzbedarf der personenbezogenen Daten. Zur erforderlichen Fachkunde gehören neben guten Kenntnissen über die technischen Gegebenheiten auch gute Kenntnisse über die rechtlichen Regelungen, insbesondere über die ärztliche Schweigepflicht. Auch ein Mitarbeiter der Arztpraxis, der über entsprechende Kenntnisse verfügt, kann zum betrieblichen Datenschutzbeauftragten bestellt werden. Die Fachkenntnisse können auch über Schulungen, die beispielsweise von den Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen angeboten werden, erworben werden.

Da das BDSG in § 4 f Abs. 2 Satz 3 nunmehr ausdrücklich auch den externen Datenschutzbeauftragten vorsieht, kann mit der Wahrnehmung der Funktion des betrieblichen Datenschutzbe-

auftragten in Arztpraxen auch ein Externer beauftragt werden. Diesem steht ebenso wie dem Arzt ein Zeugnisverweigerungsrecht zu. Im Übrigen wird ihm gem. § 203 Abs. 2 a StGB eine strafbewehrte Schweigepflicht auferlegt.

3.3 Berichtigung, Löschen und Sperren von Daten

Sowohl aus dem Behandlungsvertrag als auch aus den datenschutzrechtlichen Vorschriften (§ 35 BDSG) folgt die Verpflichtung, unrichtige Daten zu berichtigen. Dies gilt allerdings nicht für Verdachtsdiagnosen. Ein Anspruch auf Löschung und Sperrung der patientenbezogenen Daten kommt nicht in Betracht, solange eine aus dem Behandlungsvertrag und aus dem Berufsrecht vorliegende Aufbewahrungsfrist besteht. Diese beträgt i. d. R. wenigstens zehn Jahre (§ 10 Abs. 3 MBO, § 57 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), § 13 Abs. 10 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen (EKV)).

Eine Löschung von personenbezogenen Daten kann in dem Zeitraum, in dem eine Verpflichtung zur Aufbewahrung der ärztlichen Dokumentation besteht, nicht verlangt werden.

3.4 Technische und organisatorische Maßnahmen nach § 9 BDSG

Das Vertrauen in eine auf elektronischen Datenträgern erstellte medizinische Dokumentation wird auch dadurch erhöht, dass der Arzt die in § 9 BDSG und in der Anlage zu § 9 Satz 1 BDSG entwickelten Grundsätze beachtet. Diesen Grundsätzen wird durch Beachtung der Technischen Anlage (vgl. Kapitel 2) entsprochen.

4. Ärztliche Dokumentation

4.1 Rechtsgrundlage

Die Verpflichtung zur Dokumentation ergibt sich aus § 10 Abs. 1 MBO, § 57 Abs. 3 BMV-Ä bzw. § 13

Abs. 10 EKV sowie aus anderen gesetzlichen Vorschriften (z. B. Röntgenverordnung) und aus dem Behandlungsvertrag. Nach § 10 Abs. 1 MBO haben Ärzte über die in Ausübung ihres Berufs gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Diese sind nicht nur Gedächtnisstützen für den Arzt, sie dienen auch dem Interesse der Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.

Das Erstellen einer ärztlichen Kartei (Krankenakte) ist datenschutzrechtlich das Erheben und Speichern personenbezogener Daten. Der Arzt ist im Rahmen der Zweckbestimmung des Behandlungsvertrags verpflichtet und berechtigt, die von ihm als notwendig erachteten Daten zu dokumentieren (erheben und speichern – § 28 Abs. 1 BDSG –). Entsprechend dieser vertraglichen Verpflichtung bedarf es zur bloßen Erstellung einer Patientenakte keiner gesonderten Einwilligung des Patienten. Im Rahmen der Zweckbestimmung des Patientenvertrags ist das Speichern von Patientendaten auch mittels EDV zulässig. Einer gesonderten Einwilligung und Benachrichtigung des Patienten bedarf es auch hier nicht.

4.2 Schutz vor Einsichtnahme und Zugriff

Auch beim Umgang mit Patientendaten in der Arztpraxis selbst ist das informationelle Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu beachten. Diesem Gedanken muss der Arzt dadurch Rechnung tragen, dass er sowohl bei konventionellen Patientenakten als auch beim Einsatz von Datenverarbeitungstechniken gewährleistet, dass sowohl im Empfangsbereich als auch in den Behandlungsräumen unbefugte Dritte keinen Zugriff (Einblick) in die Patientendaten erhalten. So sollten Patientenakten in keinem Fall so bereitgelegt werden, dass etwa Patienten Daten anderer Patienten zur Kenntnis nehmen können. Dement-

sprechend sind Bildschirme so aufzustellen, dass sie nur vom Arzt und dem Praxispersonal eingesehen werden können. Gegebenenfalls muss der EDV-Arbeitsplatz gesperrt werden, sodass auch wartende Patienten in Abwesenheit von Arzt- und Praxispersonal keine Möglichkeit haben, Patientendaten zur Kenntnis zu nehmen.

4.3 Aufbewahrungsfristen

Ärztliche Aufzeichnungen sind für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht. Längere Aufbewahrungsfristen ergeben sich beispielsweise für Aufzeichnungen über Röntgenbehandlung gem. § 28 Abs. 3 Satz 1 Röntgenverordnung und für die Anwendung von Blutprodukten nach § 14 Abs. 3 Transfusionsgesetz. Zu beachten ist aber auch die zivilrechtliche Verjährungsfrist, die für Ansprüche eines Patienten gegen seinen Arzt nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) gilt. Zwar beläuft sich die Verjährungsfrist grundsätzlich auf drei Jahre gem. § 195 BGB, diese Frist beginnt jedoch erst mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Patient von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schädigers Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit hätte erlangen müssen. Dies kann im Einzelfall bis zu 30 Jahre nach Abschluss der Behandlung der Fall sein. Daher sollte der Arzt seine Aufzeichnungen über die jeweils vorgeschriebene Aufbewahrungsfrist hinaus solange aufbewahren, bis aus medizinischer Sicht keine Schadenersatzansprüche mehr zu erwarten sind.

4.4 Elektronische Dokumentation

4.4.1 Eigene Dokumentation

Nach § 10 Abs. 5 MBO bedürfen Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien besonderer Sicherungs- und

Schutzmaßnahmen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern. Um eine beweissichere elektronische Dokumentation zu erreichen, muss das Dokument mit einer qualifizierten elektronischen Signatur des Arztes versehen werden, wenn dieser auf eine herkömmliche schriftliche Dokumentation verzichten will (vgl. Kapitel 11 der Technischen Anlage). Auf diese elektronischen Dokumente, die mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehen sind, finden nach § 371 a Abs. 1 ZPO i. d. F. des Gesetzes über die Verwendung elektronischer Kommunikationsformen in der Justiz (Justizkommunikationsgesetz) die Vorschriften über die Beweiskraft privater Urkunden entsprechend Anwendung. Der Anschein der Echtheit einer in elektronischer Form vorliegenden Erklärung, der sich aufgrund der Prüfung nach dem Signaturgesetz ergibt, kann nur durch Tatsachen erschüttert werden, die ernsthafte Zweifel darin begründen, dass die Erklärung vom Signaturschlüsselinhaber abgegeben worden ist. Insofern ist die Beweiskraft für elektronische Dokumente, die mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehen sind, mit schriftlichen Dokumenten vergleichbar. Dies hat allerdings zur Folge, dass ein qualifiziert signiertes Dokument nicht mehr inhaltlich verändert werden kann, ohne die Signatur zu zerstören. Aus diesem Grund müssen Ergänzungen sowie Berichtigungen in einem gesonderten Dokument festgehalten und dieses mit dem Ursprungsdokument untrennbar verbunden werden. Technisch ist das durch eine „elektronische Klammer“ möglich, z. B. so, dass beide Dokumente in einem gemeinsamen „Container“ verpackt werden, der ebenfalls mit einer qualifizierten Signatur versehen wird. Um eine langfristige Archivierung zu ermöglichen, wird empfohlen, Signaturen von akkreditierten Zertifizierungsdiensteanbietern zu verwenden.

4.4.2 Externe Dokumente

Erhält der Arzt externe Dokumente (z. B. Arztbriefe), so kann er, sofern die Dokumente mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehen sind, diese in die eigene Dokumentation übertragen. Werden dem Arzt jedoch die Dokumente in Schriftform übermittelt, so besteht die Problematik der Umwandlung in eine elektronische Form, sofern der Arzt auf eine schriftliche Dokumentation vollständig verzichten möchte. Die Umwandlung kann durch „Einscannen“ des schriftlichen Dokuments erfolgen. Der Nachweis, dass das elektronische Dokument dem schriftlichen Originaldokument entspricht, kann in der Regel nur durch den Vergleich beider Dokumente erbracht werden. Eine solche Handhabung würde aber dem Sinn und Zweck der elektronischen Dokumentation widersprechen, da auch das Originaldokument aufbewahrt werden müsste. Die Lösung kann darin bestehen, dass das elektronische Dokument mit einem Vermerk versehen wird, wann und durch wen das Originaldokument in eine elektronische Form übertragen worden ist, und dass die Wiedergabe auf dem Bildschirm und damit auch in der elektronischen Datei mit dem Originaldokument inhaltlich und bildlich übereinstimmt. Um zu verhindern, dass die schriftlichen Originaldokumente nicht vollständig erfasst werden, sind beide Seiten einzuscannen, auch wenn die Rückseite inhaltlich leer sein sollte. Alternativ kann in dem o. g. Vermerk auch ein ausdrücklicher Hinweis aufgenommen werden, dass nach der Transformation eine Überprüfung auf Vollständigkeit erfolgt ist.

Aber auch durch diese Maßnahme kann nicht der Beweiswert des schriftlichen Originaldokuments erreicht werden. Die Umwandlung in eine elektronische Form und die Vernichtung des Originaldokuments können daher nur empfohlen werden, wenn das Dokument bei einer anderen Stelle (z. B. bei dem Verfasser des Arztbriefes)

noch zu einem Vergleich zur Verfügung steht. Die Aufbewahrung des Originals ist darüber hinaus in besonders schadensträchtigen Fällen zu befürworten. Der Arzt sollte in jedem Fall angesichts der Beweissituation sorgfältig abwägen, ob er das Originaldokument vernichtet.

5. Einsichtnahme, Auskunft und Übermittlung

5.1 Auskunftsrecht des Patienten

Von der Rechtsprechung wurde als Ausfluss aus dem Persönlichkeitsrecht für Patienten das Recht auf Einsicht in ärztliche Aufzeichnungen entwickelt. Ein vergleichbarer Grundsatz wurde auch im Rahmen des Datenschutzes entwickelt. Aus dem informationellen Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen wird das Recht hergeleitet, Auskunft über alle gespeicherten personenbezogenen Daten zu erlangen. Dieses datenschutzrechtliche Auskunftsrecht verdrängt nicht das aus dem allgemeinen Arztrecht folgende Einsichtsrecht. Vielmehr gelten die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zum Einsichtsrecht des Patienten uneingeschränkt auch dann, wenn diese Dokumentation auf elektronischen Medien erfolgt, d. h., das Einsichtsrecht umfasst den objektiven Teil der ärztlichen Aufzeichnungen. Diese sind i. d. R. die naturwissenschaftlichen konkretisierbaren Befunde über Behandlungsmaßnahmen, Angaben über Medikation und Operationsberichte, aber auch z. B. EKG, EEG, Röntgenaufnahmen und Laborergebnisse. Demgegenüber ist der Arzt nicht verpflichtet, den Teil der Aufzeichnungen zu offenbaren, der seine persönlichen Eindrücke über den Patienten oder dessen Angehörige umfasst; auch müssen erste Verdachtsdiagnosen oder Bemerkungen zu einem bestimmten Verhalten des Patienten zur Behandlung nicht offenbart werden. Der Beschluss des Bundesverfas-

sungsgerichts vom 9. 1. 2006 (Az.: 2 BvR 443/02) zu dem verfassungsrechtlich geschützten Interesse einer im Maßregelvollzug untergebrachten Person stellt eine Einzelfallentscheidung in Bezug auf ein besonderes Verhältnis (Strafgefangener) dar und ist nicht übertragbar auf andere Bereiche.

In Ausnahmefällen kann das grundsätzlich bestehende Einsichtsrecht im Hinblick auf therapeutische Rücksichten eingeschränkt werden. Dies gilt insbesondere für psychiatrische Erkrankungen, weil in diesen Aufzeichnungen die Persönlichkeit des Arztes ebenso wie dritter Personen umfassender einfließt und spezifische therapeutische Risiken aus einer Rekonstruktion verarbeiteter Problemfelder für den Patienten entstehen können.

Das Einsichtsrecht des Patienten in die ärztliche Aufzeichnung ist bei herkömmlicher Dokumentation durch die konkrete Einsichtnahme des Patienten in den entsprechenden Teil der ärztlichen Aufzeichnungen zu gewähren. Es kann aber auch auf Verlangen des Patienten durch Zurverfügungstellen z. B. von Fotokopien oder Ausdrucken sichergestellt werden.

Wenn der Arzt demgegenüber einen Praxiscomputer einsetzt, sollte er dem Patienten lediglich Zugang zu dem Teil der Patientendatei gewähren, der seine personenbezogenen Daten beinhaltet. In keinem Fall sollte dem Patienten die Möglichkeit eingeräumt werden, sich etwa selbst an den Praxiscomputer zu begeben; vielmehr sollte ein Ausdruck der ärztlichen Aufzeichnungen zur Verfügung gestellt oder dem Patienten die ihn betreffenden Dokumente mittels geschützter elektronischer Kommunikation übermittelt werden (vgl. Kapitel 5 der Technischen Anlage).

5.2 Übermittlung an Dritte

Wenn auch davon ausgegangen werden kann, dass das Erstellen einer (elektronischen) Patientendatei bereits aus dem Zweck des Behand-

berichte und informationen

lungsvertrages hergeleitet werden kann, gilt dieses nicht für die Übermittlung von Patientendaten, und zwar unabhängig von der Frage, ob diese Daten elektronisch auf Datenträgern oder in herkömmlicher Weise an Dritte übermittelt werden.

Die Übermittlung von Patientendaten ist nur zulässig, wenn sie entweder durch eine gesetzliche Vorschrift, durch die Einwilligung des Patienten oder aber durch einen besonderen Rechtfertigungsgrund legitimiert ist; anderenfalls läuft der Arzt Gefahr, die ärztliche Schweigepflicht (§ 203 StGB i. V. m. § 9 MBO) zu verletzen und gegen datenschutzrechtliche Vorschriften zu verstoßen. Dies gilt grundsätzlich auch bei der Übermittlung von Daten von Arzt zu Arzt. In Fällen der Mit- und Nachbehandlung (z. B. Überweisung) sind Ärzte insoweit von der Schweigepflicht befreit, als dass das Einverständnis des Patienten anzunehmen ist.

Gesetzliche Übermittlungsbefugnisse und -pflichten finden sich insbesondere

- im Sozialgesetzbuch V (SGB V) für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung, zur Übermittlung an die Kassenärztlichen Vereinigungen, z. B.
- zum Zweck der Abrechnung (§ 295 SGB V auch i. V. m. § 106 a SGB V [Abrechnungsprüfung])
- zum Zweck der Wirtschaftlichkeitsprüfung (§§ 296, 297 SGB V)
- zum Zweck der Qualitätssicherung (§ 298 SGB V)
- zur Übermittlung an die Krankenkasse, z. B. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (§ 284 i. V. m. § 295 SGB V)
- zur Übermittlung an den medizinischen Dienst (§§ 276, 277 SGB V).

Weitere gesetzliche Übermittlungsbefugnisse und -pflichten finden sich in

- dem Infektionsschutzgesetz (§§ 6 ff. IfSG)
- den Krebsregistergesetzen der Länder

- der Röntgenverordnung (§ 17 a RöV, § 28 Abs. 8 RöV)
- der Strahlenschutzverordnung (§ 42 StrlSchV)
- dem Betäubungsmittelgesetz i. V. m. der BTMVV (§ 5 a BTMVV)
- SGB VII (Gesetzliche Unfallversicherung) (§§ 201 ff. SGB VII)
- im Personenstandsgesetz (§§ 16, 17 PStG).

Soweit keine gesetzliche Übermittlungsbefugnis vorliegt, kann ausnahmsweise ohne Einwilligung des Patienten eine Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht dann gerechtfertigt sein, wenn eine nicht anders abwendbare Gefahr für ein höherwertiges Rechtsgut, wie Leben, Gesundheit und Freiheit, abgewehrt werden soll (§ 34 StGB).

Darüber hinaus kann der Arzt im Einzelfall im Rahmen der Wahrnehmung berechtigter Interessen, etwa bei strafrechtlichen Ermittlungsverfahren, gegen ihn selbst oder aber auch im Rahmen der Durchsetzung zivilrechtlicher Ansprüche gegen den Patienten befugt und berechtigt sein, die ihm anvertrauten Patientendaten zu offenbaren.

Soweit weder eine gesetzliche Offenbarungsbefugnis besteht, noch darüber hinaus ein besonderer Rechtfertigungsgrund vorliegt, darf eine Übermittlung personenbezogener Patientendaten nur dann erfolgen, wenn eine ausdrückliche oder stillschweigende Einwilligung des Patienten vorliegt. Die Einwilligungserklärung muss sich auf den konkreten Übermittlungsvorgang beziehen. Es ist nicht ausreichend, wenn beim Abschluss eines Behandlungsvertrages pauschal für alle denkbaren Fälle der Datenweitergabe eine vorweggenommene Einwilligungserklärung des Patienten in eine Datenübermittlung eingeholt wird.

Die Weitergabe von Patientendaten an private Versicherungen muss ebenfalls durch die Zustimmung des Patienten legitimiert sein. In diesen Fällen sollte die Schweigepflichtentbindung auf den

aktuellen Anlass bezogen sein, auch hier reicht eine pauschale Einwilligung nicht aus. Die Auskunft ist nur im Rahmen der Schweigepflichtentbindung zulässig. Es wird empfohlen, die Unterlagen dem Patienten zu übergeben, damit dieser entscheidet, was er an die Versicherung weitergibt.

Auch die Weitergabe von Daten an privatärztliche Verrechnungsstellen bedarf der Einwilligung des Patienten.

Die Weitergabe von Daten im Rahmen einer Praxisveräußerung kann grundsätzlich ebenfalls nur dann erfolgen, wenn eine Einwilligung des Patienten in die Datenweitergabe herbeigeführt worden ist. Soweit in diesen Fällen keine Einwilligung der Patienten herbeigeführt werden kann, kann der abgebende Arzt seine ärztlichen Aufzeichnungen dem übernehmenden Arzt im Rahmen eines Verwahrungsvertrages in Obhut geben. Der übernehmende Arzt muss diese Patientendaten unter Verschluss halten und darf sie nur mit Einwilligung des Patienten einsehen oder weitergeben (§ 10 Abs. 4 MBO).

Soweit der Arzt nicht zweifelsfrei klären kann, ob eine Übermittlungsbefugnis besteht, empfiehlt es sich, eine schriftliche Einwilligungserklärung des Patienten vor der Datenübermittlung einzuholen. Gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V ist bei der Übermittlung von patientenbezogenen Daten vom Facharzt an den Hausarzt eine schriftliche Einwilligung des Patienten zwingend erforderlich.

5.3 Externe elektronische Kommunikation

Die sicherste Möglichkeit, Patientendaten zu schützen, ist es, den Rechner mit Patientendaten von dem Rechner zu trennen, über den die Internetverbindung hergestellt werden soll (sog. Stand-alone-Gerät). Soweit eine Verbindung mit dem Praxisrechner erfolgt, sollten die Patientendaten auf dem Praxiscomputer verschlüsselt gespeichert und eine hochwertige, regelmäßig gewartete und aktualisierte Firewall verwendet

werden. Auf diese Weise kann verhindert werden, dass Dritte unbemerkt eine Verbindung aufbauen, Schaden stiftende Programme in dem Praxiscomputer installieren und/oder den Datenbestand ausspähen, verändern oder löschen. Es wird empfohlen, den in der Anlage (vgl. Kapitel 3 der Technischen Anlage) dargestellten technischen Vorgaben zu folgen. Kann dies nicht sichergestellt werden, so sind Patientendaten auf einem Praxiscomputer zu speichern, der über keinen Internetanschluss verfügt.

Übermittelt der Arzt Dokumente über ein öffentliches Datennetz (Internet), so sollte er sicherstellen, dass der Zugriff Unbefugter auf die Dokumente ausgeschlossen ist. Die zu übermittelnden Daten müssen daher durch ein hinreichend sicheres Verfahren verschlüsselt werden (vgl. Kapitel 5 der Technischen Anlage).

Zur Sicherung der Authentizität bedarf es einer qualifizierten elektronischen Signatur. Ein noch höheres Sicherheitsniveau wird durch die Nutzung eines gesicherten Datennetzes, in dem die Datenpakete nochmals verschlüsselt werden, erreicht. Dies kann insbesondere für die Nutzung in Praxisnetzen relevant sein.

Bei einer Übertragung per Fax ist darauf zu achten, dass im Rahmen einer Abgangskontrolle die richtige Faxnummer und der richtige Adressat angewählt werden. Bei der Übersendung ist sicherzustellen, dass dort, wo die Daten ankommen, nur Berechtigte von den Daten Kenntnis nehmen können. Vor Absendung des Faxes ist deshalb gegebenenfalls eine telefonische Rücksprache mit dem Empfänger erforderlich.

Nutzt der Arzt die sogenannte Internet-Telefonie (Voice-over-IP), so ist darauf zu achten, dass keine Daten von Patienten weitergegeben werden, da die Gespräche in der Regel derzeit nicht abhörsicher sind. Die „Internet-Telefonie“ kann daher nicht als Ersatz für die herkömmliche telefonische Kommunikation dienen, wenn nicht

besondere Schutzvorkehrungen (vgl. Kapitel 4.3 der Technischen Anlage) getroffen werden.

6. Weitere Grundsätze beim Einsatz von EDV in der Arztpraxis

Der Einsatz von EDV-Technik in der Praxis des niedergelassenen Arztes erfordert nicht nur die Beachtung der aufgezeigten rechtlichen Rahmenbedingungen, sondern macht es auch erforderlich, dass der organisatorische Ablauf den Besonderheiten des Einsatzes dieses Mediums Rechnung trägt. Auch durch die Beachtung dieser organisatorischen Hinweise kann dazu beigetragen werden, den in § 10 Abs. 5 der MBO aufgestellten Anforderungen Genüge zu tun. Im Einzelnen sollte der Arzt Folgendes beachten:

Zur Sicherung der Patientendaten sind täglich Sicherungskopien auf geeigneten externen Medien zu erstellen.

Der Arzt muss während der vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (i. d. R. zehn Jahre – § 10 Abs. 3 MBO) in der Lage sein, auch nach einem Wechsel des EDV-Systems oder der Programme innerhalb angemessener Zeit die EDV-mäßig dokumentierten Informationen lesbar und verfügbar zu machen.

Die (Fern-)Wartung von EDV-Systemen in Arztpraxen ist dann zulässig, wenn das System die Möglichkeit bietet, dass die einzelnen Maßnahmen durch den Arzt autorisiert und überwacht werden können. Es handelt sich hierbei um eine Prüfung oder Wartung automatisierter Verfahren oder von Datenverarbeitungsanlagen durch Externe gem. § 11 Abs. 5 BDSG. Dabei sind die für die Datenverarbeitung im Auftrag geltenden Grundsätze gem. § 11 Abs. 1 bis Abs. 4 BDSG zu beachten. Der Arzt ist weiterhin für die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften verantwortlich. Er hat den Auftragnehmer unter besonderer

Berücksichtigung der Eignung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen sorgfältig auszuwählen. Er hat sich also vor der Auftragserteilung zu vergewissern, dass der Auftragnehmer in der Lage und Willens ist, die erforderlichen Sicherungsmaßnahmen auszuführen. In dem schriftlich abzuschließenden Auftragsverhältnis müssen sich der Auftragnehmer und seine Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichten. Die im Rahmen der (Fern-)Wartung durchgeführten Maßnahmen sowie der Name der Wartungsperson sind zu protokollieren (vgl. Kapitel 10 der Technischen Anlage).

Auszumusternde Datenträger müssen unter Beachtung des Datenschutzes (z. B. durch mehrfaches Überschreiben mittels geeigneter Software) fachgerecht unbrauchbar gemacht werden.

Der Arzt sollte beim Abschluss von EDV-Verträgen und in jedem einzelnen Wartungs- oder Reparaturfall darauf achten, dass die genannten Vorschriften eingehalten werden.

Drahtlose Verbindungen in der Arztpraxis können ein Sicherheitsrisiko darstellen. Daher sollten die in der Technischen Anlage (Kapitel 4) beschriebenen Vorgaben beachtet werden. ■

.....

Gesundheitsökonomische Bedeutung eines Screenings zur Identifizierung von bisher unbekanntem Vorhofflimmern

Vorhofflimmern gehört zu den gravierendsten Risiken für Schlaganfälle. Im Jahr 2007 betrug bei ischämischen Schlaganfällen (n = 210 176) der Anteil der erkannten und dokumentierten Nebendiagnose Vorhofflimmern 27,3 Prozent (n = 57 385)

(Statistisches Bundesamt, DRG Statistik 2008). Bei einer geschätzten Prävalenz von erkanntem Vorhofflimmern von etwas über einer Mio. Patienten* kann daher davon ausgegangen werden, dass gut 5 Prozent der Vorhofflimmerer pro Jahr einen Schlaganfall erleiden. Dies entspricht auch den Erkenntnissen internationaler Studien.

Defizite der Datenverfügbarkeit bestehen derzeit hinsichtlich der Anzahl bekannter und erstmals diagnostizierter Vorhofflimmerer unter den Schlaganfallpatienten sowie hinsichtlich des Gerinnungsmanagements (INR Wert bei Aufnahme) bei den bekannten Vorhofflimmerern. Daten hierzu werden aber aus einer Studie bis Anfang 2010 zur Verfügung stehen. Allerdings wird von einem erheblichen Anteil von Patienten ausgegangen, bei denen Vorhofflimmern einerseits erstmals bei Auftreten des Schlaganfalls erkannt wird und andererseits bei bekannten Vorhofflimmerern die Gerinnungswerte außerhalb des therapeutischen Bereichs liegen.

Trotz teilweise problematischer Datenlage muss davon ausgegangen werden, dass Vorhofflimmern ein erhebliches Schlaganfallrisiko bedeutet und dass Vorhofflimmern vielfach nicht rechtzeitig erkannt wird. Das Screening mit dem Verfahren der Schlaganfallrisiko Analyse hat auf Basis der Untersuchung im Rahmen eines IV-Vertrages mit KKH Patienten (n=780) 1,79 % zuvor unbekannte akute Vorhofflimmerer identifiziert. Weitere 9,1 % der Patienten wiesen ein signifikantes Anzeichen für paroxysmales Vorhofflimmern auf und bei 13,3% konnten atriale Herzrhythmusstörungen aufgezeigt werden. Bei letzterer Gruppe wird angenommen, dass hier lediglich bei maximal 1/4 der Patienten paroxysmales Vor-

hofflimmern zu Grunde gelegt werden kann. Für die Berechnung wird daher von zusätzlich 11,6% Patienten mit paroxysmalem Vorhofflimmern ausgegangen, die während der Untersuchung kein Flimmerereignis zeigten. Weiterhin wird angenommen, dass sich bei 50% dieser Patienten zeitnah im Rahmen weiterer kardiologischer Diagnostik Vorhofflimmern nachweisen lässt. Insgesamt würden damit durch das Screening 7,6 Prozent bislang unbekannte Vorhofflimmerer nachgewiesen.

Diese Patientengruppe kann als besonders Schlaganfall gefährdet eingestuft werden, da die Flimmerepisoden schwieriger nachweisbar sind und damit in der Regel auch nicht therapiert werden. Daher kann hier auch davon ausgegangen werden, dass die Schlaganfallhäufigkeit bei dieser Gruppe deutlich höher liegt als bei den erkannten Vorhofflimmerern mit einer Schlaganfallhäufigkeit von ca. 5 %.

Eine Nutzenanalyse des Screenings von Schlaganfallrisikopatienten für eine Versichertengruppe von 1 Mio. Versicherten einer Krankenkasse kann auf dieser Datengrundlage vorgenommen werden. Wenn 14 Prozent der Versicherten den Einschlusskriterien entsprechen und davon 20 Prozent für ein Screening gewonnen werden, ist von einer Anzahl von 28 000 Teilnehmern auszugehen. Bei einem durch das Screening zusätzlich identifizierten und im Rahmen der erweiterten kardiologischen Diagnostik bestätigten, bislang nicht bekannten Anteil von Vorhofflimmerern von 7,6%, könnten 2 128 zusätzliche Vorhofflimmerpatienten identifiziert werden. Selbst bei der aufgrund fehlender Therapie extrem konservativen Annahme einer Schlaganfallinzidenz bei Vorhofflimmern von 5 % wären von dieser Gruppe jährlich durchschnittlich 106,4 oder über fünf Jahre 532 Patienten von einem Schlaganfall betroffen.

Die Behandlungskosten für Schlaganfallpa-

.....
* In 2007 wurde Vorhofflimmern im Rahmen der DRG Codierung in 1.224.472 Fällen als Nebendiagnose erfasst. Aufgrund von mehrfach Hospitalisierung sind in dieser Zahl Doppelzählungen enthalten anderer-seits handelt es sich ausschließlich um Patienten, die im Bezugsjahr im Krankenhaus behandelt wurden.

Einsparpotenziale durch Schlaganfallrisikoanalyse

| | 1 Jahr | | 5 Jahre | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| | Optimale Therapie (70 %) | Erwarteter Therapieerfolg 45 % | Optimale Therapie (70 %) | Erwarteter Therapieerfolg 45 % |
| Untere Kostenvariante | 2 681 280 | 1 723 680 | 13 406 400 | 8 618 400 |
| Obere Kostenvariante | 3 724 000 | 2 394 000 | 18 620 000 | 11 970 000 |

tienten werden in der vorliegenden Kalkulation mit 36 000 € angegeben. Die tatsächlichen gesamten Sozialversicherungskosten für Schlaganfallpatienten einschließlich Pflegeversicherung betragen nach Berechnungen des Erlanger Schlaganfallregisters sogar 45 000 €; unter Einbeziehung von Sozialhilfe und Selbstzahleranteil kommt das IAT auf ca. 50 000 €. Damit ist bei der Kalkulation der jährlich durch Schlaganfälle ausgelösten Kosten bei bislang nicht erkannten und therapierten Vorhofflimmerpatienten je nach Kalkulationsgrundlage zwischen 3 830 400 € und 5 320 000 € auszugehen. Hochgerechnet auf fünf Jahre werden durch diese Schlaganfälle Gesamtkosten zwischen 19 152 000 € und 26 600 000 € ausgelöst.

Wenn durch das Screening Vorhofflimmerpatienten rechtzeitig identifiziert und einer optimalen Therapie zugeführt werden, lassen sich diese Kosten deutlich reduzieren. Aufgrund der Einschlusskriterien in das Screening ist bei den Patienten von einem CHADS₂-Score >2 und damit einer indizierten Antikoagulation mit einem INR Zielwert zwischen 2 und 3 auszugehen. Unter optimierten Bedingungen geht die Kalkulation von einer Vermeidung von 70 % der Schlaganfälle aus. Allerdings ist aufgrund des komplizierten Therapieregimes in der alltäglichen Versorgungspraxis mit einem deutlich niedrigeren Therapieerfolg von 40 bis 50 Prozent zu rechnen.

Dadurch ergibt sich ein Potenzial von durch das Screening einzusparenden durch Schlagan-

fälle ausgelösten Kosten, die in der folgenden Tabelle dargestellt sind. Dabei ist zu berücksichtigen, dass mit der Annahme einer Schlaganfallinzidenz von 5 % für die Gruppe der nicht diagnostizierten und entsprechend therapierten Vorhofflimmerpatienten eine äußerst konservative Ausgangsbasis zugrunde gelegt wurde (s. Tab. oben).

Dem Einsparpotenzial sind Kosten des Screenings, der Diagnostik und der Therapie gegenüber zu stellen, die insgesamt mit 4 624 200 in fünf Jahren kalkuliert wurden. Damit ergeben sich selbst im ungünstigsten Fall Einsparungen in Höhe von rund 4 Mio. Euro ohne Berücksichtigung von Pflegekosten. Bereits durch das Screening ist davon auszugehen, dass bei der Patientenklintel mit einer überdurchschnittlichen Compliance zu rechnen ist, so dass der Therapieerfolg und damit die Einsparpotenziale deutlich positiver ausfallen werden. Zudem ist davon auszugehen, dass der Therapieerfolg durch geringen Mehraufwand etwa im Rahmen von Thrombosezentren nach niederländischem Vorbild (s. auch Thrombosezentrum Mainz) oder durch die Verbesserung des Therapieregimes durch neue orale Antikoagulanzen deutlich zu steigern ist. Vor diesem Hintergrund erscheint ein Einsparpotenzial durch das Screening nach fünf Jahren in einer Größenordnung von knapp 10 Mio. Euro als realistisch.

Diese statische Betrachtungsweise vernachlässigt zwar die Anlaufinvestitionen, die insbe-

sondere davon abhängen, wie rasch Patienten in das Screening einbezogen werden. Diese werden sich allerdings um so schneller amortisieren, je zügiger Patienten in das Screening eingeschrieben werden. Danach kommt es zu einer exponentiellen Entwicklung der Einsparungen, die noch über die fünfjährige Kalkulation hinausreichen.

Stephan von Bandemer

Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität
(Kontaktadresse beim Verlag)

Bei Screening 2% bisher unbekannter Vorhofflimmerer entdeckt

Erste Zwischenergebnisse des bundesweiten IGV Vertrages zur Schlaganfallprävention unterstützten prognostizierte Wirtschaftlichkeit

Mit heutigen diagnostischen Möglichkeiten lässt sich bei ca. 25 % der Schlaganfälle Vorhofflimmern als Ursache nachweisen. Das Erschreckende dabei ist die Tatsache, dass offensichtlich bei einem Viertel dieser Schlaganfälle die Erstdiagnose Vorhofflimmern nach dem Schlaganfall erfolgt (Pacciaroni et al. 2005). Zusätzlich ist bei einem weiteren substanziellen Anteil der Schlaganfälle Vorhofflimmern mit hoher Wahrscheinlichkeit der Auslöser, entzieht sich aber trotz intensiver Bemühungen jeglicher Diagnostik. Dies sind offensichtlich die Auswirkungen der geschätzten Dunkelziffer von 1 Mio. Patienten mit unerkanntem Vorhofflimmern in Deutschland. Ziel einer effektiven Primärprävention muss es also sein, diese Patienten mit unentdecktem Vorhofflim-

mern rechtzeitig zu identifizieren und einer adäquaten Therapie zur Verhinderung eines Schlaganfalles zuzuführen.

Warum werden so viele Patienten mit Vorhofflimmern zu spät oder gar nicht entdeckt? Die Problematik der Diagnostik von Vorhofflimmern liegt zum Einen in den anfänglich nur sporadisch auftretenden Flimmerepisoden und zum Anderen in der häufigen Symptomlosigkeit dieser Herzrhythmusstörung. Daher ist die Entdeckung im EKG oft nur zufällig. Aber auch eine gezielte Suche gestaltet sich meist langwierig und ohne Ergebnis auf Grund der schlechten Sensitivität und der aufwändigen Bearbeitung eines Langzeit EKG zur Detektion von paroxysmalem Vorhofflimmern. Abhilfe schafft hier ein Verfahren, die Schlaganfall Risiko Analyse (SRA), das zusätzlich zur Erkennung von Flimmerepisoden ein Risiko für Vorhofflimmern ohne das Auftreten von Flimmern errechnet. Dies wird möglich durch eine Bewertung der Herzrhythmusdynamik anhand einer Kombination mehrerer mathematischer Parameter, hauptsächlich nichtlinearer Natur. Durch den routinemäßigen Einsatz von SRA bei einem entsprechenden Patientenkollektiv wird zweierlei erreicht. Zum Einen wird akut auftretendes Flimmern gefunden, zum Anderen werden diejenigen Patienten durch ein Risiko für VHF identifiziert, bei denen der Aufwand einer Nachverfolgung durch Langzeit EKG zum Nachweis von Flimmern Sinn macht. Auf diese Weise werden viele Patienten mit VHF rechtzeitig erkannt und können zur Verhinderung thromboembolischer Schlaganfälle einer adäquaten Therapie zugeführt werden.

Erfahrungen in der Routineanwendung der SRA (n > 10000 Patienten) haben gezeigt, dass schon während des Screenings 2% der Patienten mit akutem Flimmern auffallen. Dies sind zusätzliche Patienten mit bisher unbekanntem Vorhoff-

flimmern, da in der Regel bei bekanntem Vorhofflimmern kein SRA Screening gemacht wird. Auch die bisherigen Ergebnisse aus den SRA Untersuchungen im Rahmen des IGV Vertrages zeigen das Gleiche. 1,8 % (n = 780) fallen mit akutem Vorhofflimmern auf. Hier handelt es sich eindeutig um unerkanntes VHF, da bekanntes VHF ein Ausschlusskriterium für die SRA Untersuchung ist. Das wurde in dieser Größenordnung nicht erwartet, deckt sich aber durchaus mit den Erkenntnissen aus der Registerstudie des Kompetenznetzes Vorhofflimmern, die eine wesentlich höheren Prävalenz des Vorhofflimmerns als bisher angenommen zeigen.

Man könnte nun berechtigterweise anführen, die Patienten mit akutem Vorhofflimmern wären auch in einem normalen EKG aufgefallen! Das ist richtig, aber eine solche systematische Suche nach Vorhofflimmern könnte in keiner Praxis durchgeführt werden. Da ein Ruhe EKG von einigen Sekunden nicht ausreichend ist, müsste man doch mindestens ein EKG von einer Stunde Dauer aufnehmen und zeitaufwändig nach den Flimmerepisoden suchen. Hinzu kommt, dass in vielen Praxen kein Langzeit EKG vorhanden ist und wenn ja, meist das EKG nicht selbst ausgewertet wird. Diese 2% wären in der Realität nicht gefunden worden. Damit lohnt sich der Einsatz von SRA schon allein aus diesem Grund, wie die im Anhang beigefügte Rechnung eindeutig beweist.

Die Frage ist nun, wie groß ist denn das Einsparpotenzial durch ein Screening mit SRA?

Für eine Krankenkasse mit 1 Mio. Versicherter zeigt eine einfache Kalkulation bei einer Nachweisrate von 50 % aus den im Screening auffälligen Patienten, ein Einsparpotenzial von 9,5 Mio. EURO innerhalb von 5 Jahren. Interessant ist, dass alleine das Auffinden der Patienten mit akutem Vorhofflimmern in diesem Szenario noch ein Einsparpoten-

zial von 1,05 Mio. EURO ergibt. Mit anderen Worten, alleine durch das Auffinden von Patienten mit akutem Vorhofflimmern (2% in der Praxis) lassen sich Kosten im Gesundheitssystem einsparen.

Annahmen für eine Kalkulation des Einsparpotenzials durch ein SRA Screening.

Annahme 1:

Die zu erwartende jährliche Schlaganfallrate beträgt 5%.

Quelle:

Dieser Annahme liegen die Daten aus den Guidelines der ESC/AHA/ACC zugrunde. Auf Grund der Einschlusskriterien in das Screening Programm wird von einem CHADS₂ Score zwischen 2 und 3 bei den zu untersuchenden Patienten ausgegangen. Daraus resultiert laut Tabelle 12 ein mittleres jährliches Schlaganfallrisiko von ca. 5%.

Annahme 2:

70% der Schlaganfälle durch Vorhofflimmern ließen sich durch rechtzeitige adäquate Antikoagulation verhindern.

Quelle:

Laut einer Metaanalyse aus Studien zur Antikoagulation ergibt sich eine Risikoreduktion von 62% (48–72) bei Analyse nach „intention to treat“. Bei Analyse „per protocol“ erhält man eine Reduktion über 80%, so dass die Annahme von 70% angemessen ist. Im Folgenden der Originaltext aus den Guidelines von 2006.

Annahme 3:

Bei Patienten mit einem Risiko für VHF in der SRA Analyse gelingt es den Kardiologen in 50% der Fälle zeitnah Flimmerepisoden nachzuweisen.

Quelle:

Abschätzung auf Grund der Erfahrung nach mehr als 10 000 Patienten im Screening.

Annahme 4:

Bei den Therapiekosten wurde von 250 € pro Patient und Jahr ausgegangen. Dieser Betrag ist großzügig gewählt und enthält auch anteilige Arztkosten.

Quelle:

Krankenkasse KKH-Allianz.

Literatur

V. Fuster et al., ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation, *Europace* (2006) 8, 651–745.

M. Paciaroni et al., Atrial fibrillation in patients with first-ever stroke: frequency, antithrombotic treatment before the event and effect on clinical outcome, *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, (2005) 3, 1218–1223.

38
ZfaNch
2/2009

Neuigkeiten

Als erfreuliche Nachricht muss die Stellungnahme des Vorstandes des BDNC zählen, dass der BDNC die Zeitschrift entgegen anderen Äußerungen weiterhin in der bekannten Form finanziell unterstützt und auch für alle beteiligten Autoren klargestellt ist, dass keiner der Autoren in der Vergangenheit für Beiträge bezahlt wurde, noch die Möglichkeit besteht, aus den knappen Mitteln Autoren für ihre Leistungen zu vergüten. Auch der Verlag ist weiterhin bereit, auf extrem schmaler Kostenbasis die Zeitschrift für ambulante Neurochirurgie weiter zu verlegen.

Am 14. 09 hat in Frankfurt ein äußerst kooperatives Treffen von Vertretern der DGNC (Prof. Unterberg und Dr. Krämer), des BDNC (Dr. Conzen & Dr. Poimann) sowie der Akademie der bei-

den Gesellschaften (Prof. Steudel und Frau Dr. Messing-Jünger) unter der Moderation von Dr. Sandvoss zur Erstellung eines Kataloges genuin-neurochirurgischer Leistungen durchgeführt. Sehr konzentriert und ohne Dissens konnte in kurzer Zeit ein Katalog einstimmig festgelegt werden, in dem zusammengefasst alle operativen Leistungen, die die Duragrenze überschreiten als genuin-neurochirurgisch definiert sind. Eingriffe an der Wirbelsäule zur Beseitigung degenerativer Veränderungen oder unfallbedingter Veränderungen sind in diesem Katalog nicht enthalten. Als neurochirurgische Einrichtungen wurden Fach- und Belegabteilungen, die planungsbehördlich ausgewiesen sind, ohne weitere Festlegung definiert. Bezüglich der vielen Wirbelsäuleneingriffe, die neurochirurgischerseits an nicht neurochirurgischen Abteilungen durchgeführt werden, wurden Überlegungen angestellt welche Möglichkeiten es gibt, neurochirurgische Fachpraxen den Zugang zu Haupt- und Belegabteilungen zu öffnen, damit diese Eingriffe weiter in neurochirurgischer Hand bleiben und neurochirurgischen Abteilungen zu Gute kommen und nicht unfallchirurgischen, orthopädischen Abteilungen, etc. Es wurden die Fragen gestellt, welche Fachabteilung prinzipiell bereit wäre, niedergelassene Fachkollegen durch Bereitstellung von OP-Zeiten zu unterstützen und umgekehrt, welche niedergelassenen Neurochirurgen bereit wären, an Hauptabteilungen OP-Kapazität zu nutzen. Es wurde von allen beteiligten Organisationen betont, dass es juristisch dafür Grundlagen gäbe und auch versicherungstechnisch solche Fragen in den Griff zu bekommen wären. Der konsentiertere OP-Katalog neurochirurgischer Eingriff sollte in Seeheim/Jugenheim verabschiedet werden und dann als Grundlage für die Beantwortung der Anfrage des Gesundheitsministeriums Baden-Württemberg dienen.

Die KKH hat mit dem Berufsverband einen IV-Vertrag zur Apoplex-Prophylaxe geschlossen durch eine Risikostratifizierung auf Vorhofflimmern zur Vermeidung von Schlaganfällen. Patienten mit folgenden Risikofaktoren, nämlich medikamentös behandeltem Bluthochdruck, Übergewicht, koronarer Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, Diabetes, Schlaganfall in der Vergangenheit und Schlafapnoe, KKH-Versicherte ab dem 50. Lebensjahr, bei Leistungssportlern altersunabhängig. Neurochirurgie Praxen sind dadurch in der Lage, diese Leistung bei KKH-Patienten vergütet zu bekommen sowie bei allen anderen Versicherten als Selbstzahlerleistung.

Das für uns Neurochirurgen zutreffende Screening-Modul wird mit 58,- € vergütet und lässt sich durch versierte Arzthelferinnen problemlos durchführen. Bei im Screening auffälligen Patienten wird das Diagnostikmodul von einem Kardiologen weitergeführt und ggf. das Therapiemodul ebenfalls. Teilnahmeinteressierte wenden sich bitte an die Athene-Akademie, Huttenstr. 10, Würzburg mit der Bitte um weitere Information.

Trotz oder wegen der Wahl sind die abschließenden Abrechnungen in Deutschland nur z.T. erfolgt. Fallzahl und Honorarentwicklung der KVB in Bayern zeigen im Vergleich vom 1. Quartal 2008 zum 1. Quartal 2009 eine Einnahmereduktion der Neurochirurgien von -0,5% bei einer gleichzeitigen Leistungssteigerung von 2,2% (siehe Abb. 1). Interessant ist in diesem Zusammenhang die Analyse von Gewinnern und Verlierern der KVB, in der für die Neurochirurgen 36 neurochirurgische Praxen Mehreinnahmen zu verzeichnen haben, 7 Neurochirurgen weniger als -5% und 27 Neurochirurgen mehr als -5% im Ver-

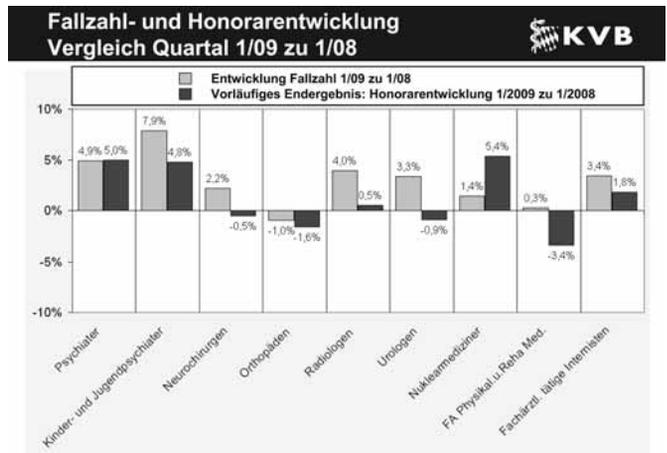


Abb. 1

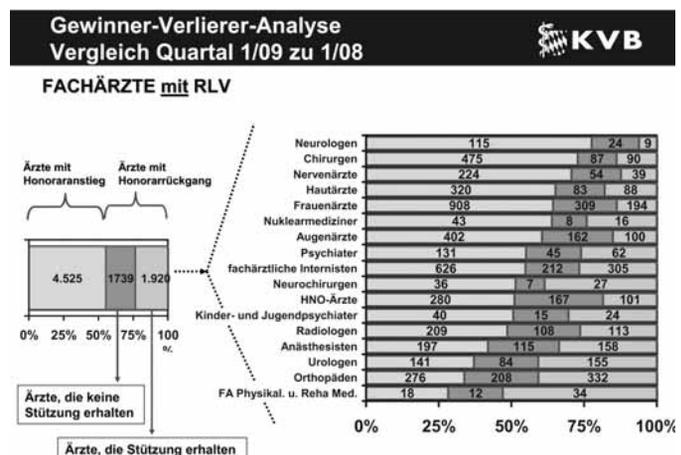


Abb. 2

gleich zum Vorquartal (siehe Abb. 2). Spannend sind die Verteilungen der anderen Fachgruppen. So sind in Bayern Neurologen, Chirurgen und Nervenärzte mit einer hohen Anzahl von Praxen mit Einnahmen im Plus zu sehen, während die Anästhesisten, Urologen, Orthopäden und vor allem die Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin deutliche Einbußen zu verzeichnen haben. Ganz deutlich sind über alle Fachgruppen hinweg die Rückgänge im be-
 legärztlichen Honorar zwischen 26,9% und 14,3%

Verwerfungen vor allem bei Belegärzten Vergleich Quartal 1/09 zu 1/08

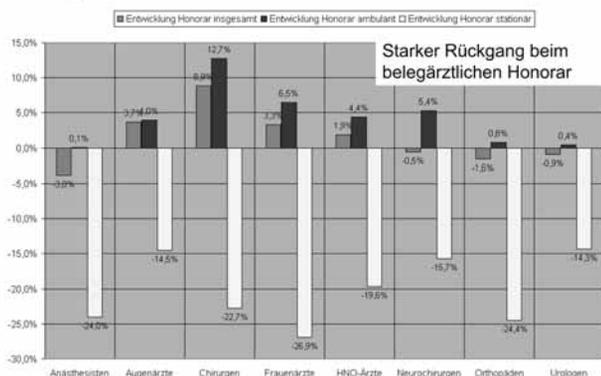


Abb. 3

Veränderung des Honorars 1/2009 zu 1/2008 je KV

| Kassenärztliche Vereinigung | Veränderung | | 1. Quartal 2009 zu 1. Quartal 2008 | |
|-----------------------------|--------------------|-------------|------------------------------------|-----------------------|
| | Euro | Prozent | Veränderung je Versicherten | Veränderung je Praxis |
| Schleswig-Holstein | | | | |
| Hamburg | | | | |
| Bremen | 9.284.501 | 10,7% | 11,3% | 10,7% |
| Niedersachsen | 103.115.768 | 17,6% | 18,0% | 17,6% |
| Westfalen-Lippe * | 25.222.363 | 6,7% | 7,2% | 6,7% |
| Nordrhein | 34.962.121 | 4,2% | 4,6% | 4,2% |
| Hessen | 45.596.814 | 8,3% | 8,7% | 2,8% |
| Rheinland-Pfalz | 18.047.960 | 5,3% | 5,8% | 4,5% |
| Baden-Württemberg ** | -7.000.000 | -0,7% | -0,4% | 0,0% |
| Bayern | 42.398.672 | 3,5% | 3,7% | 3,5% |
| Berlin | 97.000.000 | 32,2% | 31,8% | 32,2% |
| Saarland | 12.043.729 | 13,2% | 14,3% | 15,9% |
| Mecklenburg-Vorpommern | 24.360.000 | 15,6% | 16,8% | 15,6% |
| Brandenburg ** | 13.085.420 | 8,9% | 9,8% | 8,9% |
| Sachsen-Anhalt | 30.168.213 | 16,1% | 17,7% | 16,1% |
| Thüringen | 23.622.267 | 12,6% | 13,6% | 13,6% |
| Sachsen | | | | |
| SUMME | 471.907.827 | 7,8% | 8,3% | 7,4% |

* Honorar ohne 1. Schwerpunktstationen inkl. 1. Schwerpunkt

Abb. 4

der belegärztlich tätigen Kollegen in Bayern (siehe Abb. 3). Die Honorarsituation auf das Bundesgebiet betrachtet, zeigt die Tabelle der KBV, in der die einzelnen Bundesländer mit ihren Durchschnittswerten verzeichnet sind (siehe Abb. 4).

Das wissenschaftliche Institut der privaten Krankenversicherungen (WIP) veröffentlicht jährlich den Mehrumsatz, der durch die Privatpatienten dem Gesundheitssystem zufließt. Für das Jahr 2007 ist dieser Mehrumsatz über 10 Mrd. € gewesen. Hiervon entfallen 4,85 Mrd. € für Arzthono-

rare, die entfallen würden, wenn es Privatversicherte nicht mehr gibt (www.wip-pkv.de).

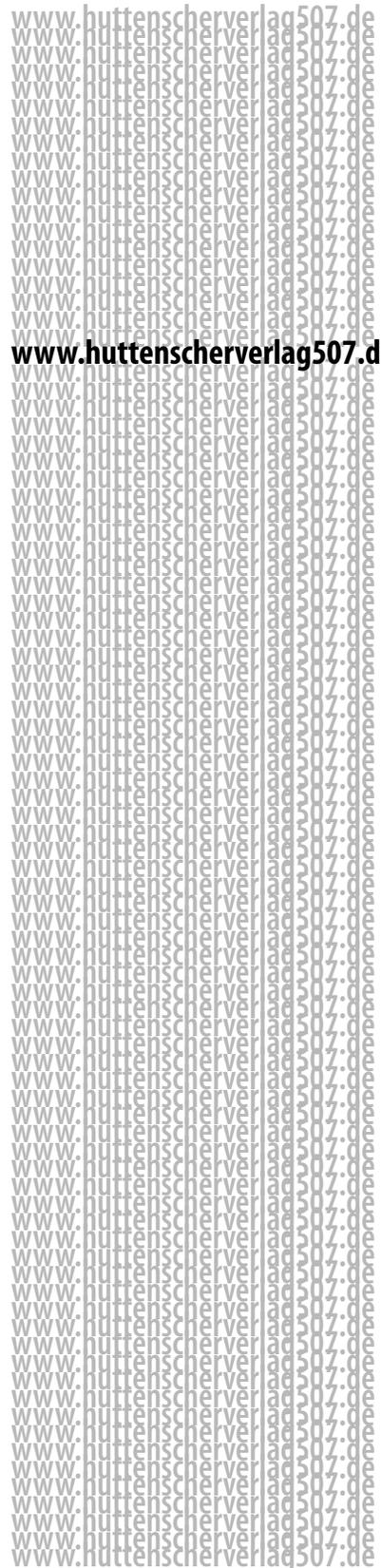
In einem Urteil des Landessozialgerichtes Sachsen vom 30.4.08 (L1KR103/07) wurde entschieden, dass ambulante Operationsleistungen nicht als eigene Leistung des Krankenhauses mit der Krankenkasse abgerechnet werden können, wenn sie auf der Grundlage von Kooperationsverträgen auf Vertragsärzte delegiert sind. Vertragsärzte, die ambulante Operationen durchführen, sind nach dem AOP-Vertrag (im Sinne eines Gebotes der Systemtreue) auf die vertragsärztliche Gesamtvergütung zu verweisen. Niedergelassene Ärzte können im Rahmen stationärer Behandlungen nur ausnahmsweise für ergänzende oder unterstützende Leistungen herangezogen werden. Vertragsgestaltungen von niedergelassenen Ärzten mit Krankenhäusern sollten diese einschlägigen Vorschriften (vgl. § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHG) berücksichtigen. Ggf. empfiehlt sich auch ein Teilanstellungsvertrag mit dem Krankenhaus.

Ärzte demonstrieren gegen die von links ausgerichteten Parteien geplante Abschaffung der freien Fachärzteschaft, Rückführung der Fachärzte in die Abhängigkeit von Krankenhäusern. In Bayern gibt es regionale Protestveranstaltungen in Form von Demonstrationen und eine zentrale Podiumsdiskussion am 14.9.09 in der Bayerischen Landesärztekammer in München, bei der die Vertreter der verschiedenen politischen Parteien geladen sind. Thema „ambulante Facharztmedizin über den 27.9.09 hinaus – Fachärzte diskutieren mit den Gesundheitsexperten der bayerischen Parteien“. Die 26 bayerischen fachärztlichen Berufsverbände haben zusammen mit ihrem Dachverband GVB

diese Form der politisierenden Veranstaltung gewählt, um den gegen die Fachärzte eingestellten Medien nicht weitere Vorlagen für angebliches Fehlverhalten zu liefern, sondern sich als politikfähige Streiter für die Interessen der ambulanten fachärztlichen Versorgung und der Interessen der Patientenversorgung einzusetzen.

Am 28. 8. 09 wurde zwischen dem gemeinsamen Bundesausschuss und dem Göttinger AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen ein Vertrag über die Entwicklung von Verfahren zur Messung und Darstellung in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung unterzeichnet. Definierte Qualitätskriterien und Indikatoren für die Behandlungsqualität im ambulanten und stationären Bereich sollen entwickelt werden. Die bisher von der BQS (Düsseldorf) durchgeführte externe stationäre Qualitätssicherung wird ebenfalls zum Jahr 2010 vom AQUA-Institut übernommen. Der neurochirurgische Berufsverband hat erste Schritte zur Mitwirkung an der Entwicklung sektorenübergreifender Indikatoren im Bereich der Wirbelsäulenversorgung angepackt.

Die KBV und die Bundesärztekammer haben ein Wissensportal etabliert, das qualitätsgeprüftes und evidenzbasiertes Wissen aus unterschiedlichen hochwertigen Quellen verfügbar macht. Dies soll es Ärzten ermöglichen, rasch effiziente Recherchen durchzuführen und Zeit zu sparen. Das Zentrum für Qualität in der Medizin (LZQ) unter der Leitung von Dr. Ollenschläger hat die Redaktion und die ständige Aktualisierung der Arztbibliothek sowie die Qualitätsprüfung der Inhalte inne (www.arztbibliothek.de). H. P.



www.huttenscherverlag507.de

informationen der KBV zur bundestagswahl

Bundestagswahl 2009

Welche gesundheitspolitischen Vorstellungen haben die Parteien?

In diesem Dokument finden Sie die gesundheitspolitischen Ziele der fünf größten Parteien zu folgenden Themen zusammengefasst:

- Gestaltung des Krankenversicherungssystems (Seite 2)
- Finanzierung des Gesundheitssystems (Seite 3)
- Kostentransparenz, Kostenerstattung und Zuzahlungen in der Krankenversicherung (Seite 4)
- Ausgestaltung des ärztlichen Honorarsystems (Seite 5)
- Freiberuflichkeit des Arztes und Medizinische Versorgungszentren (Seite 6)
- Bedeutung der integrierten und hausarztzentrierten Versorgung (Seite 7)
- Gestaltung der zukünftigen Vertragslandschaft: Verhältnis von Kollektiv- und Selektivverträgen (Seite 8)

Es handelt sich um Zitate aus den jeweiligen Wahlprogrammen:

- **CDU/CSU:** „WIR HABEN DIE KRAFT – Gemeinsam für unser Land. Regierungsprogramm 2009 – 2013“, 28. Juni 2009
- **FDP:** „Die Mitte stärken. Deutschlandprogramm 2009. Programm der Freien Demokratischen Partei zur Bundestagswahl 2009“, Bundesparteitag 15.-17. Mai 2009, Hannover
- **Bündnis 90/ Die Grünen:** „Bundestagswahlprogramm 2009“, Stand 03. Juni 2009
- **Die LINKE:** „Konsequent sozial. Für Demokratie und Frieden. Bundestagswahlprogramm 2009“, Bundestagswahlpartei tag 20.-21. Juni 2009, Berlin
- **SPD:** „Sozial und Demokratisch. Anpacken. Für Deutschland. Regierungsprogramm der SPD 2009 – 2013“, außerordentlicher Bundesparteitag 14. Juni 2009, Berlin

An manchen Stellen wurden die Darstellungen durch Zitate einzelner Politiker ergänzt. Dabei handelt es sich nicht um Inhalte der jeweiligen Wahlprogramme.

Bitte beachten Sie:

Die Übersicht beinhaltet keine Bewertung der gesundheitspolitischen Ziele der aufgeführten Parteien oder Empfehlung zugunsten einer oder mehrerer Parteien. Die KBV ist als Körperschaft des Öffentlichen Rechts dem Grundsatz der Parteineutralität verpflichtet. Die vorliegende Darstellung dient ausschließlich der objektiven und neutralen Information. Die Darstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. In die Übersicht sind die uns zum jetzigen Zeitpunkt vorliegenden Wahlprogramme eingeflossen. Bislang nicht berücksichtigte Parteien, die in die Übersicht aufgenommen werden möchten, werden gebeten, sich an die KBV zu wenden.

| Gestaltung des Krankenversicherungs-Systems | | | | |
|---|--|---|---|---|
| CDU CSU | FDP Die Liberalen | BÜNDNIS 90 DIE GRÜNEN | DIE LINKE. | SPD |
| <p>„Wir bekennen uns zu leistungsfähigen privaten Krankenversicherungen, die zu einem freihändlerischen Gesundheitssystem in Zukunft als Voll- und Zusatzversicherung gehören. Wir wollen, dass die gesetzlichen Möglichkeiten der Zusammenarbeit von gesetzlicher und privater Krankenversicherung beim Angebot von Wahl- und Zusatzleistungen stärker als bisher genutzt und erweitert werden. Eine staatliche Einheitsversicherung lehnen wir ab.“</p> <p>Wirtschaftsrat der CDU e.V.: „Deshalb warnen wir vor einem Weg, der über mehr Bürokratie und Zentralismus letztlich in die Staats- und Listenmedizin führt.“ (*Empfehlungen für die Wahlprogramme zur Bundestagswahl 2009“, April 2009)</p> | <p>„Der Wettbewerb im Gesundheitssektor muss gestärkt werden. Dazu gehört eine starke private Krankenversicherung. Zu einem fairen Wettbewerb im Gesundheitssektor gehört auch, den gesetzlichen Krankenkassen ihre Beitragsautonomie zu belassen und den bürokratischen und überflüssigen Gesundheitsfonds abzuschaffen.“ „Durch Wettbewerb auf allen Ebenen (...) muss dafür gesorgt werden, dass die Bürger nicht mehr als notwendig für ihren Versicherungsschutz bezahlen müssen und dass sie ihn nach ihren eigenen Bedürfnissen gestalten können.“</p> <p>„Die FDP spricht sich aus für eine Pflicht zur Versicherung der Risiken, die den Einzelnen im Krankheitsfall überfordern würden, bei einem Versicherer der eigenen Wahl.“</p> <p>Gesundheitspolitischer Sprecher der FDP im Bundestag, Daniel Bahr: „Die Gesetzliche Krankenversicherung ist nach wie vor unterfinanziert. (...) Sinnvolle Verträge werden gekündigt und innovative Projekte gestoppt.“ (offener Brief an niedergelassene Fachärzte, April 2009)</p> | <p>„Eine für alle, statt Flucht aus der Solidarität: Im Gesundheitssystem wollen wir mit der grünen Bürgerversicherung alle Menschen in die solidarische Finanzierung einbeziehen und damit die 2-Klassen-Medizin abschaffen.“</p> | <p>„Wir haben das Ziel, die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Gesetzliche Pflegeversicherung zu einer solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung zu entwickeln und auf einer neuen Basis auszubauen.“</p> | <p>„Der Umbau der sozialen Sicherung hin zu Bürger sozialversicherungen ist unser Leitprinzip weit über eine Legislaturperiode hinaus. Am Ende des Prozesses soll ein Sozialstaat stehen, der alle Bürgerinnen und Bürger bei der Absicherung von Gesundheit und Pflege (...) in die Solidarität einbezieht.“</p> <p>„Mit der Versicherungspflicht für alle, einem gerechten Ausgleich der unterschiedlich verteilten sozialen Risiken und der Krankheitsrisiken (Risikostrukturausgleich) und dem Einstieg in die Steuerfinanzierung haben wir wichtige Schritte zu einem solidarischen Gesundheitswesen für alle Bürgerinnen und Bürger getan. Diesen Weg wollen wir fortsetzen.“</p> <p>Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD): „... rund 50 Kassen reichen längerfristig auch (...). Es wäre eine Überlegung wert, wenn die verschiedenen Allgemeinen Ortskrankenkassen sich zu einer Bundes-AOK zusammen schließen würden.“ (Passauer Neue Presse, 09.10.2008)</p> |

Informationen der KBV zur Bundestagswahl

| Finanzierung des Gesundheitssystems | | | | |
|--|---|---|--|---|
| CDU CSU | FDP Die Liberalen | BÜNDNIS 90 DIE GRÜNEN | DIE LINKE. | SPD |
| <p>„Unser Ziel ist es, die Finanzierbarkeit der gesundheitlichen Versorgung zu sichern und die gesetzliche Krankenversicherung mittelfristig auch im Hinblick auf mehr Generationengerechtigkeit konsequent weiterzuentwickeln. Wir wollen für die Versicherten zusätzliche Belastungen in Grenzen halten und Entlastungsspielräume nutzen. Die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen ist dabei ein wichtiges Element.“</p> | <p>„In der Krankenversicherung muss der Weg weggeführt von der Lohnbezogenheit der Beiträge und vom Umlageverfahren hin zu einem leistungsgerechten Prämiensystem, das über Kapitaldeckung eine sichere Grundlage für eine generationengerechte Verteilung der Lasten schafft und gleichzeitig dafür sorgt, dass jeder Bürger so weit wie möglich selbst bestimmen kann, was er wie absichern will.“</p> <p>„Der soziale Ausgleich zwischen Einkommensstarken und Einkommensschwachen soll nicht mehr innerhalb der Krankenversicherung stattfinden, wo er zum Teil zu Ungereimtheiten oder sogar Ungerechtigkeiten führt und jegliches individuelles Kostenbewusstsein außer Kraft setzt. Er gehört vielmehr in das Steuer-Transfersystem, wo jeder nach seiner Leistungsfähigkeit herangezogen wird. Die Kosten für die Krankenversicherung der Kinder sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und daher aus Steuermitteln zu finanzieren.“</p> | <p>„Wir wollen verhindern, dass ausgerechnet die Leistungsstärksten aus dem solidarischen Umlagesystem in die Privatversicherung flüchten können. Und wir wollen verhindern, dass die Finanzierung des Gesundheitssystems einseitig durch die Lohneinkommen erfolgt. Deshalb sollen auch andere Einkommensarten wie Kapitaleinkommen und Einkommen aus gewerblicher Vermietung und Verpachtung in die Finanzierung einbezogen werden. Damit durch die Heranziehung weiterer Einkommensarten nicht vor allem kleine und mittlere Einkommensbezieher belastet werden, wollen wir für die zusätzlichen Einkommensarten Freigrenzen einräumen und die Beitragsbemessungsgrenze anheben.“</p> <p>„... die 2-Klassen-Medizin abschaffen. Das heißt für uns, dass der Gesundheitsfonds der großen Koalition zügig wieder abgewickelt werden muss.“</p> | <p>„Die Linke fordert: die gesetzliche Krankenversicherung (...) so gestalten, dass alle Berufsgruppen und Einkommensarten in die Finanzierung einbezogen werden; die Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze aufheben und den Sonderbeitrag für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Rentnerinnen und Rentner wieder abschaffen.“</p> <p>„Es geht darum, die Finanzierung sowie den versicherten Personenkreis und damit die Einnahmendisparitäten auszuweiten. So wird gesamtgesellschaftliche Solidarität auf einer stabilen Finanzierungsbasis erreicht.“</p> | <p>„Wir wollen alle Einkommen (...) heranziehen und deshalb den Steueranteil für die gesetzliche Krankenversicherung erhöhen. Im Rahmen des Gesundheitsfonds wollen wir den neuen Risikoausgleich, der die unterschiedlichen Krankheitsrisiken berücksichtigt, weiterentwickeln und die private Krankenversicherung einbeziehen. Und wir werden dafür sorgen, dass der Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung – auch der bisherige Sonderbeitrag von 0,9 Beitragsatzpunkten – wieder paritätisch von Arbeitnehmer und Arbeitgeber getragen wird.“</p> <p>SPD-Politiker Karl Lauterbach: „Der Gesundheitsfonds macht nur Sinn, wenn auch die Privatversicherten einzahlen.“ (Interview Süddeutsche Zeitung, 26.06.2009)</p> |

| Kostentransparenz, Kostenerstattung und Zuzahlungen in der Krankenversicherung | | | | |
|---|---|--|---|--|
| CDU CSU | FDP Die Liberalen | BÜNDNIS 90 DIE GRÜNEN | DIE LINKE. | SPD |
| <p>Kostentransparenz: „Angesichts der Vielfalt der Angebote wollen wir über verlässliche und verständliche Kriterien zu Leistung, Qualität und Preis zu mehr Transparenz und besserer Orientierung sowohl bei der Inanspruchnahme von Sachleistungen als auch bei Kostenerstattungstarifen beitragen.“</p> <p>Zuzahlungen: Dieses Thema wurde im Wahlprogramm der CDU/CSU nicht explizit erwähnt.</p> | <p>Kostentransparenz: „Die Bedürfnisse im Umfeld von Gesundheit und Krankheit sind nahezu unendlich. Wenn diese Leistungen nach Zahlung des Beitrages quasi kostenfrei zur Verfügung stehen, werden Anreize falsch gesetzt. Deshalb ist es wichtig, dass der Patient eine Rechnung erhält, die die Kosten der in Anspruch genommenen Leistungen zeigt (Kostenerstattungsprinzip).“</p> <p>Zuzahlungen: „Unbürokratisch ausgestaltete Selbstbeteiligungen sind für ein kosten- und gesundheitsbewusstes Verhalten unerlässlich.“ „Die Praxisgebühr hingegen ist bürokratisch und hat keine dauerhafte Steuerungsfunktion. Die FDP will stattdessen die Anreize so setzen, dass Leistungen verantwortlich in Anspruch genommen werden.“</p> | <p>Kostentransparenz: „Kostentransparenz für die Patienten, z. B. indem ihnen einmal im Quartal eine für sie verständliche Abrechnung überreicht wird.“</p> <p>Zuzahlungen: „Der Trend hin zu einer Zweiklassenmedizin mit Praxisgebühr, Zuzahlung, Selbstzahlung und langen Wartezeiten für die gesetzlich Versicherten wollen wir Grüne stoppen. Unser Ziel ist es, die gesundheitliche Versorgung weiter zu verbessern und den Zugang zu medizinisch notwendiger Versorgung hoher Qualität unabhängig von Einkommen, Geschlecht, Herkunft, sozialer Lage und Wohnort sicherzustellen. Praxisgebühr und Medikamentenzuzahlungen wollen wir daher abschaffen, weil sie für arme Menschen große Hürden darstellen und deshalb in nicht wenigen Fällen zur Verschleppung notwendiger Behandlung führen.“</p> | <p>Kostentransparenz: Dieses Thema wurde im Wahlprogramm der LINKEN nicht explizit erwähnt.</p> <p>Zuzahlungen: „Die Linke fordert: ... Abschaffung aller Zuzahlungen, einschließlich der Praxisgebühr; Anspruch auf Brillen und Zahnersatz wieder einführen.“</p> | <p>Kostentransparenz: Dieses Thema wurde im Wahlprogramm der SPD nicht explizit erwähnt.</p> <p>Zuzahlungen: „Wir haben trotz notwendiger Kompromisse dafür gesorgt, dass die Zuzahlungen nicht ausgeweitet wurden und dass alle Menschen auch in Zukunft Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung auf dem Stand des medizinischen Wissens haben.“</p> |

informationen der KBV zur bundestagswahl

Ausgestaltung des ärztlichen Honorarsystems

|  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|---|
| <p>"Im konstruktiven Dialog mit dem im Gesundheitswesen Tätigen werden wir die erforderlichen Kurskorrekturen (beispielsweise beim ärztlichen Honorarsystem (...)) festlegen, damit unser Gesundheitswesen zukunfts- und tragfähig bleibt."</p> <p>"Ziel ist es eine leistungsgerechte, qualitätsorientierte und besonderen regionalen Rahmenbedingungen Rechnung tragende vertragsärztliche Vergütung zu gewährleisten, die die Besonderheiten der Leistungen der einzelnen Arztgruppen berücksichtigt und den Ärzten mit festen Euro-Preisen Planungssicherheit gibt. Es muss gewährleistet werden, dass die Ausgabensteigerungen sich im Rahmen der allgemeinen Kostenentwicklung im Gesundheitswesen bewegen."</p> | <p>"Ärzte, Krankenhäuser und alle anderen medizinischen Fachkräfte und Einrichtungen, die Tag für Tag die Versorgung der Menschen im Krankheitsfall sicherstellen, haben ein Anrecht darauf, leistungsgerecht und nach transparenten Kriterien vergütet zu werden und nicht in einem bürokratischen Wust zu erstickten. Überprüfungen und Kontrollen müssen auf das notwendige Maß reduziert werden und dürfen nicht dazu führen, dass die Qualität der Versorgung leidet."</p> | <p>Dieses Thema wurde im Wahlprogramm von Bündnis90/Die Grünen nicht explizit erwähnt.</p> | <p>„Die Linke fordert: ... dem Mangel an Ärztinnen und Ärzten und Pflegefachkräften (...) durch (...) gute Bezahlung (...) entgegensteuern.“</p> | <p>"Um das Honorarsystem transparent und gerecht zu gestalten und um eine Diskriminierung gesetzlich Versicherter zu vermeiden, wollen wir eine einheitliche Gebührenordnung für die ambulante medizinische Versorgung."</p> <p>SPD-Politiker Karl Lauterbach: „[...] Und daher vermute ich, dass es drei Effekte gibt: stärkere Berücksichtigung also der wirtschaftlichen Interessen der neuen Bundesländer, stärkere Berücksichtigung der hausärztlichen Versorgung und innerhalb der Fachärzteschaft werden die hochinvestiven Bereiche nicht die Gewinner sein.“ (Symposium für Integrierte Versorgung, 07.11.2008)</p> <p>SPD-Politiker Karl Lauterbach: "Nicht jeder Arzt muss gut verdienen." (Focus Money Online, 06.08.2008)</p> |

Freiberuflichkeit des Arztes und Medizinische Versorgungszentren

|  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|---|
| <p>Freiberuflichkeit: "... die Freien Berufe (...) gewährleisten eine patientennahe, humane und fachlich hochwertige medizinische Versorgung nicht nur in Ballungszentren, sondern auch in ländlichen Regionen und gewährleisten so Versorgungssicherheit. (...) Die Freien Berufe müssen deshalb auch weiterhin eine der tragenden Säulen erstklassiger Patientenversorgung sein. Um dies zu gewährleisten, werden wir bürokratische Vorgaben und Dokumentationspflichten drastisch auf ein Maß reduzieren, das zur Abrechnung und Qualitätssicherung unabdingbar notwendig ist."</p> <p>MVZ: "Medizinische Versorgungszentren sollen nur unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen werden. Wesentlich ist dabei vor allem, dass diese nur von Ärzten und Krankenhäusern als Träger verantwortlich geführt werden."</p> <p>Bayerischer Gesundheitsminister Dr. Markus Söder (CSU): "Ärzte als Freiberufler sind die Basis der medizinischen Versorgung." (Arzteblatt, 25.05.2009)</p> | <p>Freiberuflichkeit: "Die Freiberuflichkeit ist nach wie vor ein Garant für eine patientenorientierte, bedarfsgerechte und wohnortnahe Gesundheitsversorgung auf qualitativ hohem Niveau."</p> <p>MVZ: Dieses Thema wurde im Wahlprogramm der FDP nicht explizit erwähnt.</p> | <p>Freiberuflichkeit: Dieses Thema wurde im Wahlprogramm von Bündnis90/Die Grünen nicht explizit erwähnt.</p> <p>MVZ: Dieses Thema wurde im Wahlprogramm von Bündnis90/Die Grünen nicht explizit erwähnt.</p> | <p>Freiberuflichkeit: Dieses Thema wurde im Wahlprogramm von den LINKEN nicht explizit erwähnt.</p> <p>MVZ: „Die Linke fordert: ... die Privatisierung von Krankenhäusern und medizinischen Versorgungszentren stoppen beziehungsweise rückgängig machen...“</p> | <p>Freiberuflichkeit + MVZ: "Es bleibt der freien Wahl der Ärztinnen und Ärzte überlassen, ob sie selbstständig oder als Angestellte arbeiten wollen, in niedergelassener Praxis oder im Medizinischen Versorgungszentrum."</p> <p>Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD): "Es muss Schluss sein mit der Ideologie der Freiberuflichkeit." (Arztezeitung, 11.12.2008)</p> |

Informationen der KBV zur bundestagswahl

| Bedeutung der integrierten und hausarztzentrierten Versorgung | | | | |
|--|---|--|---|---|
| CDU CSU | FDP Die Liberalen | BÜNDNIS 90 DIE GRÜNEN | DIE LINKE. | SPD |
| <p>Integrierte Versorgung: „Zur stärkeren Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren wollen wir die integrierte Versorgung weiterentwickeln.“</p> <p>Hausarztzentrierte Versorgung: „Besonderen Qualitätsanforderungen genügende hausarztzentrierte Versorgung hat für uns dabei eine hohe Priorität. Einen ebenso hohen Stellenwert hat für uns in Zukunft aber auch die Erhaltung eines breiten Spektrums an freiberuflichen niedergelassenen Fachärzten.“</p> | <p>Integrierte Versorgung: "Zur Verbesserung der Versorgung muss weiter an Ansätzen gearbeitet werden, die den Patienten in seiner Ganzheit wahrnehmen und eine nahtlose Behandlung über die verschiedenen Therapeuten und Institutionen hinweg ermöglichen."</p> <p>Hausarztzentrierte Versorgung: Dieses Thema wurde im Wahlprogramm der FDP nicht explizit erwähnt.</p> <p>Gesundheitspolitischer Sprecher der FDP im Bundestag, Daniel Bahr: "Der Paragraf 73b fördert faktisch eine Monopolbildung, weil nur der Hausärzterverband diese Zahlen erreichen wird" (Ärztezeitung, 08.07.2009)</p> | <p>Integrierte Versorgung: "...Strukturreformen. Dazu zählt für uns (...) der Ausbau der integrierten Versorgung. Dabei wollen wir darauf achten, dass der Zugang zu einer fachärztlichen Behandlung nicht durch sachfremde Anreize blockiert wird." „Förderung der Zusammenarbeit von Ärzten, Apothekern, Krankenhäusern und anderen Gesundheitsberufen. Die hohen Barrieren zwischen verschiedenen Teilen des Gesundheitssystems wie zwischen stationärer und ambulanten Versorgung und Rehabilitation und Pflege sind ein Kennzeichen des deutschen Gesundheitssystems und einer der wesentlichen Gründe für seine fehlende Effizienz. Sie müssen überwunden werden."</p> <p>Hausarztzentrierte Versorgung: "...Strukturreformen. Dazu zählt für uns die Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung mit dem Hausarzt als Lotsen ..."</p> | <p>Integrierte Versorgung: „Die Linke fordert: ... dem Mangel an Ärztinnen und Ärzten und Pflegefachkräften (...) durch (...) enge Vernetzung ambulanter und stationärer Einrichtungen (Polikliniken), durch Schaffung von Gemeindefacharztstationen beziehungsweise kommunalen Sozialstationen und durch gezielte Förderung unterversorgter Gebiete entgegensteuern.“</p> <p>Hausarztzentrierte Versorgung: Dieses Thema wurde im Wahlprogramm von den LINKEN nicht explizit erwähnt.</p> | <p>Integrierte Versorgung: „Jede Patientin und jeder Patient muss die Sicherheit haben, dass alle an ihrer Behandlung Beteiligten verlässlich zusammenarbeiten und abgestimmte Behandlungsstrategien verfolgen. Dazu wollen wir die integrierte Versorgung ausbauen und deren Finanzierung sicherstellen. Gleiches gilt für die Versorgung chronisch kranker Menschen durch Leitlinien gestützte und evidenzbasierte Behandlungsprogramme.“</p> <p>„Wir wollen die Krankenhäuser weiter für die ambulante Versorgung öffnen. (...) Ärztliche und nicht ärztliche medizinische Berufe müssen stärker als bisher zusammenarbeiten, so dass jeder im Gesundheitswesen seine Kompetenz optimal einbringen kann.“</p> <p>Hausarztzentrierte Versorgung: Dieses Thema wurde im Wahlprogramm der SPD nicht explizit erwähnt.</p> |

| Gestaltung der zukünftigen Vertragslandschaft: Verhältnis von Kollektiv- und Selektivverträgen | | | | |
|--|--|--|--|---|
| CDU CSU | FDP Die Liberalen | BÜNDNIS 90 DIE GRÜNEN | DIE LINKE. | SPD |
| <p>"Wir werden die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Kassen und Leistungserbringer mehr Möglichkeiten für passgenaue und einzelvertragliche Regelungen erhalten. So können auf die jeweiligen Versorgungserfordernisse in den Regionen individuell zugeschnittene Versorgungskonzepte entstehen, die den regionalen Besonderheiten ebenso Rechnung tragen wie den aus unterschiedlichen Versichertenstrukturen der Kassen erwachsenden differenzierten Anforderungen an die Vertragsgestaltung. Unabdingbar ist für uns auch künftig eine kollektivvertragliche Regelung zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum."</p> | <p>Dieses Thema wurde im Wahlprogramm der FDP nicht explizit erwähnt.</p> <p>Gesundheitspolitischer Sprecher der FDP im Bundestag, Daniel Bahr: "Wir brauchen eine Umkehr und die Regionalisierung des Gesundheitssystems". (Südkurier, 09.07.2009)</p> | <p>Dieses Thema wurde im Wahlprogramm von Bündnis90/Die Grünen nicht explizit erwähnt.</p> | <p>Dieses Thema wurde im Wahlprogramm von den LINKEN nicht explizit erwähnt.</p> | <p>"Um eine gleichmäßige Versorgung sicherzustellen, Über- und Unterversorgung abzubauen, brauchen wir weitere Schritte zur Flexibilisierung des Vertragsgeschehens. Kollektiv- und Einzelverträge gewährleisten zusammen eine ausreichende flächendeckende Versorgung."</p> |



**Horst Poimann,
Idiolektik: Richtig Fragen**

ISBN 978-3-930823-70-3

188 Seiten

Der Autor zeigt an praktischen Übungen und Gesprächsbeispielen auf, wie man seinen Patienten befragen kann um zu ermitteln, was ihn wirklich beschäftigt. Zusätzlich ermuntern Anregungen den Leser, den eigenen Gesprächshorizont zu erweitern, und die erlernten Prinzipien im eigenen professionellen Alltag umzusetzen.