

Zeitschrift für Ambulante Neurochirurgie

ISSN 1139-7021 01/2016



BDNC

Berufsverband
Deutscher Neurochirurgen e.V.

ANF

Arbeitsgemeinschaft
Neurochirurgischer
Fachpraxen



Inhalt

Editorial

M.-E, Gündüz, M. Schmutzler, S. Asgari

Hat die Neurostimulation (SCS) bei Angina Pectoris eine Zukunft? 5

R. Quester

Förderung der Inklusion von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit erworbenen Hirnschäden in Schule, Beruf und sozialem Leben 14

H. Poimann

ISO 9001:2015 als kommunikationsfördernder Faktor in Organisationen 24

M. Nunne, H. Ebeling

Professionell und versichererunabhängig: Schadenmanagement für Chirurgen 27

M. Tröster

Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen und das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt 31

Poimann H., Holtel M., Pilz S., Pivernetz K., Rode S., Weber H.

Kommunikation im OP, Vermeidung von Fehlern durch evidenzbasierte Kooperation und Kommunikation 35

Aus dem Vorstand des BDNC 47

Berichte und Informationen 40

Seminare des Berufsverbands 57

Termine 49

Impressum

Herausgeber: Arbeitsgemeinschaft Neurochirurgischer Fachpraxen ANF im BDNC

Verlag: huttenscher verlag 507,
Traubengasse 15, 97072 Würzburg

Redaktion: K. Braungardt, S. Hergenröder (Verlag)

Titelseite: ELSTERSATZ, Wildflecken

Satz: ELSTERSATZ, Wildflecken

Anzeigen: Huttenscher Verlag 507
Anzeigen ZfaNch
Traubengasse 15, 97072 Würzburg

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Die erste Ausgabe der ZfANCH für das Jahr 2016 liegt vor Ihnen, bzw. Sie haben die Datei aufgemacht. Ich freue mich sehr, dass wir sehr kontinuierlich in der Lage sind, vom Berufsverband dieses Medium zu bedienen und Ihnen damit die Möglichkeit bieten, außerhalb der Mainstream-Publikationen für den ambulanten Bereich und für einzelne Neurochirurgen Wissenswertes zu erhalten.

Zunächst jedoch die ganz erfreuliche Nachricht über die Vorstandswahlen anlässlich des Treffens des Berufsverbandes in Hannover im Februar 2016: Die hervorragende Arbeit des Präsidiums, das sich in verschiedenen Bereichen bemerkbar gemacht hat, z. B. aktive Beteiligungen an den nationalen GOÄ-Verhandlungen, intensiver Einsatz bei der KBV zum Thema „neuen EBM“, Vortreiben des Informationsflusses an die Mitglieder über Infoletter und Zeitschrift für ambulante Neurochirurgie sowie einzelne wichtige Informationsbriefe per Email, nicht zuletzt eine solide Kassenführung, schlug sich eindeutig in einem Wahlergebnis nieder, welches eine Mannschaft des BDNC in dieser geschlossenen Form bisher noch nie erreicht hatte. Volle Zustimmung, ohne Gegenstimmen, ohne Enthaltungen ist ein Wahlergebnis, zu dem man dem Präsidium nur von ganzem Herzen gratulieren kann. Vielleicht könnten sich auch andere Gremienvertreter der Neurochirurgen, im Sinne eines Bench-

marks, d. h. von den Besten lernen, im Rahmen der Qualitätssicherung ihrer Funktionstätigkeit etwas davon abschneiden. Nochmals herzlichen Glückwunsch an den BDNC.

In dieser Zeitung lesen Sie einen Bericht über die Möglichkeiten neurochirurgischer Tätigkeit, die zum einen die ambulante neurochirurgische Reha noch einmal anspricht –, sozusagen ein roter Faden aus den letzten beiden Zeitschriften, in denen wir das Thema Rehabilitation im Bereich Wirbelsäule und im Bereich Traumatisierungen des zentralen Nervensystem bereits behandelt haben.

Für die Zentren, die Schmerztherapie anbieten, und dies auch im Sinne einer chirurgischen und neurochirurgischen Schmerztherapie, mag der Beitrag aus Ingolstadt interessant sein, wie man im Wettbewerb, auch über unsere Fachgrenze hinaus Patienten unterstützen kann, damit Sie mit ihren Schmerzproblemen zurechtkommen. In diesem Fall geht es um Angina-Pectoris-Patienten, die von entsprechenden Stimulationseinheiten, die neurochirurgisch eingebracht werden, sehr wohl profitieren.

Kommunikation wird das Thema der nächsten Dekade werden, in der es uns gelingen muss, aus der Lethargie einer Fehlerkultur im wahrsten Sinne des Wortes – wir tolerieren immer noch zu viele Fehler – wegzukommen zu einer Kultur des sicheren Handelns und der Unversehrtheit des Patienten. Dazu ein kleiner Beitrag über Kommunikationsfehler und deren Folgen im OP-Saal und

Editorial

wie man das, auch in der Neurochirurgie, in Zukunft verbessern kann.

Neuigkeiten, Vignetten, Anekdotisches, Beiträge, die dem einen oder anderen in der Tätigkeit als Neurochirurg in der täglichen Versorgung nützen können ergänzen diese Ansätze.

Was tun bei drohenden Klagen? Der Beitrag der Ecclesiagruppe gibt dazu Ideen.

Diese Einladung geht auch an alle Landesverbandsvorsitzenden des BDNC.

Wenn sie in diesem Editorial Hinweise auf die trüben Risiken des Jahres 2016 vom Gesetzgeber, von unseren Standesvertretern, von Politikern, etc. vermissen, so war das bewusst geschehen.

Es gibt genug Medien, die diese Themen, zum großen Teil sehr unsachgemäß, breit-treten. Ein ganz besonders nettes Beispiel ist das Antikorruptionsgesetz, das bevor es über-

haupt verabschiedet ist, missbräuchlich als Argumentationshilfe von dem einen oder anderen Geschäftsführer einer Klinik eingesetzt wird, um Kosten zu minimieren, – dazu wünsche ich viel Glück!

Für Mitglieder des Berufsverbandes gibt es in solchen Fällen aktive Unterstützung. Wie in vielen anderen Fällen auch eine Stärke unseres kleinen Verbandes, die wir uns auch erhalten sollten. In diesem Sinne wünsche ich allen ein gutes Jahr 2016, erfolgreich, gesund, selbstbewusst.

Mit herzlichen kollegialen Grüßen
aus Würzburg

Ihr

Dr. med. Dipl.-Psych. Horst Poimann
Facharzt für Neurochirurgie

M.-E, Gündüz, M. Schmutzler, S. Asgari

Hat die Neurostimulation (SCS) bei Angina Pectoris eine Zukunft?

Einleitung

Die koronare Herzkrankheit (KHK) ist die häufigste Todesursache in Deutschland und ebenso in den Industrienationen. Ca. 10% der männlichen Bevölkerung sind bei einem Verhältnis von 3:1 (m:w) betroffen.

Bei Männern steigt die Inzidenz der KHK ab dem 45. Lebensjahr, bei Frauen hingegen erst 15 Jahre später, signifikant an. In Deutschland erleiden jährlich ca. 200 000 Menschen einen Myokardinfarkt. Davon verstirbt jeder Zweite innerhalb von vier Wochen – ca. 40% bereits vor Erreichen des Krankenhauses.

Klinisch manifestiert sich die KHK als Angina Pectoris (AP) Anfall. Sie tritt auf, wenn sich ein Missverhältnis zwischen Sauerstoffangebot und -verbrauch des Myokards entwickelt. Dabei schildern die Patienten typischerweise ein retrosternales Druckgefühl, das in den linken Arm, aber auch in andere Bereiche, wie beispielsweise in Hals, Rücken oder Oberbauch ausstrahlen kann. Kalte Außentemperaturen und ein voller oder geblähter Magen können diese Symptomatik verstärken. Die stabile AP wird regelmäßig durch bestimmte Mechanismen, z. B. durch körperliche Anstrengung oder Kälte, ausgelöst. Die Anfälle dauern etwa fünf bis 20 Minuten und sistieren typischerweise nach der Nitroglycerineinnahme.

Man unterteilt die KHK klinisch in eine stabile und instabile Angina Pectoris. Unter

dem Begriff „Akutes Koronarsyndrom“ (ACS) wird die instabile AP und der manifeste Myokardinfarkt zusammengefasst.

Die instabile AP wird daher auch als „Präinfarktsyndrom“ bezeichnet, da ein akutes Infarkttrisiko (20%) besteht. Jede Erstangina, Crescendo-Angina¹⁾, Ruheangina und jeder zunehmende Bedarf bzw. jedes Nichtansprechen von Nitraten wird als instabile AP gewertet. Patienten mit instabiler AP müssen intensivmedizinisch überwacht und entsprechend therapiert werden (1). Vgl. Abb 1

Lassen sich chronisch-rezidivierende AP Attacken durch eine Änderung des Lebensstils, Eskalation der medizinischen Therapie oder eine Operation nicht ausreichend behandeln (sogenannte refraktäre AP), kann die Neurostimulation eingesetzt werden (4).

Häufige AP Attacken (bis zu zehn Mal pro Stunde bei einer CCS Klassifikation von 3-4) betreffen häufig nicht nur den Patienten selbst, sondern auch sein Umfeld. Soziale Aktivitäten und Kontakte werden seltener, die Selbstständigkeit des Patienten leidet und in weiterer Folge nimmt die Lebensqualität massiv ab. Schlussendlich münden all diese Faktoren für den Patienten in sozialer Isolation und enormen psychischen Belastungen.

1) Zunehmende Schwere, Dauer und Häufigkeit der Anfälle.



Abb. 1: Canadian Cardiac Score (3)

Stadium	Definition
CCS I	Keine Einschränkung der normalen körperlichen Aktivität AP nur bei starken, schnellen oder anhaltenden Belastungen
CCS II	Leichte Einschränkung der normalen körperlichen Aktivität AP beim Gehen oder Treppensteigen mit erhöhter Geschwindigkeit oder nach Mahlzeiten, Gehen von mehr als 100 m oder Treppensteigen von mehr als einer Etage in normaler Geschwindigkeit, Bergaufgehen, Kälte oder emotionalem Stress
CCS III	Deutliche Einschränkung der normalen körperlichen Aktivität AP bei Gehen von weniger als 100 m oder nach Treppensteigen von einer Etage in normaler Geschwindigkeit
CCS IV	AP bei jeder körperlichen Belastung oder bereits in Ruhe

Ebenso sind häufige Krankenhausaufenthalte und damit massive volkswirtschaftliche Kosten mit dieser Symptomatik verbunden.

Kriterien der refraktären AP (5)

- ▶ Reversible myokardiale Ischämie in der Folge einer bedeutenden Koronaren Herzkrankheit, in den Klassifikationen New York Heart Association (NYHA) oder Canadian Cardiac Score (CCS) Klasse 3–4
- ▶ Optimale medikamentöse Therapie ohne ausreichenden Effekt hinsichtlich Schmerzfreiheit oder Belastbarkeit
- ▶ Keine (weitere) Option hinsichtlich einer interventionellen oder chirurgischen Revaskularisierung (Herzkatheter oder Bypass)
- ▶ Ausschluss anderer (internistischen) Ursachen

Epidemiologie der refraktären AP

Es gibt nach wie vor keine exakten epidemiologischen Erhebungen zu diesem Thema. Gestützt auf skandinavische Daten ha-

ben Mannheimer et al. (6) europaweit die Inzidenz der refraktären AP mit ca. 30 000 bis 50 000 Patienten angegeben. Mukherjee et al. schätzen die Anzahl der Patienten in den USA sogar auf mehr als 100 000 Patienten jährlich, welche – basierend auf einer Krankenhaushebung – für alternative antianginöse Therapieverfahren infrage kommen (31), wie beispielsweise für eine SCS Sonde.

In diesem Zusammenhang wird bewusst, dass enorm viele Patienten, die vermeintlich „austherapiert“ sind, auf weitere Hilfe hoffen.

Studien über das SCS-System bei refraktärer AP

Die erste Rückenmarksstimulation bei der Indikationsstellung der AP wurde im Jahre 1986 in Perth/Australien angewandt. Die durchweg positiven Ergebnisse wurden daraufhin von Murphy et al. im Jahre 1987 publiziert. Diese Autoren beschrieben als direkten Effekt der Stimulation eine Abnahme der Häufigkeit der AP Attacken und einen niedrigeren Nitratverbrauch.

Die Zulassung der Neurostimulation in Europa bei refraktärer AP erfolgte bereits im Jahre 1995. (8)

Nach anfänglicher Skepsis konnte der Nutzen der Spinal-Cord-Stimulation (SCS) Sonde in einer Reihe prospektiver und randomisierter Studien bestätigt werden (Abb. 2, 3).

mit den bisherigen, konventionellen Methoden²⁾ „austherapiert“. 2/3 der klinischen Stichprobe hatte in der Vergangenheit mindestens einen Myokardinfarkt erlitten, 68% zeigten eine koronare Dreifäßerkrankung.

Das durchschnittliche Follow-Up der, in die Studie eingeschlossenen, Patienten betrug 23 Monate, im längsten Fall sogar 12,5 Jahre.

Durch die Neuromodulation verbesserten sich die NYHA/CCS Klassifikation der Patienten im Schnitt von 3,5 auf 2,1.

Auch weitere, randomisierte Studien haben den positiven Effekt der SCS hinsichtlich der Häufigkeit und Schwere von Anginaattacken und Nitratverbrauch nachgewiesen (10, 11, 12).

Implantation, Wirkungsweise und Effekte

Die Elektrode wird hierbei beim wachen Patienten in Bauchlage in den Epiduralraum in Höhe BWK 8–10 eingeführt und unter Bildwandlerkontrolle bis auf Höhe C7/Th1 vorgeschoben. Die paramediane Positionierung, entsprechend der Seitenlokalisierung des Schmerzes – bei AP Beschwerden meist linksseitig – wird hierbei empfohlen (2). Nach einer Testphase von mindestens mehreren Tagen (die Testphase kann zu mehreren Wochen erweitert werden) mittels einem externen Stimulator, kann der Impulsgenerator bei zufriedenstellender Wirksamkeit endgültig implantiert werden.

2) entsprechende Lifestyle-Änderung, optimale Medikamentöse Therapie, (Kardio-)Chirurgisch vorbehandelt

Abb 2 Häufigkeit des Nitratbedarfs

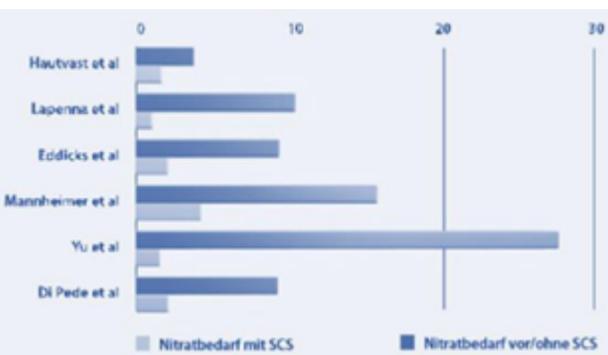
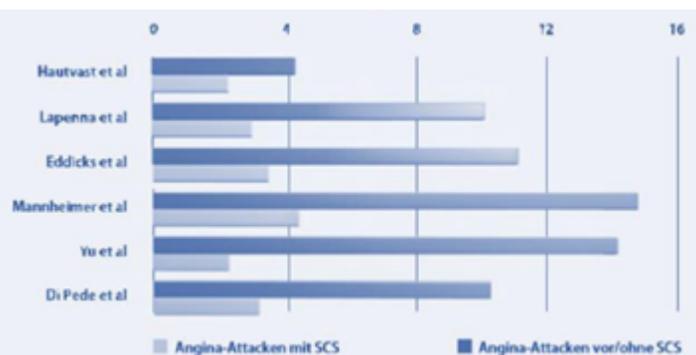


Abb 3 Anzahl Anginaattacken



Grafiken mit freundlicher Genehmigung der Fa. Medtronic

Die bisher größte Studie aus Daten von 14 Implantationszentren wurde von TenVArwerck et al. (1999) publiziert (9). 517 Patientendaten aus dem Zeitraum 1987–1999 wurden verarbeitet.

Durchschnittlich litten die Patienten seit 8,1 Jahren an AP Attacken und waren allesamt



Über die Wirkungsweise der SCS Systeme wurde in den letzten Jahrzehnten viel geforscht: Die im Jahr 1965 von Melzack und Wall publizierte und in vielen Standardwerken der Schmerztherapie zitierte „Gate-Control-Theorie“ stellte die erste wegweisende Forschungsarbeit zu diesem Thema dar (30). Sie ist mittlerweile in vielen Teilen korrigiert bzw. ergänzt worden.

Die Integrität des sympathischen System ist für die Wirkung essenziell (Armour et al. 2002), obwohl die Herzfrequenz und der Noradrenalinmetabolismus durch die Stimulation unbeeinflusst bleibt (deJongste et al. 2004). Wichtige Faktoren bei der Reduktion der Anginaattacken scheinen die Wegnahme des stressbedingten Schmerzes (Eliasson et al. 2003), eine Umverteilung des koronaren Blutflusses (Jessurun et al. 1998) und eine Stabilisierung des intrinsischen kardialen neuronalen Systems (Wu et al. 2008) zu sein. Die exakte Wirkungsweise ist hierbei noch nicht bekannt (17).

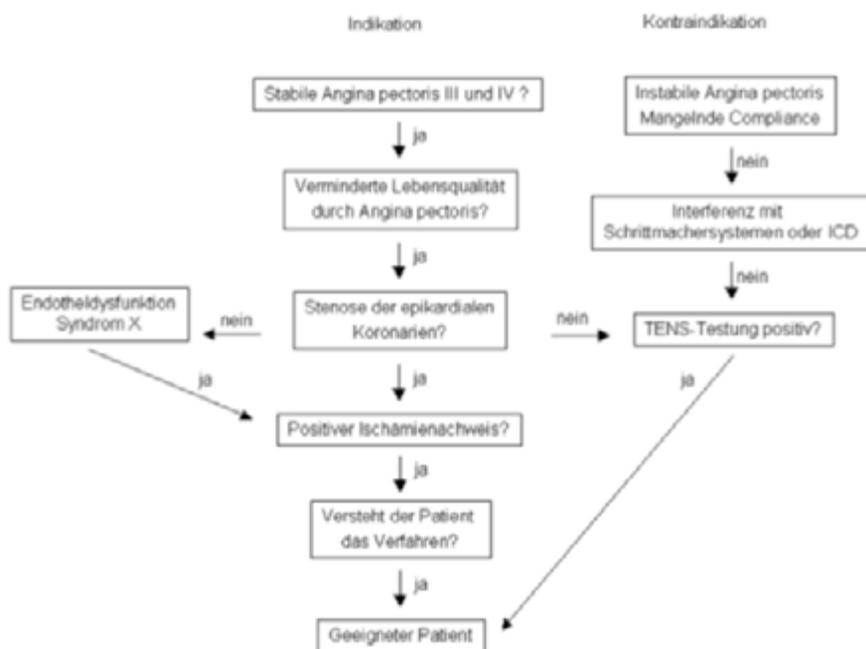
Eine zusammenfassende Tabelle, welche die Effekte des SCS-Systems in Bezug auf die refraktäre Angina Pectoris beschreibt, wird unten beschrieben (13–16):

- ▶ Reduktion der Erregbarkeit des Hinterhorns

- ▶ Erhöhung des GABA-Spiegel
- ▶ Verminderung der Freisetzung stimulierender Aminosäuren: Glutamat und Aspartat
- ▶ Zunahme von beta Endorphin (Eliasson et al. 1998)
- ▶ Reduzierte Noradrenalinfreisetzung (Norsell et al. 1997)
- ▶ Induktion der Adenosinfreisetzung

Die Sicherheit der Patienten ist ebenso gewährleistet, ein Myokardinfarkt wird durch die SCS Sonde nicht maskiert (18). Ausgeschlossen ist weiter, dass Patienten ihre höhere körperliche Belastbarkeit, klassifizierbar durch den CCS, durch myokardiale partielle Ischämien, die durch die Sondenparästhesien nicht wahrgenommen werden, erreichen (19).

Abb 3 Patientenselektion (2, 17)





Eigene Studie

In der Neurochirurgischen Klinik, Klinikum Ingolstadt, wurden in den Jahren 2004 bis 2014 neun SCS-Systeme mit der Indikationsstellung der refraktären Angina Pectoris implantiert. Von diesen PatientInnen waren acht männlich und lediglich eine weiblich. Mit sieben Patienten – zwei Patienten sind in der Zwischenzeit verstorben – konnte eine telefonische Befragung anhand eines modifizierten Seattle Angina Questionnaire (SAQ) durchgeführt werden. Dieser Test wird insbesondere im anglo-amerikanischen Raum häufig verwendet, um die Lebensqualität bei Patienten mit Koronarer Herzkrankheit zu evaluieren (20, 21).

Der in dieser Arbeit verwendete, modifizierte SAQ-Bogen enthält folgende Fragen:

- ▶ Wie häufig tritt zurzeit die Angina Pectoris Symptomatik bei der anstrengendsten Tätigkeit auf, im Vergleich zu den letzten vier Wochen vor der Generatorimplantation?
- ▶ Wie oft traten in den letzten vier Wochen AP Attacken auf?
- ▶ Wie oft wurde in den letzten vier Wochen Nitroglycerin benötigt? Wie oft wurde vier Wochen vor der Generatorimplantation/Testung Nitro eingenommen?
- ▶ Wie lästig fällt die Medikamenteneinnahme bzw. wie lästig ist es Ihnen gefallen?
- ▶ Wie überzeugt sind Sie, dass alles getan wird, um die Angina Pectoris zu behandeln?
- ▶ Wie zufrieden sind Sie mit den Erläuterungen des Arztes in Bezug auf die SCS Sonde?

- ▶ Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Behandlung
- ▶ Wie sehr ist in den vergangenen vier Wochen durch die Angina Symptomatik Ihre Lebensfreude eingeschränkt? Wie sehr waren Sie vor der Generatorimplantation eingeschränkt?
- ▶ Wie zufrieden wären sie, wenn sie mit der momentanen Symptomatik weiter leben müssten? Wie zufrieden waren Sie, vor der Generatorimplantation?
- ▶ Wie oft denken Sie an einen Herzinfarkt oder daran, dass Sie plötzlich sterben könnten? Wie oft haben Sie vor der Generatorimplantation daran gedacht?

Die in den bisher zu diesem Thema publizierten Studien legten zur Objektivierung ihr besonderes Augenmerk auf zwei Fragen: Wie oft traten die AP Attacken vor/nach der Implantation auf? Wie verhielt sich spiegelbildlich dazu die Nitroaufnahme?

Fünf von sieben Patienten der aktuellen Studie gaben an, dass die AP Attacken seit der Generatorimplantation viel seltener geworden seien. Ein Patient gab an, dass die Attacken etwas seltener geworden seien, ein weiterer, dass sie etwa gleich geblieben seien (Abb 4).

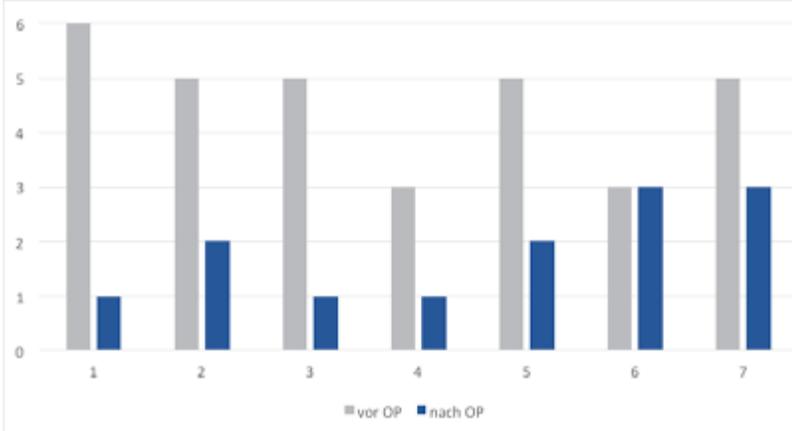
In absoluten Zahlen angegeben, sieht man, dass, bis auf einen Patienten, die Attacken mindestens um zwei Stufen abgenommen haben.

Spiegelbildlich dazu verhält sich die Nitroaufnahme: Sechs von sieben Patienten gaben an, dass die Nitroaufnahme sich mindestens um zwei Stufen reduziert habe. Lediglich ein Patient gab an, dass diese in etwa gleich geblieben sei.

Ebenso erfreulich zeigte sich die Frage nach der Angst vor einem plötzlichen Herztod, welcher bei Patienten mit refraktärer AP ein ständiger Mitbegleiter zu sein scheint. Hierbei zeigte sich prä-/postoperativ eine Besserung bei fünf von sieben Patienten um mindestens zwei Stufen. Ein Patient, der sich vor der OP selten über einen plötzlichen Herztod sorgte, hatte seit der Implantation überhaupt keine Angst mehr. Lediglich bei einem Patienten konnte das SCS System diese Sicherheit nicht geben.

In der generellen Zufriedenheit gaben fünf Patienten die maximale Stufe der Zufriedenheit mit der Therapieform an; ein weiterer Patient zeigte sich größtenteils zufrieden. Lediglich ein Patient gab an, dass er nicht zufrieden sei. Erwähnenswert ist hierbei, dass diesem Patienten das SCS System vor vier Jahren implantiert wurde und dieser sich „sicherer“ mit der Sonde fühle, so dass er das Angebot einer Explantation ablehnte (Abb. 5).

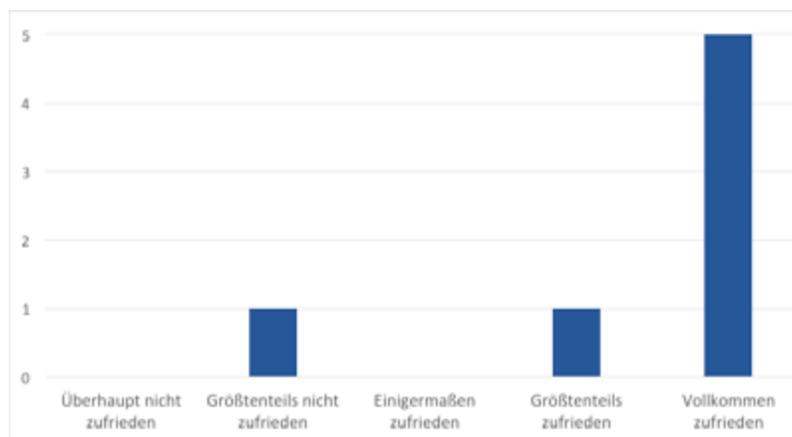
Abb 4 Häufigkeit der AP-Attacken im Verhältnis zur Nitroaufnahme



1 = Nicht in den letzten 4 Wochen
 2 = Weniger als 1 mal in der Woche
 3 = 1–2 mal in der Woche

4 = 3 mal in der Woche
 5 = 1–3 mal am Tag
 6 = 4 mal am Tag oder häufiger

Abb 5 Patientenzufriedenheit



Zusammenfassung und Ausblick (9, 19, 22, 23):

- ▶ Verbesserung der CCS/NYHA-Klasse
- ▶ Reduktion der Anfallshäufigkeit
- ▶ Reduktion des Medikamentenbedarfs
- ▶ Keine Maskierung des Myokardinfarktes
- ▶ Keine Maskierung myokardialer Ischämien
- ▶ Kosteneffektivität (Rasmussen et al. 2004): Bereits nach zwei Jahren sind die Kosten für das SCS System durch die Einsparungen bei den Krankenhauseinweisungen bzw. Liegetage und Reduktion der Angiographien gedeckt.



- ▶ Steigerung der Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und Aktivität

Diskussion

Seit gut zwanzig Jahren hat man in verschiedenen Studien die Wirksamkeit, Sicherheit, Kosteneffektivität und insbesondere die Steigerung der Lebensqualität der Patienten mit genauer Indikationsstellung der refraktären Angina Pectoris nachgewiesen. Bei einer umschriebenen Patientenselektion profitieren über 80 % der PatientInnen von einer neuromodulativen Therapie (10, 11, 12). Nichtsdestotrotz ist das Verfahren nach wie vor nicht etabliert. Hierzu scheint es verschiedene Gründe zu geben: Ein Hauptgrund ist sicherlich, dass Neurochirurgen stark auf externe Kollegen als Zuweiser angewiesen sind, diese jedoch – so scheint es – zum einen weder das Verfahren noch Zentren, die dieses anwenden, kennen, oder aber vom Verfahren nicht überzeugt sind.

In unserer Arbeit konnten wir nachweisen, dass die Patienten zum überwältigenden Teil mit dem Verfahren sehr zufrieden sind. Dies wird vor allem dadurch weiter untermauert, dass es in den letzten zehn Jahren keine Explantation wegen Unzufriedenheit oder mangelnder Wirkung nach der Implantation gab.

Abschließend kann gesagt werden, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit nach wie vor die Basis für dieses effektive Verfahren stellen wird. Denn an „geeigneten Patienten“ mangelt es sicherlich nicht. Unsere Patienten zeigten sich jedenfalls sehr froh, dass das Wissen über dieses Verfahren im Kollegium verbreitet war und diese den ver-

meintlich „austherapierten“ Patienten den Weg in ein qualitativ hochwertigeres Leben ebnen konnten.

Autor

Dr. Muhammet Enes Gündüz
Ass. Arzt Neurochirurgie
Klinikum Ingolstadt
Email: dr.gunduz@outlook.com
Telefon: 0841 880 4581

Weiterführender Link

AWMF S3 Leitlinie: Epidurale Rückenmarkstimulation zur Therapie chronischer Schmerzen, Stand 07/2013; Online:
<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/041-002.html>

Quellen

- 1 Großfeld M, Kruse W; Dissertation: „Lebensqualität von Patienten mit koronarer Herzerkrankung in hausärztlicher Betreuung.“ 2004, Aachen : Publikationsserver der RWTH Aachen University 2004
- 2 Theres H, Eddicks S, Schenk M, Spies S, Meier-Hauff K, Baumann G et al.: Neurostimulation zur Behandlung der refr. Angina pectoris (2003), Deutsches Ärzteblatt Dtsch Arztebl 2003; 100(15)
- 3 Herold G et al.: Herold Innere Medizin, Kapitel KHK und Herzinfarkt, 2015.
- 4 Eddick S et al: Thoracic spinal cord stimulation improves functional status and relieves symptoms in patients with refractory angina pectoris: the first placebo-controlled randomised study. Heart 2007; 93: 585-590.
- 5 Mod. nach: Am Heart J; (1997) 134: 587-602.
- 6 Mannheimer C, Camici P, Chester MR, Collins A, DeJongste M, Eliasson T, Follath F, Hellemans I, Herlitz J, Luscher T, Pasic M, Thelle D; The problem of chronic refractory angina. Report from the ESC Joint StudyGroup on the Treatment of Refractory Angina. Eur Heart J (2002) 23:355.
- 7 Mukherjee D, Bhatt DL, Roe MT, Patel V, Ellis



SG; Direct myocardial revascularization and angiogenesis – how many patients might be eligible? *Am J Cardiol* (1999) 84:598–600, A8.

8 Heberden W; *Medical Transactions* 2, (1972) 59–67./2. Wesley J. *The Journal of the Rev. John Wesley, A.M. In four Volumes. Published and sold by J. Kershaw, London (1827) Vol. 4, S. 12./3.* Sandric S, Meglio M, Bellocchi F, Montenero AS, Scabbia G, D’Annunzio V; *Acta Neurochir Suppl* (1984) 33:543–6./4. Murphy DF, Giles KE.; *Pain* (1987) 28:365.

9 TenVaarwerk IA, Jessurun GA, DeJongste MJ, Andersen C, Mannheimer C, Eliasson T, Tadema W, Staal MJ; Clinical outcome of patients treated with spinal cord stimulation for therapeutically refractory angina pectoris. *The Working Group on Neurocardiology. Heart* (1999) 82:8.

10 Mannheimer C et al.; Electrical Stimulation Versus Coronary Artery Bypass Surgery in Severe Angina Pectoris: The ESBY Study. *Circulation* (1998) 97:1157–1163.

11 Di Pede F et al.; Immediate and Long-Term Clinical Outcome After Spinal Cord Stimulation for Refractory Stable Angina Pectoris. *Am J Cardiol* (2003) 91:951–955.

12 Lapenna E et al.; Spinal Cord Stimulation for Patients with Refractory Angina and Previous Coronary Surgery. *Ann Thorac Surg* (2006) 82:1704.

13 Oakley JC, Prager JP.; Spinal cord stimulation. Mechanisms of action. *Spine* (2002) 27:2574–2583.

14 Cui J-G, O’Connor WT, Ungerstedt U et al.; Spinal cord stimulation attenuates augmented dorsal horn release of excitatory amino acids in mononeuropathy via a GABAergic mechanism. *Pain* (1997) 73:87–95.

15 Meyerson BA and Linderoth B.; Mode of action of spinal cord stimulation in neuropathic pain; *J Pain Symptom Manage* (2006) 31:6–12.

16 Linderoth B, Foreman RD.; Mechanisms of spinal cord stimulation in painful syndromes: role of animal models. *Pain Medicine* (2006) 7 Suppl., 1:14–26.

17 <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/041-002.html> (07/2013) [AWMF S3 Leitlinie: Epidurale Rückenmarkstimulation zur Therapie chronischer Schmerzen]

18 Andersen C, Hole P, Oxhøj H; Does pain relief with spinal cord stimulation for angina conceal myocardial infarction?; *Br Heart J* (1994) 71: 419.

19 Diedrichs H, Zobel C, Voth E, Schwinger RH; Spinal cord stimulation for intractable angina pectoris – a controlled study; *Eur Heart J* (2001) 22 (Abstr Suppl): 172.

20 Cynthia M. Dougherty, Tim Dewhurst, W. Paul Nichol, John Spertus; Comparison of Three Quality of Life Instruments in Stable Angina Pectoris: Seattle Angina Questionnaire, Short Form Health Survey (SF-36), and Quality of Life Index-Cardiac Version III; *J Clin Epidemiol* (1998) 51,7:569–575.

21 <http://myhealthoutcomes.com/faqs/3001> [Item of the SAQ]

22 Di Pede F et al.; Immediate and Long-Term Clinical Outcome After Spinal Cord Stimulation for Refractory Stable Angina Pectoris; *Am J Cardiol* (2003) 91:951–955.

23 Rasmussen MB et al.; Electric Spinal Cord Stimulation (SCS) in the Treatment of Angina Pectoris: A Cost-Utility Analysis; *Neuromodulation*, (2004) Vol. 7, No. 2, 89–96.

PINA®

Your Swiss Option



1990 - 2015



PINA Medizintechnik Vertriebs AG

Ebringerstr. 161 CH 8240 Thayngen Phone +41 52 672 4042 www.pina-med.ch

R. Quester

Förderung der Inklusion von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit erworbenen Hirnschäden in Schule, Beruf und sozialem Leben

1 Individuelle Gesundheits- und Bildungsförderung

1.1 Einleitung und Ziele

Die über die Jörg-Bernards-Stiftung der Universitätsklinik Würzburg zweckgebundenen, anteiligen Refinanzierung und der Unterstützung des Forschungsvorhabens zuerkannten Mittel wurden in vollem Umfang für die Aufrechterhaltung und Fortentwicklung des gemeinnützigen Projekts und der Förderung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit erworbenen Hirnschäden in der Schule, im Beruf und im sozialen Leben verwendet. Es sieht eine Fortführung und Stärkung gesundheits- und bildungsbezogener Leistungen in der Phase ambulanter Rehabilitation und Nachsorge im Anschluss an die stationäre Rehabilitation vor. Mit Hilfe der finanziellen Zuwendung über die Jörg Bernards Stiftung und die Universitätsklinik Würzburg konnten Leistungen zur Förderung des Heilungsverlaufs für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit erworbenen Hirnschäden ermöglicht werden.

Hierzu trugen gleichfalls die Unterstützung des Forschungsvorhabens durch das Medizinische Dekanat der Universität zu Köln und die von mir eingeworbenen Mittel vor allem in Form von Geldauflagen der Justiz bei. Diese Geldbußen wurden zur Förderung des gemeinnützig anerkannten Projek-

tes der Behinderten- und Jugendhilfe sowie zur Fortentwicklung der gemeinnützig ausgerichteten Gesundheitsleistungen für die hirnverletzten Betroffenen bundesweit zuerkannt. Die erreichte Berücksichtigung des Vorhabens erfolgte seitens einzelner Richterinnen und Richter verschiedener Amts- und Landgerichte, aber auch seitens der Staatsanwaltschaft.

Mit Hilfe der stetig erzielten weiteren Sicherung einer Mischfinanzierung des Forschungsvorhabens konnten ferner für die Betroffenen individuell ausgerichtete Maßnahmen zur Förderung der Wiederaufnahme und Fortentwicklung des schulischen Bildungsweges ermöglicht werden. Auf dieser Grundlage konnten durch weitere Unterstützungsangebote auch erste Erfolge in Richtung der Förderung eines beruflichen Ausbildungsweges erzielt werden. Der Erfolg aller Maßnahmen hängt davon ab, dass die Angebote an den individuellen Bedürfnissen ausgerichtet werden. Insofern besteht für die einzelnen Betroffenen ein hoher ärztlich-therapeutischer und pädagogischer Handlungsbedarf, der volkswirtschaftlich sinnvoll, aber in Zeiten knapper Ressourcen ohne ständige Mitteleinwerbung nicht zu verwirklichen ist.

Das Vorhaben verfolgt im Einzelnen folgende Ziele:

- Gesundheits-, Bildungs- und Ausbildungsförderung zur Verbesserung der Teilhabe Betroffener



- ▶ Ermittlung der Heilungs- und Integrationsverläufe zur Optimierung der Teilhabeprozesse
- ▶ Therapeutische und administrative Unterstützung Betroffener zur Stärkung schulischer Bildung und Verbesserung der Ausbildungs- und Integrationschancen
- ▶ Präzisere Einschätzungen von Prognosen im Hinblick auf Perspektiven von Ausbildung und Beruf

1.2 Methodik

Im Verlauf sind der erreichte Entwicklungsstand, die Fähigkeiten und die zu fördernden Leistungsbereiche regelmäßig zu bewerten und psychosoziale Folgen sowie Entwicklungspotenziale im Behandlungs- und Teilhabeprozess aufzudecken. Hierdurch können Chancen der Inklusion verlässlicher eingeschätzt und die individuellen Lösungswege angepasst und fortentwickelt werden.

Bei Kindern und Jugendlichen stehen die ärztlich-diagnostische Erfassung und Bewertung der Entwicklungs- und Rehabilitationsverläufe im Vordergrund des Projektes. Dies ist Grundlage für individualisierte Förder- und Therapigestaltung, um schulisch-soziale Integration und Berufsorientierung zu stärken. Bei Erwachsenen wird die Entwicklung beruflicher Perspektiven in Zusammenarbeit mit Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken ermittelt und gefördert. Hierzu gehören auch innerbetriebliche Qualifizierung und Eingliederung.

Durch die regelmäßig wiederholt gewonnene Einschätzung und Beurteilung der individuellen Entwicklung im Verlauf von Jahren ist es möglich, Chancen und Hemmnisse

des Genesungs-, Bildungs- und Ausbildungsverlaufs kontinuierlich zu erfassen. Auf diese Weise können Fortschritte der Entwicklung und des Heilungsverlaufs, aber auch Hemmnisse immer wieder ermittelt und beurteilt werden. Ausgerichtet an diesem jeweils erfassten Entwicklungsstand werden Förder- und Therapiestrategien möglichst zielgerecht zum Einsatz gebracht, um die vorhandenen Fähigkeiten zu stärken und Rückbildungen von Leistungseinschränkungen nach Kräften zu fördern. Dies bedeutet eine langfristig ausgerichtete Rehabilitation und Teilhabeförderung. Hierbei sind somit immer wieder für die jeweilige Entwicklungsphase angepasste individuelle Lösungswege aufzubauen, um die jeweiligen Probleme der Teilhabe zu vermindern und die persönliche Entwicklung zu stärken.

1.3 Ergebnisse

Schulische Teilhabe. Die Entwicklung eines individuellen Lösungsweges soll am Beispiel einer mittlerweile 25-jährigen jungen Frau aufgezeigt werden. Durch die Leistungen des Vorhabens des Vorhabens konnte bei ihr ein drohendes Scheitern des schulischen Bildungswegs vermieden werden. Ermöglicht wurde ein Schulabschluss auf dem Berufskolleg.

Die Betroffene hatte im Alter von 10 Jahren auf dem Weg zur Schule eine schwere Hirnverletzung erlitten. Nach langer akutmedizinischer Behandlung und stationärer Rehabilitation konnte eine schrittweise Rückkehr in die zuvor besuchte Schule erreicht werden. Im Rahmen der weiterführenden Schule kam es mit zunehmenden schulischen



Anforderungen schrittweise zur Entwicklung von Problemen bei der Bewältigung der vermittelten Lerninhalte. Auch fühlte sich die Schülerin aufgrund ihrer fortbestehenden Beeinträchtigungen von Aufmerksamkeitsleistungen sowie Lern- und Gedächtnisfunktionen zunehmend als Außenseiter im Klassenverband. Erschwert wurde die Situation durch gleichzeitig vorhandene Beeinträchtigungen beim Erfassen komplexer Sachverhalte. Hierdurch wurde somit auch der Kontakt zu den Mitschülern und Lehrern erschwert. Ebenso kam es nicht zum Aufbau von Freundschaften. Es traten vermehrt Situationen auf, in denen sich die Betroffene unverstanden fühlte. Sie empfand die Lage vermehrt als Erfahrung von Ablehnung und des Sich-Nicht-Verstanden-Fühlens. Allerdings fehlte den Mitschülern auch entsprechende Erfahrung im Umgang mit Betroffenen. Gleiches galt für die Lehrkräfte. Vermehrt entwickelten sich als Reaktion Angst- und Panikstörungen. Gleichzeitig kam es zu nachlassenden schulischen Leistungen. Zusätzliche individuelle Unterstützung im schulischen Umfeld bei der Bewältigung der Lerninhalte kam nicht zustande. Auch war die zeitliche Belastung der Lehrkräfte zu hoch, um noch Ressourcen für eine Nach- und Vorbereitung des Lernstoffs für die Betroffene aufwenden zu können. Unter diesen Rahmenbedingungen war das Scheitern der Klasse 10 Folge. Auch bei Wiederholung des Schuljahres kam es zu keiner günstigeren Entwicklung, da Hilfskonzepte nicht zum Tragen kamen.

Persönliche Rücksprachen mit den beteiligten Lehrkräften konnten keinen positiven Veränderungsprozess auslösen. Zunächst wurde aber eine ehemalige Leiterin eines

Pflegeheims, welche ein Pädagogik-Studium durchführte und durch eigene Lehrangebote rehabilitativ geschult wurde, gewonnen sich in der Vor- und Nachbereitung des Unterrichtsstoffs einzubringen. Erreicht wurde durch das Projekt, dass seitens des zuständigen Leistungsträgers (Unfallkasse) auch eine Kostenübernahme für regelmäßige und intensive Unterstützungsmaßnahmen pädagogischer Förderung zustande kam. Hierdurch gelang es schrittweise das Ausmaß der Leistungsbeeinträchtigungen in schulischer Hinsicht zu reduzieren. Gleichzeitig konnten die entstandenen Wissenslücken langsam abgebaut werden.

Mit Hilfe einer Einbindung der Schulaufsichtsbehörde und der Gewinnung einer Unterstützung eines anderen Berufskollegs wurde eine behindertengerechte Sonderregelung geschaffen. Trotz zweifachen Scheiterns im Verlauf der Klasse 10 konnte ein Schulwechsel realisiert werden. Gleichzeitig wurde die Erlaubnis erteilt, das 10. Schuljahr ein drittes Mal ableisten zu dürfen. Mit Hilfe medizinischer Unterstützung und regelmäßigen fachlichen Beratungen mit den Lehrern der neuen Schule und engem fachlichen Austausch mit der Nachhilfelehrerin sowie der Unterstützung durch die Mutter gelang es, einen Schulabschluss auf dem Berufskolleg zu erreichen. Parallel erfolgte eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, um die Angst- und Panikstörungen therapeutisch zu bessern. Somit konnten sowohl der Heilungs- als auch der Bildungsvorlauf durch das intensive Engagement positiv beeinflusst werden. Es konnten somit entscheidende Grundlagen geschaffen werden, um schrittweise möglichst in Zukunft Wege



in Richtung der Entwicklung einer Ausbildungsperspektive zu schaffen. Gleichzeitig zeigt sich bei diesem Entwicklungsverlauf, wie komplex die Gestaltung der Lösungswege ist.

Auch die weitere Entwicklung einer beruflichen Perspektive wird voraussichtlich Jahre in Anspruch nehmen, in denen immer wieder fachliche Unterstützung erforderlich ist. Gleichzeitig sind Maßnahmen zur Stabilisierung der Persönlichkeitsentwicklung und zur Stärkung der Angehörigen von Nöten.

Berufliche Teilhabe. Insbesondere durch die hohen Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes fällt es den Betroffenen schwer einen geeigneten Weg zu finden. Teilweise kommt es dabei auch zu wiederholtem Scheitern, so dass immer wieder Um- und Neuorientierungen zu finden sind. Ermutigend sind dabei aber die verstärkt ermittelten Erkenntnissen des Vorhabens, dass Entwicklungsprozesse bei entsprechender Förderung über Jahre günstig beeinflusst werden können.

Beispielhaft soll an dieser Stelle die berufliche Situation eines mittlerweile 36-jährigen jungen Mannes beleuchtet werden, der vor 13 Jahren eine Hirnverletzung erlitt. Zuvor hatte er nach einer Lehre als Industrieelektroniker seine Gesellenprüfung abgeleistet und in der Folge die Technische Oberschule besucht, um das Abitur und ein technisches Studium anzustreben.

Nach Abschluss der stationären Rehabilitation hatte der Betroffene zunächst versucht in der Technischen Oberschule wieder von vorne anzufangen. Innerhalb von zwei Jahre gelang eine komplette Rückkehr

in den Unterricht. Allerdings bestanden in Teilbereichen fortbestehende Leistungsbeeinträchtigungen. Dagegen zeigten sich bei den mathematischen Kompetenzen gute Leistungen. Aufgrund der erschwerten Lernbedingungen und eingeschränkter verbaler Gedächtnisleistungen erfolgte aber ein Wechsel auf das Berufskolleg, was erfolgreich abgeschlossen wurde. In der Folge wurde der Betroffene seit dem Jahr 2005 für eine Montagetätigkeit bei seiner Ausbildungsfirma eingestellt. Im Vergleich zu seiner zuvor vor der Hirnverletzung abgeleiteten Ausbildung bedeutete die aktuelle Tätigkeit jedoch eine gewisse Zurückstufung. Hierdurch wurde aber versucht ein Tätigkeitsfeld aufzubauen, das den reduzierten Gesamtkompetenzen entsprach. Die Tätigkeit war aber durch fließbandartig strukturierte Arbeitsabläufe charakterisiert, die im Verlauf der folgenden Jahre zu einer erhöhten Unzufriedenheit des zuverlässigen Mitarbeiters führten. Somit traten seit den Jahren 2009 und 2010 wiederholt Leistungsprobleme am Arbeitsplatz auf. Zunehmend bildete sich aber auch der Wunsch aus eine Weiterqualifizierung beruflich anzustreben.

Im Rahmen des Projektes erfolgte in beruflicher Hinsicht eine Abklärung und Einschätzung der Entwicklungsmöglichkeiten. Dies geschah vor Ort in engem fachlichem Austausch mit dem arbeitsmedizinischen Dienst des mittelständischen Unternehmens, der Schwerbehinderten- und der Personalratsvertretung unter Einbindung des Arbeitgebers. Von neurologischer Seite wurde die Einschätzung gewonnen, dass sich schrittweise verbesserte Lernkompetenzen



herausgebildet hatten. Es gelang ein berufsorientiertes Leistungsbild durch mehrwöchige Testungen im Berufsförderungswerk (BFW) Nürnberg zu erwirken. Dabei wurde es durch Verhandlungen und sozialmedizinische Gutachten meinerseits möglich, die Deutsche Rentenversicherung Bund zu einer Kostenübernahme zu bewegen. Aufgrund der erfolgreichen Ergebnisse und der erreichten Bereitschaft des Unternehmens einer beruflichen Qualifizierung im Berufsförderungswerk zuzustimmen, konnte letztlich die Bewilligung einer mehrjährigen Aufnahme im BFW erwirkt werden, um einen bei der IHK anerkannten Ausbildungsweg durch die Chance der Einbeziehung zusätzlicher Maßnahmen zur behindertengerechten Unterstützung abzuleisten. Es muss dabei abgewartet werden, ob es im weiteren Verlauf zu einem erfolgreichen Abschluss der Qualifizierungsmaßnahme kommen wird.

1.4 Rahmenbedingungen für die Verwirklichung individueller Teilhabeförderung

Eine Herausforderung des Projektes ist es, dass für jeden einzelnen Betroffenen eine komplett andere Situation besteht. Die Leistungen zur Gesundheitsförderung, vor allem zur therapeutisch gestärkten Fortentwicklung vorhandener Fähigkeiten und zur Förderung der Rückbildung von Leistungseinschränkungen sind entscheidende Grundlagen, um individuell ausgerichtete bildungsbezogene Angebote schrittweise aufzubauen und fortzuentwickeln. Hierdurch werden in der Regel zunehmend bessere Voraussetzungen zur stetigen Förderung der Teilha-

be geschaffen. Die erreichte Unterstützung der Universität ist für dieses Forschungsvorhaben eine tragfähige und entscheidende Grundlage. Für die Umsetzung der ärztlich und wissenschaftlich komplexen Ziele ist es aber unerlässlich, darüber hinaus ständig weitere Mittel einzuwerben, um die Fortentwicklung zu verwirklichen.

Die erreichte finanzielle und administrative Unterstützung der Jörg Bernards Stiftung und die Universitätsklinik Würzburg waren hierbei eine wertvolle Hilfe. Sie trugen entscheidend zur Finanzierung einer BahnCard 100 bei, mit deren Hilfe die Aufrechterhaltung und Fortentwicklung zubringender Leistungen der Gesundheits- und Bildungsförderung am Wohnort der Betroffenen unterstützt wurden. Dies waren entscheidende Voraussetzungen für die weitere Ausgestaltung und den Ausbau des Forschungsvorhabens mit dem Ziel der Verbesserung der Teilhabe der hirnverletzten und schwer behinderten Betroffenen.

In Verbindung mit der Förderung durch Ihre Stiftung war gleichzeitig eine Stärkung der Anerkennung der Fortentwicklung des Forschungsvorhabens und seiner Ziele in der öffentlichen Wirkung verbunden. Dies erleichterte Verhandlungen mit Leistungsträgern zur Zuerkennung von Leistungen für die Betroffenen. Ebenso trug die Zuwendung zu einer Verbesserung der Voraussetzungen zur Einwerbung weiterer Mittel bei. Dies betraf vorrangig den Einsatz für die Ziele des Vorhabens im Sinne des Werbens für die Berücksichtigung bei der Zuteilung von Geldauflagen durch Richterinnen und Richter sowie durch Staatsanwältinnen und Staatsanwälte bis hin zur Generalstaatsanwaltschaft.



Durch die bereits mehrfach erfolgte Unterstützung der Jörg-Bernards-Stiftung ist es seit Jahren ermöglicht worden, dass ein intensives Eintreten für die Ziele des Projekts bundesweit erfolgen konnte. Dies trug ebenso zur Zuerkennung von Eingliederungszuschüssen der Agentur für Arbeit und Spenden bei. Ferner wurden Förderungen der Hans-Rosenthal-Stiftung und der Kurt-Graulich Stiftung erreicht. Gleichzeitig wurde eine Unterstützung durch den Freundes- und Förderkreis für Fortbildung und Forschung an der Neurochirurgischen Universitätsklinik Köln erzielt.

Die Hilfe der erreichten Mischfinanzierung des Forschungsvorhabens und die Ermöglichung der Aufrechterhaltung und Fortentwicklung der projektbezogenen Gesundheits- und Bildungsleistungen ist es gelungen, in Einzelfällen für die Betroffenen Finanzierungen über die Krankenversicherungen, Pflege- und Unfallkassen, Jugend- und Sozialämter sowie die Deutsche Rentenversicherung Bund zu erreichen. Dies bedeutet aber nicht, dass die projektbezogenen Leistungen hierüber finanzierbar waren.

Unterstützend wirken sich dabei die engen Verbindungen zum bundesweit aktiven Selbsthilfverband „Bundesverband Schädel-Hirnpatienten in Not“ und zur „ZNS-Hannelore-Kohl-Stiftung“ aus. Erreicht wurde auch eine Einbindung in den Rehabilitationswissenschaftlichen Verbund Berlin Brandenburg und Sachsen.

Im Hinblick auf die Stärkung der Umsetzung des Forschungsvorhabens wurde auch erreicht, dass eine Mitgliedschaft in der Bayerischen Landesärztekammer mit Anbindeung an die Kreisstelle Würzburg erreicht wurde.

2 Chancen und Hemmnisse in der Entwicklung der Angebote

Schwere Hirnverletzungen sind gravierende Lebensereignisse. Sie können zu Entwicklungsbeeinträchtigungen und Störungen von Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Lernen und Sprache führen. Hierdurch wird in sozialmedizinischer und pädagogischer Hinsicht die gesellschaftliche Teilhabe oft massiv eingeschränkt. Hieraus leitet sich daher ein Bedarf für langjährige Behandlungen verletzungsbedingter Fähigkeitsstörungen, Leistungen zur Stärkung eingeschränkter bildungsbezogener Kompetenzen und Hilfsmaßnahmen ab, um Teilhabeförderung wirksam umzusetzen.

Nach den bei über 50 Betroffenen mit Unterstützung bei der Zuteilung von Geldauflagen gewonnenen Ergebnissen stellt sich die Umsetzung der Teilhabe- und Inklusionsprozesse folgendermaßen dar:

- ▶ Durch verstärkte Nachsorge und Ressourceneinsatz können die gesundheitlichen und bildungsbezogenen Entwicklungspotenziale Betroffener besser erschlossen werden
- ▶ Nach Abschluss der stationären Rehabilitation mangelt es bislang an Hilfs- und Förderangeboten für Betroffene und ihre Familien
- ▶ Schwer abgrenzbare Zuständigkeiten beteiligter Strukturen des Gesundheits- und Sozialwesens, mangelnde Koordination
- ▶ Abbau von Vorurteilen und Diskriminierungen von Menschen mit Behinderung
- ▶ Stärkung gesellschaftlicher Anerkennung der Betroffenen

OrtoWell Distractor



US-Patentnummer 8,152,811. CE-gekennzeichnet.

Wenn eine präzise und sichere Distraktion von Wirbeln unerlässlich ist

Instrumentarium zur Distraktion der Lendenwirbel bei der Einoperierung spinaler Wirbelprothesen von vorn, sowie ALIF-Käfigen in der Lendenwirbelsäule.



- ▶ Sensibilisierung für Sorgen und Nöte Betroffener und ihrer Familien
- ▶ Bewusstmachung für die noch kaum vorhandene Wahrnehmung des dramatischen Lebenschnitts und veränderter Lebensumstände durch die Hirnschädigung in der Gesellschaft

Die ermittelten Ergebnisse zeigen einen hohen Handlungsbedarf auf, um Teilhabeförderung im Hinblick auf Gesundheit, Bildung und gesellschaftliches Leben weiter zu entwickeln.

Gleichzeitig haben die aufgezeigten Leistungen des Projektes belegt, dass individuelle Förder- und Therapiemaßnahmen ermöglicht werden können, welche positive Einflussnahme im Hinblick auf den Abbau von Barrieren der Teilhabe nehmen. Dabei wurden auch schrittweise Besserungen von Störungen von Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Lernen und Sprache erreicht. Gleiches galt auch für die Förderung der Kompensationsstrategien bei verletzungsbedingten Sinnesbeeinträchtigungen und der Rückbildung körperlich-motorischer Einschränkungen. Die vielfältigen projektbezogenen Maßnahmen nahmen günstigen Einfluss auf den Heilungsverlauf. Ebenso erhöhten sie die Erfolgchancen in schulischer und beruflicher Hinsicht. Die erreichte finanzielle Unterstützung des Forschungsvorhabens trug zu einer solchen schrittweisen Optimierung und Intensivierung der Therapie- und Hilfsangebote bei.

Die durch das Vorhaben erreichten individuell ausgerichteten Leistungsangebote haben erwiesen, dass Genesung und Teilhabe in der Phase ambulanter Rehabilitation und Nachsorge nach Abschluss stationärer

Behandlung gestärkt werden können. Die Maßnahmen erwiesen sich als zielführend, um gleichzeitig zu einem Abbau von Hemmnissen beizutragen, die ansonsten gesundheitliche Verschlechterungen und soziales Scheitern verursachen könnten.

Der weitere Aufbau langfristiger Angebote von Leistungen und Einbeziehung bereits bestehender Einrichtungen erweist sich als sinnvoll, um möglichst nachhaltig den Behandlungs- und Heilungsverlauf, aber auch die Entwicklung der Bildungsprozesse, günstig zu beeinflussen. Nach den gewonnenen Erkenntnissen des Vorhabens ist aufgrund des Ausmaßes verletzungsbedingter Störungen kognitiver, motorischer und sozialer Kompetenzen eine Sicherstellung solcher Maßnahmen über viele Jahre erforderlich.

3 Weiterentwicklung von Beratung und Therapigestaltung

Die bisher erzielten Ergebnisse ermöglichen den weiteren Ausbau eines spezifischen Unterstützungsangebotes in der Nachsorge. Aufgrund der aufgezeigten Hemmnisse von Teilhabeprozessen sind individuell ausgerichtete Förder- und Therapiekonzepte nur schrittweise umsetzbar. Infolge der angespannten Haushaltslage und der noch kaum vorhandenen öffentlichen Lobby besitzt die Gewinnung zusätzlicher Mittel zur Fortentwicklung der notwendigen Leistungen einen hohen Stellenwert.

Die über mehrere Jahre erreichte Unterstützung durch die Jörg Bernards Stiftung hat im Hinblick auf die Fortentwicklung des Forschungsvorhabens bereits eine wesentliche Hilfe dargestellt. Sie erleichtert auch die



auf die Zukunft ausgerichtete Ausgestaltung der weiteren Perspektive des Projektes. Im Sinne der Stärkung des Vorhabens wäre eine erneut beantragte Unterstützung durch Ihre Stiftung eine sehr wertvolle Unterstützung.

Die erreichte Würdigung und Anerkennung der Ziele des Forschungsvorhabens und ihre finanziellen Zuwendungen trugen und tragen weiterhin dazu bei, die Ausgestaltung der Leistungsangebote zu fördern, um den gesundheitlich schwer beeinträchtigten und sozial benachteiligten Betroffenen und ihren Familien Unterstützung für Entwicklung, Bildung und Teilhabe zu bieten. Auch die Gewinnung weiterer Mittel über andere Stiftungen und durch die Berücksichtigung bei der Zuerkennung von Geldauflagen durch die Justiz wird hierdurch erleichtert.

Eine weitere schrittweise Optimierung und Intensivierung der individuell ausgerichteten Bildungs- und Therapieangebote kann auf der Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse erreicht werden. Die zunehmende Verwirklichung behindertengerechter Rahmenbedingungen soll dazu beitragen, dass die Möglichkeiten zur Erreichung eines qualifizierten Schulabschlusses als Grundlage für Ausbildung erweitert werden. Angestrebt wird auch, dass die Chancen zur Entwicklung beruflicher Perspektiven weiter verbessert werden. Dies kann nach den erzielten Ergebnissen für einzelne Betroffene bei entsprechender Unterstützung auch die erfolgreiche Ableistung eines Hochschulstudiums beinhalten.

Die bereits gewonnenen Erkenntnisse des Vorhabens belegen dabei, dass der Einsatz von Leistungen über Jahre wirkungsvoll ist, um möglichst nachhaltige Entwicklung und

Teilhabe zu stärken. Aufgrund der komplexen Folgen verletzungsbedingter Beeinträchtigungen und sozialer Barrieren ist dies häufig eine lebenslange Aufgabe.

Der erreichte Entwicklungsstand des Projektes ermöglicht den weiteren Aufbau eines spezifischen Beratungs- und Unterstützungsangebotes in der Nachsorge. Aufgrund der aufgezeigten Hemmnisse von Teilhabeprozessen sind individuell ausgerichtete Förder- und Therapiekonzepte aber nur schrittweise umsetzbar.

Die vielfach noch feststellbaren Abbrüche in der schulischen Entwicklung nach Hirnverletzungen stellen eine Herausforderung in ärztlicher, therapeutischer und pädagogischer Hinsicht dar. Nur durch bessere Ausgangsvoraussetzungen in schulischer Hinsicht werden sich aber auch mehr berufsbezogene Alternativen zu Werkstattarbeitsplätzen entwickeln lassen. Die umfassende Förderung des Genesungs- und Teilhabeprozesses im schulischen Bildungsverlauf ist wesentliche Voraussetzung für den Aufbau entsprechender Kompetenzen, die eine spätere innerbetriebliche Ausbildung oder den Eintritt in ein Berufsbildungswerk eröffnen. Spezielle Qualifizierungsmaßnahmen und therapeutische Angebote der Berufsbildungswerke scheinen besonders geeignet, Auszubildenden mit Behinderung und niedriger schulischer Vorbildung trotz schwieriger Startbedingungen einen erfolgreichen Ausbildungsabschluss mit möglichst früher Integration in das Erwerbsleben zu ermöglichen.

Zur Stärkung der Teilhabeförderung ist eine Fortentwicklung der projektbezogenen Forschungsaktivitäten und eine erweiter-



te Netzwerkbildung mit spezialisierten Einrichtungen und anderen entsprechenden Akteuren erforderlich, um Maßnahmen zur Erzielung von Genesung und Teilhabe auf Grundlage der Heilungs- und Integrationsverläufe zu optimieren. Durch die Unterstützung der wissenschaftlichen Ziele und die Netzwerkbildung können Ressourcen optimal genutzt und individuelle Entwicklungspotentiale besser erschlossen werden. Damit sollen auf der Grundlage eines Ausbaus der Forschung nachhaltig günstigere Rahmenbedingungen für die schulisch-berufliche Inklusion und zum Abbau von individuellen Benachteiligungen erreicht werden. Hiermit

verbunden ist der Aufbau stufenweise ineinandergreifender Förder- und Therapiestrategien, der durch die Zusammenführung unterschiedlicher Kompetenzen ermöglicht wird.

Die erzielte universitäre Unterstützung vor allem vonseiten der Universität Köln und der Universitätsklinik Würzburg stellen dabei eine sinnvolle und zukunftsweisende Perspektive dar.

Der Autor

Priv. Doz. Dr. med. Ralf Quester,
Neurochirurg und Rehabilitationsmediziner,
Kaisersescher Str. 10, 50935 Köln

uCentum™

comprehensive posterior system



- Ein Instrumentenset für alle Implantatkomponenten
- Alle Schraubenimplantate kanüliert und perforiert – für sichere Platzierung und Zementaugmentation
- Individuelle Systemkonfiguration durch modularen Aufbau

Universales Pedikelschraubensystem für alle offenen und perkutanen Anwendungen

H. Poimann

ISO 9001:2015 als kommunikationsfördernder Faktor in Organisationen

Die neue ISO 9001:2015 ist eine ideale Methode, für das vom gem. Bundesausschuss geforderten Qualitäts- und Risikomanagement. Die ISO 9001:2015 ermöglicht es, alle erforderlichen Abläufe und Tätigkeiten adäquat zu erfassen, zu überwachen und zu messen.

Kommunikation ist ein kritischer Erfolgsfaktor für erfolgreiche Organisationen. Interdisziplinäre Kommunikation ist dabei eine bekannte und beständige Herausforderung. Hargie und Tourish (2009) stellen die Behauptung auf, dass die meisten Organisationsschwierigkeiten ein Ergebnis schlechter interner Kommunikation sind, weil weder eine Vorstellung, noch ein Konzept für eine interne Kommunikation bestehe.

Kommunikation spielt eine starke Rolle für die Zufriedenheit der Mitarbeiter (Downs & Adrian 2004). Kritisch für eine Organisation ist es, wenn Mitarbeiter über die Gerüchteküche mehr erfahren als über offizielle Informationswege (Hargie et al. 2004). Die Selbsteinschätzung von Managern ist häufig schlecht, was ihre eigenen Kommunikationsfähigkeiten betrifft (Tsang 2002). Eine Untersuchung in England zeigt, dass 1/3 der Angestellten nur wenig mit ihrem Chef reden oder von ihm informiert werden. Nur 40% kriegen von ihrer Führungskraft Feedback über ihr Arbeitsverhalten. 25% hatten das noch nie in ihrer Arbeitszeit erlebt. (CIPD 2006).

Fehlerhafte Kommunikation ist auch relativ teuer. Schlechte Kommunikation kos-

tete in den USA und den Vereinigten Staaten bei 400 untersuchten Organisationen mit mehr als 100.000 Angestellten über 37 Milliarden US-Dollar, das heißt, durchschnittlich 62 Mio. pro Organisation und Jahr. Weiter aufgeschlüsselt heißt das, aufgrund von Kommunikationsstörungen entsteht ein aufsummierter Verlust in der Produktivität in Höhe von 26000 US Dollar pro Arbeitnehmer und Jahr (www.holmesreport.com/thecostofpoorcommunication). Auch in der medizinischen Versorgung belaufen sich die Kosten aufgrund kommunikativer Fehler auf Milliardenhöhe. (Poimann 2016)

Die heutige Arbeitswelt fordert auf allen Ebenen mehr und mehr Verdichtung. Der Human Factor stellt dabei ein höheres Risiko dar als technische Faktoren (Bubb 2005). Im Sinne einer Infologistik müssen klare Regelungen für interne und externe Kommunikation für z. B. Informationsfluss und Verarbeitung und Speicherung festgelegt werden. Kommunikation im Sinne eines Kommunikationsmanagements oder von Kommunikationsprozessen findet im angloamerikanischen Bereich intensive Beachtung (Hargie & Tourish 2009) (Downs & Adrian 2004).

Nicht nur aus diesen Gründen findet sich in der neuen ISO 9001:2015 Kommunikation als wichtiges Thema (Poimann 2015). Es ist ein bedeutender Faktor der Qualitätserbringung. Kommunikation erfordert eine entsprechende Infrastruktur und Regelungen für interne und externe Bereiche. Die ISO 9001:2015 fordert im Bereich der inter-



nen Kommunikation klare Regelungen für top-down und bottom-up Informationskanäle und die Nutzung derselben. Es gibt spezifische Anforderung an Regelungen für den Austausch mit externen Anbietern, Lieferanten oder den Kunden. Letztere sind sowohl in Bezug auf ihre Anforderungen an die Dienstleistung oder an das Produkt, als auch hinsichtlich ihrer Wahrnehmung der Erfüllung der Qualitätsleistungen durch die Organisation entsprechend zu befragen.

In über 15 Kapiteln der ISO 9001:2015 gibt es mehr oder weniger detaillierte Anforderungen zur Sicherstellung, dass entsprechende Informationskanäle und Möglichkeiten des Informationsaustausches festgelegt sind. Im Kapitel 7.4 wird explizit für die interne und externe Kommunikation einer Organisation die Festlegung gefordert, worüber, wann, mit wem, wie und wer kommuniziert. Dies mündet nahezu zwangsläufig bei größeren Organisationen in Kommunikationsprozesse und Kommunikationsmanagement.

Zurzeit wird Kommunikationsmanagement, d.h. ein systemisches Vorgehen in vielen Organisationen eher rudimentär und anekdotisch betrieben, wenn man vielleicht von elektronischen Kommunikationsanlagen absieht. Bezeichnenderweise werden auch im Handbook for Industrial, Work and Organization Psychology, Vol. 2 (2001) im Kapitel über „Kommunikation in Organisationen“ die wesentlichen Themenbereiche eher technisch abgehandelt. (Langan-Fox (2001))

Die Einführung von Kommunikationsregeln und klaren Kommunikationsvorgaben, wie z.B. evidenzbasierte Kommunikationsmuster, führen zu einer Verbesserung der Performance, der Ergebnisse, Reduktion von

Fehlern und Erhöhung der Zufriedenheit der Mitarbeiter (GQMG 2015) (King et al. 2007).

Die ISO 9001:2015 fordert von der Geschäftsleitung und vom oberen Management ein klares Kommittent. Qualitätspolitik und Qualitätsziele sowie die Erwartung der Kunden sind allen Mitarbeitern zu übermitteln. Darüber hinaus muss sichergestellt werden, dass diese Inhalte im Bewusstsein der Mitarbeiter verankert sind.

In der Betonung von Prozessen und deren Gestaltung sind in Projekt- und Arbeitsgruppen ein multiprofessionelles Team notwendigerweise einzubeziehen und kommen dadurch in regen Austausch. Multidisziplinarität und Einbezug aller Mitarbeiter ist für das QM nie eine Frage des „ob“, sondern immer eine Frage, „in welchem Umfang“ das geschehen soll. Insbesondere im internen Berichtswesen dienen Monitoring und Messung als Grundlage für die Organisation interner Kommunikation und wiederholter Feedback-Schleifen. Eine geregelte Besprechungskultur hilft, wichtige Themenbereiche sichtbar werden zu lassen und weiter zu behandeln.

Erfassung von Fehlern, Vergeudung und Misswirtschaft im internen Audit sorgen für kurze Rückmeldezeiten und sind für schnelle adäquate Korrekturmaßnahmen notwendig.

Evidenzbasierte Kommunikationswerkzeuge helfen z.B. bei Übergaben und Transfers, Fehler zu reduzieren und zu vermeiden (GQMG 2015).

Die ISO 9001:2015 bietet ein hervorragendes Werkzeug, die aus der Kommunikations- und Organisationsforschung gewonnenen sicheren Erkenntnisse in eine Organisation zu etablieren und damit ein deutliches Verbesserungsschub zu initiieren. (Poimann 2015)



Literatur

- ▷ Bubb H (2005) Human reliability: A key to improved quality in manufacturing: Research Articles. 15:353–368.
- ▷ CIPD (2006) Annual Survey Report 2006: How engaged are british employees?, London.
- ▷ Downs C & Adrian A (2004): Assessing Organizational Communication Strategic Communication Audits.
- ▷ Downs C & Adrians A (2009): Auditing the annual business conference of a major beverage company. In: Hargie O & Tourish D (eds.) Audit Organ Commun Handb Res Theory Pract. NY: Routledge 304–322.
- ▷ GQMG (2015): Positionspapier der GQMG: Kommunikation in Qualitäts- und Risikomanagement www.gqmg.org.
- ▷ Hargie O, Dickson D & Tourish D (2004): Communication Skills for Effective Management. palgrace macmillan.
- ▷ Hargie & Tourish (2009), Auditing organizational communication, Routledge, New York
- ▷ King H, Battles J, Baker D & Alonso A (2007): Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 3: Performance and Tools). Rockville.
- ▷ Langan-Fox J (2001) Communication in Organizations in: Anderson N, ones DS, Sinangil HK and Viswesvanc (2001) in. Handbook of industrial work and organization psychology SAGE Publication Ltd., London (188-205)
- ▷ Poimann H (2015): Die neue DIN EN ISO 9001:2015: Was ändert sich? in: Zeitschrift für ambulante Neurochirurgie, Würzburg, Hutten-scher Verlag 507 p. 39
- ▷ Poimann H (2016): Evidenzbasierte Kommunikation in der Gesundheitsversorgung: Ressourcenaktivierung, Fehlerreduktion, Kostensenkung, Qualitätssteigerung. Würzburg: Huttenscher Verlag 507

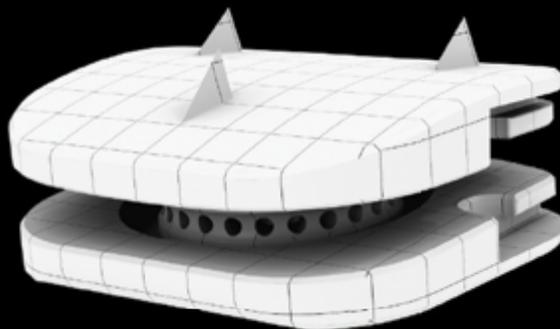


BY SPINEART

MOTION

BAGUERA[®]_C

GEFÜHRTER MOBILER KERN
ANATOMISCHES DESIGN
GERINGERE MRT ARTEFAKTE
RÖNTGENDURCHLÄSSIGE GABEL



CERVIKALE

BANDSCHEIBEN

PROTHESE

M. Nunne, H. Ebeling

Professionell und versichererunabhängig: Schadenmanagement für Chirurgen

Grau is' alle Theorie – entscheidend is' auf'm Platz!“ Die oft zitierte Weisheit von Ex-Fußballstar Alfred „Adi“ Preißler passt auch auf Versicherungen, wenn man „auf dem Platz“ gleichsetzt mit „im Schadenfall“. Denn: Auch bei noch so umfassenden Vertragsbedingungen und einem noch so günstigen Preis nützt eine Versicherung nicht viel, wenn der Versicherer im Schadenfall die Leistung und die weitergehende Unterstützung verweigert.

Damit ein solches Szenario Chirurgen nicht widerfährt, können sie – neben erweiterten Leistungen in der Berufs-Haftpflichtversicherung und Top-Konditionen – ein professionelles und vom Versicherer unabhängiges Schadenmanagement in Anspruch nehmen, das Berufsverbände über ihre Kooperation mit der Ecclesia Gruppe für seine Mitglieder vorhält.

In der Schadenabteilung der Ecclesia-Gruppe arbeiten Expertinnen und Experten unterschiedlichster Couleur: Das Spektrum reicht von Architekten über Medizingeräte-Sachverständige bis hin zu Versicherungsfachwirten und Medizinrechtlern, um nur einige Berufsgruppen zu nennen. Mit viel-schichtigem Know-how begleitet das Expertenteam Chirurgen bei Schadenfällen und unterstützt sie aktiv, um deren Interessen sowohl gegenüber dem Anspruchsteller als auch gegenüber dem Versicherer zu wahren.

Der Makler hat eine Filterfunktion

Kommt es zu einem Schaden (Versicherungsfall), ist der Versicherer in der Regel unverzüglich oder binnen einer bestimmten Frist davon in Kenntnis zu setzen. Die Einhaltung der Fristen gehört zu den Obliegenheiten des Versicherungsnehmers. Bei Verstößen besteht die Gefahr, den Versicherungsschutz zu verlieren. Der Haken: Mit jeder Schadenmeldung an den Versicherer bucht dieser automatisch eine – in der Regel nicht unerhebliche – Reserve ein. Und diese belastet den Vertrag.

Der Kunde ist in der Zwickmühle: Einerseits will er seinen Versicherungsschutz nicht durch eine Obliegenheitsverletzung gefährden und ist daher auch in Zweifelsfällen daran interessiert, dem Versicherer Meldung zu erstatten. Andererseits führt die dann eingeleitete Reservestellung zu einer Vertragsbelastung.

Entscheidend ist es daher zunächst herauszufinden, ob überhaupt ein zu meldender Schadenfall vorliegt. In der Praxis gibt es hier häufig Interpretationsprobleme – teilweise zum Nachteil des Versicherungsnehmers. Es stellen sich Fragen wie: Unter welchen Voraussetzungen ist ein bekannt gewordener, ungewöhnlicher Umstand ein Schadenfall? Genügt es, die Patientenakte bzw. die Behandlungsunterlagen anzufordern, um einen anzeigepflichtigen Versi-



cherungsfall zu verifizieren? Ist der Versicherungsschutz gefährdet, wenn ein womöglich als Schaden geltender Umstand nicht unverzüglich dem Versicherer gemeldet wird?

Um dem Dilemma zu begegnen, hat die Ecclesia Gruppe als Versicherungsmakler mit der Versicherungswirtschaft eine Klausel vereinbart, die den Versicherungsmakler als Interessenvertreter und Handlungsbevollmächtigten des Kunden installiert:

„(...) Maklerklausel

Die Ecclesia Gruppe ist bevollmächtigt, Anzeigen, Willenserklärungen, Zahlungen und Schadenmeldungen des Versicherungsnehmers für den Versicherer rechtsverbindlich entgegenzunehmen. Sie ist durch Maklervertrag verpflichtet, diese an den Versicherer weiterzuleiten. (...)“

Für den Versicherungsnehmer heißt das konkret: Indem er einen Schadenfall unverzüglich nach Kenntniserlangung der Ecclesia Gruppe als Makler anzeigt, tut er auch seiner Meldepflicht dem Versicherer gegenüber Genüge (vgl. § 30 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz – VVG).

Aufgrund der vorstehend erteilten Vollmacht (Maklerklausel) kümmert sich der Versicherungsmakler u. a. um die Einstufung eines eingetretenen Umstands als Schadenfall. Er prüft, wann der Versicherer einzuschalten ist, hat also sozusagen eine Filterfunktion. Die Ecclesia Gruppe hält für ihre Kunden eine „vorsorgliche Schadenmeldung“ als Instrument vor, um entsprechende Umstände zunächst statistisch im Schadenssystem erfassen zu können, also ohne

den Versicherer fürs Erste von den Umständen in Kenntnis zu setzen – mit der Konsequenz, dass auch keine Reserve gebildet wird, die den Vertrag belastet.

Unterstützung bei der Stellungnahme im Schadensfall

Zu den Pflichten des Versicherungsnehmers im Schadenfall gehört es, einen ausführlichen und wahrheitsgemäßen Schadensbericht zu erstatten und den Versicherer bei der Schadenermittlung und -regulierung zu unterstützen. In diesem Zusammenhang fordert der Versicherer in der Regel eine medizinische Stellungnahme des Versicherungsnehmers zu den von der Anspruchstellerseite erhobenen Vorwürfen an. Eine typische Fehlerquelle beim Abfassen dieser Stellungnahme sind die unterschiedlichen Blickwinkel der Ärzteseite und der Versichererseite: Beim Versicherungsnehmer stehen medizinische Aspekte im Vordergrund, die Schadenbearbeitung beim Versicherer erfolgt aber unter juristischen Gesichtspunkten.

Welche negativen Folgen eine „unbedachte“ Äußerung haben kann, macht folgendes Praxisbeispiel deutlich:

Bei einer ambulanten Operation, die Dr. S. aus B. bei einer älteren Patientin vornimmt, kommt es unstreitig zu einer Nervenverletzung. Die Patientin ist über dieses Risiko präoperativ aufgeklärt worden. Dr. S. sieht sich im Nachgang der OP mit dem Vorwurf konfrontiert, dass die Nervenverletzung einen Behandlungsfehler darstelle. Doppelt unter Druck steht der Arzt, weil der Schwiegersohn der Patientin Stadtdirektor der Stadt B. ist und mit Presseveröffentlichungen droht.



In der vom Versicherer angeforderten Stellungnahme schildert Dr. S. den medizinischen Sachverhalt und äußert sich abschließend dahingehend, „... dass die Nervenverletzung hätte nicht passieren dürfen“. Der Versicherer versteht diese Formulierung als Eingeständnis eines Behandlungsfehlers und schickt sich deshalb an, in die Regulierung des Schadens einzutreten.

Da es sich bei der vorliegenden Nervenverletzung um einen Dauerschaden handelt, wird von einem erheblichen Schadenpotenzial ausgegangen. Ein Vergleich mit der Patientin würde eine Belastung des Versicherungsvertrags bedeuten, die wiederum Auswirkungen auf die Prämie hätte.

Auf Nachfrage der Ecclesia Gruppe kann jedoch zunächst klargestellt werden, dass die umstrittene Aussage von Dr. S. nicht als Schuldeingeständnis zu verstehen ist. Dem Arzt ging es vielmehr darum, zu verdeutlichen, dass Nervenverletzungen unter medizinischen Aspekten eine Abweichung von der Norm darstellen und somit, wenn irgend möglich, vermieden werden sollten. Als Mediziner ist sich Dr. S. durchaus bewusst darüber, dass Nervenverletzungen bei einer Operation, wie der hier in Rede stehenden – selbst bei aller erforderlichen Sorgfalt – nicht immer sicher vermeidbar sind. Von einem Behandlungsfehler kann daher keine Rede sein. Der Verlauf ist vielmehr als schicksalhaft zu werten.

Die Mitarbeitenden der Ecclesia Gruppe bewegen den Versicherer dazu, aufgrund der Klarstellung die Haftung gegenüber der Patientin abzulehnen. Mehr noch: Auf ihren Rat hin bietet der Versicherer der Patientin an, den Sachverhalt vor der Gutachterkom-

mission bei der zuständigen Landesärztekammer überprüfen zu lassen. Die Patientin nimmt das Angebot an mit der Folge, dass die Drohung mit der Presse nicht weiter verfolgt wird. Durch die gutachterliche Überprüfung von einer unabhängigen Stelle gelingt es, den Schadenfall auf eine sachliche Gesprächsebene zu führen.

Dr. S. fühlt sich erleichtert. Neben der sachlich-fachlichen Unterstützung, die er erfahren habe, sei auch „ein großer emotionaler Druck“ von ihm genommen worden.

Anwaltswahl

Nicht immer lässt sich im Haftpflichtschadenfall eine Klage vermeiden. Generell obliegen die Prozessführung und damit die Entscheidungskompetenz hinsichtlich der Beauftragung eines Anwalts dem Versicherer, da dieser auch die Kosten des Verfahrens trägt. Trägt ein Versicherungsnehmer aber an die Schadenabteilung der Ecclesia Gruppe den Wunsch heran, einen bestimmten Anwalt zu mandatieren, so wird diesem im Regelfall entsprochen, es sei denn, es stehen gravierende Gründe entgegen.

Bei der Anwaltswahl in Heilwesen-Schadenfällen ist darauf zu achten, dass – besonders bei größeren Schäden ab dem fünfstelligen Bereich – eine grundlegende Voraussetzung für ein entsprechendes Mandat die spezielle Qualifikation im Medizinrecht ist. Dies dient auch dem Schutz des Versicherungsnehmers. Die Ecclesia Gruppe wird hier gerne vermittelnd tätig.

Für Chirurgen, die im Rahmen eines Maklerauftrags die Ecclesia Gruppe mit der Be-

treuung Ihrer Versicherungsverträge betrauen, ist die Schadenmanagement-Dienstleistung kostenlos. Sie ist ein zusätzlicher Service, der in Berufshaftpflichtfällen, aber beispielsweise auch bei Sachschäden oder Betriebsunterbrechungen zur Verfügung steht.

Die Ecclesia Versicherungsdienst GmbH ist ein Unternehmen der Ecclesia Gruppe, einem der größten Versicherungsmakler im deutschsprachigen Raum und seit Jahren Marktführer im Gesundheitswesen. Unter der Marke

MediCura Versicherungsservice wurden die Kompetenzen der Unternehmensgruppe gebündelt, um den speziellen Anforderungen des ambulanten Gesundheitswesens, insbesondere von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, noch besser gerecht zu werden

Die Autoren

Marcel Nunne, Holger Ebeling
MediCura Versicherungsdienst GmbH
info@medicura-online.de

Profilfrei. Bewährt seit 2008. Weltweit 80.000 Fusionen.



ROI-C®
Zervikaler Cage



Avenue® L
Lateral Lumbarer Cage



ROI-A®
ALIF Cage



ROI-A®
Oblique - ALIF Cage

featuring
VerteBRIDGE®
PLATING TECHNOLOGY

M. Tröster

Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen und das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt

Von Gesetzes wegen wird eine immer stärkere Kooperation der Leistungserbringer im Gesundheitswesen mit immer weiter zunehmenden Kooperationsmöglichkeiten eröffnet, um insbesondere die Sektorengrenzen zu überwinden und Wettbewerb im Gesundheitswesen zu fördern. So ist nach § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV die Tätigkeit als Vertragsarzt neben einer Tätigkeit in oder in Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus möglich.

Andererseits aber existiert eine Vielzahl von Kooperationen wider einschränkende Verbotsnormen. Als Neuestes stehen nun geplante strafrechtliche Gesetzesänderungen im Mittelpunkt. Nachfolgend soll das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt nach derzeitiger Rechtslage und der geplanten Strafrechtsänderung näher betrachtet werden.

1. Ärztliches Berufsrecht

Nach der zentralen Norm des § 31 Abs. 1 der MBO-Ä ist es

„Ärztinnen und Ärzten nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten [...] ein Entgelt oder andere Vorteile zu fordern, sich oder Dritten versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren“.

Ergänzend hierzu heißt es in Abs. 2:

„Sie dürfen ihren Patientinnen und Patienten nicht ohne hinreichenden Grund be-

stimmte Ärztinnen oder Ärzte, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer oder sonstige Anbieter gesundheitlicher Leistungen empfehlen oder an diese verweisen.“

Nach der Rechtsprechung liegt ein „hinreichender Grund“ für eine Empfehlung oder Verweisung vor, wenn diese Empfehlung oder Verweisung allein nach ärztlichen Gesichtspunkten erfolgt ist. Eine Entscheidung ist hier immer nur im Einzelfall möglich. Grundsätzliche Verweisungen an einen bestimmten Leistungserbringer, unabhängig von den medizinischen Umständen des Einzelfalles, sollten nicht erfolgen. Allerdings ist alleine der Anreiz zur Erlangung finanzieller Vorteile durch die Kooperation mit einem Krankenhaus nicht ausreichend, um einen Verstoß gegen § 31 MBO-Ä anzunehmen. Da eine vertragliche Zusammenarbeit immer mit dem Ziel der Erlangung wirtschaftlicher Vorteile vereinbart wird, wären solche vom Gesetzgeber erlaubte und erwünschte Kooperationen stets unzulässig. Das kann im Ergebnis nicht richtig sein.

Ein gegen die gesetzliche Regelung des § 31 MBO-Ä verstößender Kooperationsvertrag ist nichtig. Ansprüche können aus einem solchen Vertrag nicht geltend gemacht werden.

2. Vertragsarztrecht

Darüber hinaus werden über § 128 Abs. 2, Abs. 6 SGB V sämtliche Zahlungen aus Un-



ternehmensbeteiligungen untersagt, wenn Vertragsärzte deren wirtschaftliche Situation maßgeblich durch ihr Zuweisungsverhalten beeinflussen können. Wesentlich ist dabei alleine, ob dem Handeln ein Unwertgehalt innewohnt.

In § 73 Abs. 7 SGB V heißt es:

„(7) Es ist Vertragsärzten nicht gestattet, für die Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren. § 128 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.“

Eine Zuweisung von Patienten gegen Entgelt oder sonstige Vorteile stellt einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten dar. Über den Verweis in § 72 Abs. 1 S. 2 SGB V gilt diese Vorschrift unmittelbar für MVZ, die als solche dem ärztlichen Berufsrecht nicht unterfallen.

3. Zulassungsverordnung

Seit dem VÄndG ist es zudem möglich, sich nur für einzelne Leistungen vertragsärztlich zu einer sog. Teilberufsausübungsgemeinschaft zusammenzuschließen. Im Rahmen des GKV-VStG lauten die Voraussetzungen für eine Teilberufsausübungsgemeinschaft wie folgt:

„Die gemeinsame Berufsausübung, bezogen auf einzelne Leistungen, ist zulässig, sofern diese nicht einer Umgehung des Verbots der Zuweisung von Versicherten gegen Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile nach § 73 Abs. 7 des Fünften Sozialgesetzbuches dient. Eine Umgehung liegt insbesondere vor, wenn sich der Beitrag des Arztes auf das Erbringen medizinisch-technischer Leistungen auf Ver-

anlassung der übrigen Mitglieder einer Berufsausübungsgemeinschaft beschränkt oder wenn der Gewinn ohne Grund in einer Weise verteilt wird, die nicht dem Anteil der persönlich erbrachten Leistung entspricht.

4. Vertragsarztrechtsänderungsgesetz

Im Mittelpunkt der gerichtlichen Entscheidungen zu Kooperationsmodellen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten steht die Frage, ob es sich um eine echte Kooperation oder aber um eine nicht zulässige Zuweisung gegen Entgelt handelt. Diese Frage stellt sich insbesondere, wenn ambulante Operationen eines Krankenhauses auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten erbracht werden. Die Rechtsprechung versucht im Wege von Einzelfallentscheidungen die Grenze zwischen „Erlaubtem“ und „Verbotenem“ zu ziehen. Die Grenzen des „Erlaubten“ beginnen dort, wo die Verbotsnorm nach ihrem Sinn und Zweck unter Berücksichtigung der gesetzgeberischen Absicht greifen soll. Mit anderen Worten: Der Einzelfallrechtsprechung sind Tür und Tor geöffnet.

5. Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen als neuer Straftatbestand

Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen sind derzeit in kommunalen Krankenhäusern und Universitätskliniken nach §§ 331 ff. StGB, in Privatkliniken oder MVZ, ebenso wie für in Praxen ange-



stellte Ärzte nach § 299 StGB strafbar. Diskutiert wird jedoch die Frage, ob die Zuweisung gegen Entgelt für den Praxisinhaber nicht auch als Bestechungs- bzw. Korruptionsdelikt strafbar ist. Ausgangspunkt hierfür ist eine Entscheidung des Großen Senats für Strafsachen aus dem März 2012. Der BGH hatte hier entschieden, dass ein Vertragsarzt weder Amtsträger i. S. der §§ 11 Abs. 1 Nr. 2 lit. c, 331 ff. StGB, noch Beauftragter der gesetzlichen Krankenkassen i. S. des § 299 Abs. 1 StGB ist. Eine Strafbarkeit nach den derzeit gültigen strafrechtlichen Regelungen wurde daher abgelehnt. Eine neue Bestimmung zur Schließung dieser Lücke wird daher für erforderlich betrachtet.

Der Referentenentwurf des Bundesjustizministeriums lautet:

„§ 299 a Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen

(1) Wer als Angehöriger eines Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, im Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufs einen Vorteil für sich oder einen Dritten als Gegenleistung dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er bei dem Bezug, der Verordnung oder der Abgabe von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten oder bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial

1. einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzuge oder

2. in sonstiger Weise seine Berufsausübungspflichten verletze, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer einem Angehörigen eines Heilberufs im Sinne des Absatzes 1 im Zusammenhang mit dessen Berufsausübung einen Vorteil für diesen oder einen Dritten als Gegenleistung dafür anbietet, verspricht oder gewährt, dass er bei dem Bezug, der Verordnung oder der Abgabe von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten oder bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial

1. ihn oder einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzuge oder

2. in sonstiger Weise Berufsausübungspflichten verletze.“

Eine präzise Abgrenzung zwischen noch zulässiger Kooperation und bereits strafrechtlich relevanter Korruption ist allein nach dem Wortlaut der Vorschrift nicht möglich. Dadurch wäre eine Weiterentwicklung moderner Kooperationsformen, wie z. B. Praxisnetze oder die ambulante spezialfachärztliche Versorgung, konterkariert. Jeder Kooperationsvertrag liefe Gefahr, als versteckte Zuweiserpauschale strafrechtlich verfolgt zu werden.

Sinnvolle Leistungsbeziehungen für eine qualitativ hochwertige Versorgung müssen jedoch auch zukünftig möglich bleiben. Nach der derzeitigen Fassung des Gesetzesentwurfs ist allerdings nicht konkret vorhersehbar, wann eine strafbare Handlung vorliegt. Bei einer solchen Betrachtung werden kaum noch Kooperationen im deutschen Gesundheitswesen übrig bleiben.

6. Gestaltungshinweise für die Praxis

1. Obliegt dem Arzt in allen medizinischen



Fragestellungen nach einem Kooperationsvertrag die letzte Entscheidung, ist er aber stets verpflichtet, ein bestimmtes Krankenhaus bei Notwendigkeit einer stationären Behandlung zu empfehlen, sind nicht mehr alleine ärztliche Erwägungen für die Zuweisung, Überweisung, Verweisung oder Empfehlung maßgeblich. Dann liegt ein berufsrechts- und damit wettbewerbswidriges, zukünftig möglicherweise auch strafbares Verhalten vor. Dies gilt umso mehr, wenn der Arzt durch sein spezifisches Einweisungsverhalten alleine finanzielle Vorteile verfolgt.

2. Die Bestimmung einer angemessenen Vergütung wird auch nach Erlass der neuen strafrechtlichen Regelungen eine entscheidende Bedeutung spielen. Ein Problem in diesem Zusammenhang ist die Frage der Vergütung der honorarärztlichen Leistungen seitens eines Krankenhauses. Als mögliche Vergütungen wären insbesondere denkbar eine Vergütung auf der Basis der GOÄ (deren Anwendung im Verhältnis zwischen Krankenhaus und Honorararzt nicht zwingend ist), die Berechnung nach Stundensätzen, pauschalen Festgehältern oder aber als Beteiligung an der DRG. Unabhängig von der Art der Berechnung muss die Vergütung angemessen sein und darf nicht zu hoch sein, da bei einem unangemessen hohen Honorar ein verdecktes Zuweisungsentgelt vorliegen kann.

Die Entscheidung darüber, welche Vergütung „angemessen“ ist, kann sicherlich nur im jeweiligen Einzelfall getroffen werden.

Verhaltensempfehlung

Sozialrechtlich zulässige Kooperationen können nicht den Tatbestand eines Strafge-

setzes erfüllen. Was sozialrechtlich gewollt ist, kann nicht strafrechtlich verboten sein. Für die betroffenen Leistungserbringer im Gesundheitswesen muss rechtmäßiges Verhalten klar von rechtswidrigem und strafbarem Verhalten unterscheidbar sein. Um die Frage der Zulässigkeit einer Kooperation nicht im Zweifel vor Strafgerichten austragen zu müssen, ist dringend anzuraten, geplante Kooperationen bereits im Vorfeld bei der Ärztekammer anzuzeigen. Hier könnte unter Vorlage der Kooperationsverträge eine rechtliche Wertung der Zulässigkeit der Kooperation erlangt werden.

Dabei sollten Leistung und Gegenleistung (finanzielle Vorteile) deutlich dargestellt werden, damit über die Frage der Angemessenheit der Vergütung geurteilt werden kann.

Es sollte darauf geachtet werden, dass die Entscheidung über die Einweisung in ein bestimmtes Krankenhaus immer alleine aus ärztlichen Erwägungen und ohne Zwänge seitens des kooperierenden Arztes getroffen wird.

Schließlich gilt, dass alle vom Arzt erbrachten Leistungen und seine Erwägungen für die Einweisung gründlich zu dokumentieren sind, damit diese im Streitfall ordentlich belegt werden können.

Die Autoren

Dr. Michael Tröster
wvt Rechtsanwaltspartnerschaft
Fachanwälte für Medizinrecht
Sophienstraße 4, 80333 München

Poimann H., Holtel M., Pilz S., Pivernetz K., Rode S., Weber H.

Kommunikation im OP, Vermeidung von Fehlern durch evidenzbasierte Kooperation und Kommunikation

1 Einleitung

Medizin im Operationssaal findet in einer komplexen Umgebung statt. Verschiedene, spezialisierte Berufsgruppen sorgen sich gemeinsam, mit zum Teil sehr ausgefeilter Technologie, um die Versorgung von Patienten, zum Teil schwerkranken Patienten mit bedeutsamen Komorbiditäten (ENWHP 2007).

In den letzten Jahren findet zudem eine zunehmende Verdichtung der Arbeitsabläufe statt.

Gawande und Kollegen zeigten bereits 1999 (1999), dass eine Inzidenz von unerwünschten Ereignissen zwischen 3% im normalen operativen Patientenkollektiv und bis zu 12% bei hochtechnischen Eingriffen wie Herzchirurgie oder Neurochirurgie vorliegt. 54% dieser unerwünschten Ereignisse werden als vermeidbar betrachtet. Kommunikation, Kooperation, Koordination, Kognition, Konfliktmanagement und Coaching sind entscheidende Faktoren für eine gute Teamarbeit (Dickinson & McIntyre 1997). Unglücklicherweise sind die kommunikativen Fertigkeiten beim Teamverhalten im Operationssaal oft am schlechtesten ausgeprägt. Es lässt sich zeigen (Undre et al. 2007), dass sich Lücken in der Patientensicherheit häufig durch schlechte Kommunikation auf tun. Nicht die technischen, sondern die kommunikativen Fertigkeiten sind kritische Kom-

ponenten von Teamarbeit. Vor allem eine schlechte Kommunikation führt oft zu Fehlern und unerwünschten Ereignissen (Mishra et al. 2008) (Catchpole et al. 2006) (Catchpole et al. 2008). Kommunikation ist ein entscheidender interagierender, kooperativer Teamfaktor und spielt nicht nur eine wichtige Rolle bei Haftungsfragen und daraus resultierenden Urteilungen, Morris et al. fanden beispielsweise bei 87% vor Gericht verhandelter Schadensereignisse Kommunikationsfehler als eine wesentliche Ursache für Schäden (Morris et al. 2003). Dass kommunikative Probleme als Hauptursache für Fehler und unerwünschte Ergebnisse eine Rolle spielen, wurde in einer Reihe von Arbeiten belegt (Carthey et al. 2001) (Morris et al. 2003) (Wiegmann et al. 2007).

Die Kommunikationsprobleme treten dabei zwischen verschiedenen Behandlern und nicht zwischen Patient und Behandler auf. Störungen der Teamarbeit führen zu Unterbrechungen im Ablauf der Operation: Durchschnittlich werden 11 Vorfälle pro Stunde im OP gezählt, bei hochtechnischen operativen Eingriffen wie der Herzchirurgie sogar 17,4 pro Stunde. Diese Störungen summieren sich zu technischen Fehlern und unerwünschten Ergebnissen beim Patienten auf (ElBardissi et al. 2008, de Leval et al. 2000, Catchpole et al. 2007).

Dieses Störpotenzial lässt eine Vorhersage auf operative Fehler zu (Wiegmann et al.



2007). Auch kleine Störungen, die für sich allein als unwichtig erachtet werden, führen dazu, dass Teams bei schwierigeren Situationen nicht mehr in der Lage sind, adäquat zu reagieren. Sie erhöhen die Mortalität und Beinahe-Schäden (de Leval et al. 2000).

Eine Studie zeigte, dass mit der Zahl an intraoperativen kleinen Problemen die Operationszeit zunahm und sich die Performance verschlechterte. In der Herzchirurgie zeigt sich, dass pro Operation in Teams, die sich gut kennen, durchschnittlich 5,4 schwerwiegende Fehler pro Fall auftreten. In Teams, die sich weniger gut kennen, sind es dreimal so viele, nämlich 15,4 pro Fall. 89% dieser Fehler werden durch unzureichende Kommunikation verursacht (ElBardissi et al. 2008).

Effektive Kommunikation wird durch Vertrautheit (ElBardissi et al. 2008) und ein unterstützendes und sicheres Arbeitsklima (Salas et al. 2008) gefördert. Sie ist offen und sorgt für schnittstellenfreie Koordination (Edmondson 2003). Genaue Kommunikation sorgt für höhere kommunikative Effizienz (Salas et al. 2007).

Gleichwohl sind Operateure manchmal schwer zu „Änderungen ihrer Kommunikation“ zu bewegen (Stahel 2008).

Mitteilungen sind ein kritischer Erfolgsfaktor für effektive Teamleistung, wie eine Metaanalyse zeigte (Mesmer-Magnus & Dechurch 2009). Effiziente Kommunikation ist ferner die Voraussetzung für erfolgreiche Teams und wesentlich für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung (Holleman et al. 2009, Nijhuis et al. 2007) Educational Resource Information Clearinghouse (ERIC). Gute Kommunikation ist die

Voraussetzung für weitere grundlegende Teamprozesse wie Koordination, Kooperation, Kognition, Coaching und Konfliktlösung (Dickinson & McIntyre 1997). Die Verbindung zwischen effektiver Kommunikation und verbesserter Teamperformance und entsprechend verbessertem Outcome ist sowohl für Cockpitcrews (Oser et al. 1990) als auch für Teams bei der Navy (Orasanu 1990) und im Operationssaal (Edmondson 2003) gezeigt worden. So konnte eine große Studie mit 72 beteiligten Kliniken zeigen, dass ein Teamtraining mit einem hohen kommunikativen Anteil bei über 110 000 Eingriffen zu einem Rückgang der Mortalitätsrate um 17% führte. Bei einer anderen Auswertung konnten bei ca. 180.000 Operationen eine 18%ige Abnahme der jährlichen Mortalität festgestellt werden (McCarthy & Chase 2011).

Die Arbeitsgruppe von L. Lingard in Canada zeigt kommunikative Fehler im OP, analysiert sie und zeichnet Wege auf, wie sich die Kommunikation im OP verbessern lässt (Lingard et al. 2004, 2005, 2008).

Ein CRM-Training für OP-Personal einer großen Einrichtung mit 27 OP-Sälen und ca. 19 000 Eingriffen pro Jahr konnte die Rate von 6,7% unerwünschten Ereignissen, wie Seitenverwechslung oder intraoperativ vergessenen Gegenständen, auf nahezu 0% senken. Gleichzeitig waren die Kosten für Schadensklagen im gleichen Zeitraum drastisch gesunken (Ricci & Brumsted 2012). Das gemeinsame Bearbeiten einer Checkliste bewirkt ebenfalls eine bessere Kommunikation im Team. Eine Reihe von Übersichtsstudien und Metaanalysen zeigt, dass allein das Einführen von einfachen Checklisten im OP die Zahl von Todesfällen und perioperativen



Komplikationen signifikant reduzierte (WHO 2008) (Fudickar et al. 2012). Man kann davon ausgehen, dass der Einsatz dieser Checklisten, je nach Ausgangslage der einzelnen Klinik perioperative Komplikationen wie z. B. Infektionen, um 50% und die Mortalität um bis zu 50% senkt (Vgl. Haynes et al. 2009, Weiser et al. 2010, Klei & Hoff 2012). In einer systematischen Übersicht zeigt Gillespie et al. (2010), dass Teamtraining Effekte auf eine verbesserte Kommunikation im OP hat.

2. Checklisten und Teamtraining

Eine erfolgreiche Implementierung von Teamtraining oder von einzelnen Checklisten mit positiven Ergebnissen auf das Outcome sind nur möglich, wenn die oberste Führung diese Maßnahme unterstützt und gleichzeitig die klinische Leitungsebene die Einführung der Neuerungen vorantreibt (Leonard & Frankel 2003). Es müssen zwingend Schulungen durchgeführt werden, wobei die Einbeziehung der Klinikleitung dabei eine wichtige Rolle spielt (Fudickar et al. 2012). Schulungen über einen gewissen Zeitraum von z. B. vier Stunden (Einführen von Checklisten) bis zu zwei Tagen (Teamtrainings) sind notwendig. Wie beim Erlernen jeder Fertigkeit zeigen sich Lernkurven (McCarthy & Chase 2011).

Eine Wiederholung dieser Schulungen ist notwendig, um eine nachhaltige Wirkung zu erreichen (Ricci & Brumsted 2012). Ein solider Einsatz der Checkliste ist notwendig (Klei & Hoff 2012). Wenn die Mitarbeiter nicht für den Einsatz der Sicherheitscheckliste trainiert werden oder diese nur halbherzig benutzt wird, kann das sogar negative Einflüsse

auf die Arbeitsweise von Teams haben (Russ, Rout & Caris 2014). Wie in allen medizinischen Bereichen spielt das Entwickeln einer gemeinsamen Sprache und eines gemeinsamen mentalen Modells eine wichtige Voraussetzung für verbesserte Teamarbeit (AHRQ 2013).

Durch Einführung von Checklisten und Kommunikationsmustern wird die Fehleranfälligkeit von Informationsweitergabe und Informationsfluss im OP deutlich reduziert (Levy et al. 2012).

Störungen und Unterbrechungen der operativen Tätigkeit und des Behandlungsflusses werden weniger stark durch kommunikative Mängel beeinflusst (Lingard et al. 2008).

Sicherheitsbewusstes Verhalten verbessert sich, Kommunikationsfehler, unerwünschte Ereignisse, perioperative Komplikationen und Mortalität werden reduziert (Haynes et al. 2009, Neily et al. 2010, deVries et al. 2010).

Dialogfähigkeit und Informationsaustausch des OP-Teams nehmen zu, ebenso die Qualität und die Sicherheit der Behandlung durch multidisziplinäre Teams (Weiser & Berry 2013).

3. Einführung von Checklisten

Die Einführung von Checklisten erlaubt es, mit wenig Aufwand für die Einführung und die routinemäßige Nutzung rasch deutliche Verbesserungen zu erreichen. Eine zwei- bis vierstündige Einführung mit Wiederholung nach 4 und 8 Monaten sind empfehlenswert (Ricci & Brumsted 2012) (McCarthy & Chase 2011). Die Einführung von CRM-Trainings oder medizi-



nischen Teamtrainings erfordert einen relativ hohen Aufwand und wird an anderer Stelle ausführlicher dargestellt (Poimann 2016).

Die OP-Sicherheitscheckliste der WHO bietet sich als Grundlage zur Adaptierung für die eigene Organisation an (WHO 2008). Beim Einführen der Checkliste sollten alle Mitarbeiter im OP beteiligt werden und sie sollte für alle verpflichtend eingeführt werden. Die Anwendung der Checkliste beim Einschleusen, beim Team-Time-Out und vor dem Ausschleusen dauert maximal 1 bis 1,5 Minuten und verzögert den Ablauf nicht wesentlich. Die Schulung sollte mit Unterstützung von professioneller Seite durchgeführt werden, um einen hohen Durchdringungsgrad zu erhalten.

Die Einführung von Checklisten ist in einer operativen Umgebung nichts Neues. Die Sicherheitscheckliste der WHO verlangt zu drei verschiedenen Zeitpunkten ein klares, kurzes Innehalten und eine Zuwendung der beteiligten Fachdisziplinen Operateur, Anästhesist, Anästhesie- und OP-Pflege, um kritische, risikobehaftete Punkte sicher abzuklären. Ein halbherziger Einsatz oder pseudohaftes Anwenden kann sogar ungünstig für die Performance sein (Russ et al. 2014). Der Einsatz der Checkliste fördert die bewusste Konzentration auf kritische Elemente des perioperativen Ablaufs, wie z. B. die sichere Identifikation des Patienten und der OP-Seite, die präoperative Antibiose, das notwendige Bildmaterial, das komplette und einsatzfähige Instrumentarium sowie die gemeinsame postoperative Behandlungsstrategie. Der Operateur sollte aktiv diese Checkliste fordern und einsetzen.

4. WHO-Checkliste – Erklärung der Methode

Die dreiteilige WHO-Checkliste stützt sich auf frühere, unsystematisch verwendete Checklisten zum Einschleusen und Ausschleusen im OP. Einen ersten standardisierten Einsatz an 8 teilnehmenden Kliniken, mit jeweils 3700 Patienten vor und nach Implementierung der Checkliste erfolgte 2007 bis 2009 (Haynes et al. 2009).

Der erste Teil ist das Sign-In vor der Beginn der Anästhesie: Der Patient bestätigt seine persönlichen Daten, die geplante Operation, die Seite des Eingriffs und seine Zustimmung. Es wird überprüft, ob die Seite markiert ist, ob der anästhesiologische Sicherheitscheck durchgeführt wurde, ob das Pulsoximeter funktioniert. Geprüft werden bekannte Allergien, Beatmungs- oder Aspirationsrisiken und das Risiko eines größeren Blutverlustes.

Unmittelbar vor der Hautinzision findet das Team-Time-Out statt:

Alle Mitglieder haben sich gegenseitig vorgestellt oder kennen sich bereits. Der Operateur, der Anästhesist und die Pflegekräfte bestätigen den Eingriff und die korrekte Seite, der Operateur benennt eventuelle schwierige oder unerwartete Operationsschritte, die Operationsdauer oder den zu erwartenden Blutverlust. Das Anästhesieteam nennt mögliche patientenspezifische Bedenken, die instrumentierende Pflegekraft bestätigt, dass alle Instrumente vorhanden, steril und einsatzbereit sind. Die Antibioseprophylaxe hat begonnen und notwendige Röntgenbilder sind sichtbar präsentiert.



Bevor der Patient den Operationsraum verlässt findet das Sign-Out statt: Es wird der Name des operativen Eingriffes dokumentiert und angegeben, was an Tupfern, etc. gezählt worden ist. Eventuelle Präparate sind auf richtige Beschriftung hin geprüft. Falls es irgendwelche Fehlfunktionen bei den Instrumenten gab, werden diese angesprochen. Operateur, Anästhesie und Pflege betrachten noch einmal kurz die wichtigsten Aspekte für die weitere Behandlung.

Diese ursprüngliche Checkliste wurde für viele Häuser modifiziert. Unten an der Seite ist die Checkliste der WHO abgebildet. Es gibt auch Checklisten, die das Schema deutlich erweitern. Der erhöhte Zeitaufwand führt in diesen Fällen aber möglicherweise dazu, dass sie gar nicht mehr verwendet wird.

5. Anwendungsszenarien

Die WHO-Checkliste kann in jeder Form bei operativen Eingriffen, auch im ambulanten Setting, Anwendung finden. Die WHO-Checkliste oder deren adaptierte Variante sollte ohne jede Ausnahme eingesetzt werden, um keine Sicherheitslücken entstehen zu lassen.

Es ist auch nicht notwendig, innerhalb einer Organisation für verschiedene Bereiche verschiedene Checklisten zu entwickeln. Es steht natürlich jeder Klinik und jedem OP-Team offen, eine für sich adäquate Form der WHO-Checklisten-Modifikation zu kreieren und zu etablieren.

Literatur beim Verfasser

Ansprechpartner: Dr. med. Dipl.-Psych. Horst Poimann, Schweinfurter Straße 1, 97080 Würzburg

Chirurgische Sicherheits-Checkliste

Name des Krankenhauses
&
Patientenaufkleber

▶ Vor der Narkose „Sign in“	▶ Vor der Hautinzision „Time out“	▶ Vor Verlassen des OP „Sign out“
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Patient bestätigt: <ul style="list-style-type: none"> - Identität - Körperseite - Prozedur - Einverständnis <input type="checkbox"/> Körperseite markiert <input type="checkbox"/> Anästhesie Check komplett <input type="checkbox"/> Pulsoxymeter arbeitet Hat der Patient: <ul style="list-style-type: none"> eine bekannte Allergie? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ein Beatmungsproblem? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ausrüstung/Expertise ein Risiko für Blutverlust > 500 ml? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> venöse Zugänge/Infusion 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alle Teammitglieder haben sich mit Namen und Aufgabe vorgestellt <input type="checkbox"/> Chirurg, Anästhesist und OP-Pflege bestätigen verbal: <ul style="list-style-type: none"> - Patientenidentität - Körperseite - Prozedur <input type="checkbox"/> Lagerung überprüft Prüfen kritischer Punkte: <ul style="list-style-type: none"> Chirurgie: kritische/unerwartete OP-Schritte, OP-Zeit, Blutverlust? Anästhesie: Patientenspezifische Bedenken/Probleme? Pflege: Sterilität gewährleistet? Ausrüstung vorhanden/einsatzbereit? Antibiotikaprophylaxe < 60 Minuten? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nicht erforderlich Relevantes Bildmaterial vorhanden? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nicht erforderlich 	<ul style="list-style-type: none"> OP-Pflege bestätigt verbal mit dem Team: <ul style="list-style-type: none"> die dokumentierte Prozedur Vollständigkeit von Instrumenten, Nadeln und Tüchern Bezeichnung des Präparats, einschließlich Patientennamen ob Probleme mit der Ausrüstung bestehen Chirurg, Anästhesist und OP-Pflege prüfen die Eckpunkte des post-operativen Patienten-Managements
Datum	Operateur (Unterschrift)	Anästhesist (Unterschrift)

BERICHTE UND INFORMATIONEN

Aufklärung vor der OP

Pauschale Aufklärungen vor einer Operation reichen in der Regel nicht aus. Der Arzt muss seinen Patienten vor einer Operation über besonders eingriffstypische Risiken aufklären. Im Rahmen der Aufklärung muss dem Patienten ein zutreffender allgemeiner Eindruck von der Schwere des Eingriffs und Art der Belastung vermittelt werden, die sich für seine körperliche Integrität und seine Lebensführung aus dem Eingriff ergeben können. Diese müssen spezifisch benannt werden, der Hinweis oder die Dokumentation, der Patient sei ausführlich zu Risiken, Nebenwirkungen und Erfolgsaussichten der vorgesehenen Operation aufgeklärt worden, ist nicht ausreichend ([Brandenburgisches Oberlandesgericht, Urteil vom 26. 11. 2015, Aktenzeichen: 12 U 182/4](#)).

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat unter Mithilfe der Bundesärztekammer im Jahr 2015 eine 72 Seiten starke Broschüre herausgegeben, die Empfehlungen zur Aufklärung der Krankenhauspatienten über vorgesehene ärztliche Maßnahmen enthält. Diese Broschüre ist auch den Kolleginnen und Kollegen im ambulanten Bereich empfohlen ([Arbeitshilfen der DKG: Empfehlungen zur Aufklärung der Krankenhauspatienten über vorgesehene ärztliche Maßnahmen, 7. Auflage, 2015](#)).

In der Zeitschrift Neurosurgery (Dezember 2014 und Februar 2016) werden Zahlen vorgelegt und diskutiert, inwieweit Neurochirurgen juristisch belangt werden. Anhand amerikanischer Zahlen, insbesondere bei 1,3 Mio. Wirbelsäuleneingriffen und nahezu 600 000 kraniellen Eingriffen, kann belegt werden, dass Klagen bezüglich Wirbelsäuleneingriffen am häufigsten stattfinden, gefolgt von Klagen gegen Organisationsmängel. An dritter Stelle finden



Ackermann[®]
medical

SPINAL SOLUTIONS
made in Germany and Switzerland since 1954

Sie kennen uns noch nicht?
Kein Problem! Erweitern Sie Ihren Horizont. Lernen Sie uns ganz einfach persönlich kennen und überzeugen Sie sich selbst von Qualität und Portfolio aus 60 Jahren Erfahrung in der Medizintechnik.



BERICHTE UND INFORMATIONEN



sich Klagen aufgrund intrakranieller Eingriffe. Die Ergebnisse sind hoch signifikant. Der durchschnittliche Schadensersatz belief sich für Wirbelsäulenchirurgie auf 278 000 US-Dollar, der für Organisationsfehler sogar auf 423 000 US-Dollar (C. L. Taylor, 2015). Da auch in Deutschland die Neurochirurgen einem hohen Risiko von Patientenklagen ausgesetzt sind, sollten wir alle Mittel nutzen, die unsere Behandlung sicherer machen und weniger angreifbar.

Fehlervermeidung durch verbesserte Kommunikation: Standardisierte Kommunikationsmuster

80 % aller folgenschweren Fehler in der medizinischen Versorgung gründen sich auf Kommunikationsfehler (Joint-Commission 2012, Veterans Affairs 2010). Informationsweitergabe und Übergabesituationen sind dabei besonders fehleranfällig. Dies ist in der Praxis genauso deutlich wie im Krankenhaus. Standardisierte Übergabeprotokolle helfen, Fehler und Informationsverlust zu vermeiden (Die GQMG 2015).

Die Einführung eines solchen Kommunikation-Tools (SBAR) nach den Arbeitshilfen der GQMG zur Verbesserung der Kommunikation in einem großen MVZ für Neurochirurgie und Rehabilitationsmedizin in Würzburg, zeigte sehr positive Ergebnisse: Die Verständlichkeit, die Vollständigkeit und die Dokumentation der Informationen nehmen signifikant zu, der Datenschutz findet größere

re Berücksichtigung, es bleibt mehr Zeit für Mitteilungen und die Informationsübergabe, diese verläuft ungestört.

Diese Ergebnisse sind denen ähnlich, wie sie auch in Krankenhäusern nach Einführung entsprechender Kommunikationstrainings gewonnen werden. Die zweimaligen Schulungsmaßnahmen und die Erstellung einer speziellen Dokumentation waren relativ wenig aufwendig, es konnten jeweils in weniger als einer Stunde 32 Mitarbeiter des MVZ geschult werden.

Wichtig sind wiederholte Schulungseinheiten, um eine Nachhaltigkeit des Ergebnisses sicherzustellen.

Literatur und weitere Informationen erhältlich unter nchpraxis@neurochirurgie.com

Rasche Physiotherapie bringt bei akutem Kreuzschmerz nur geringen Benefit

Eine Studie im JAMA 2015 berichtet, dass eine frühzeitige physiotherapeutische Intervention in den ersten 1–3 Monaten nur eine ganz geringe Verbesserung des ODI (3,2 bis 3,5) belegen kann, ein Effekt, der sich nach einem Jahr nicht mehr nachweisen lässt. Die randomisierte Studie lässt keinen Unterschied in der weiteren Beanspruchung der Versorgung, wie zum Beispiel Notfalleinweisungen, vermehrte Bildgebung, spinale Injektionen oder operative Behandlungen erkennen.

Es wird empfohlen, den Einsatz von Physiotherapie zeitlich sehr gut zu planen [Fritz et al. JAMA, 2015; 314\(14\):1459-1467](#).

BERICHTE UND INFORMATIONEN



Maßnahmen gegen Über- und Unterversorgung

Die Initiative „Klug entscheiden“, ange-regt von der AWMF am Beispiel aus Ameri-ka orientiert, zeigt erste Ergebnisse in Maß-nahmen gegen Unter- und Überversorgung. Überversorgung ist häufig als Maßnahme definiert, die wissenschaftlich nachweisbar nicht nutzbringend ist. Es resultiert daraus eine Negativempfehlung.

Unter Unterversorgung wird eine häufig unterlassene Maßnahme verstanden, deren Nutzen wissenschaftlich belegt ist. Hieraus resultiert eine positive Empfehlung.

Die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI), als Partner der Initiative „Klug entschei-den“ zur Stärkung der Indikationsqualität der diagnostischen und therapeutischen Maßnah-me, bringt als Negativempfehlung unter Punkt 4: die perioperative Antibiotikaphylaxe soll nicht verlängert fortgeführt werden (d.h. nach der OP). Eine verlängerte Dauer der Antibioti-kagabe über 24 Stunden postoperativ hinaus hat keinen Nutzen gezeigt, sondern erhöht das Risiko von unerwünschten Wirkungen und für die Entwicklung von Antibiotikaresistenzen. Eine postoperativ weitergeführte Antibiotika- prophylaxe sollte daher unterlassen werden
[Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 113, Heft 13, 01.04.16, S. A 610.](#)

Korruption im Gesundheitswesen

Die Bundesregierung hat einen Gesetzent-wurf auf den Weg gebracht, der Korruption im Gesundheitswesen unter Strafe stellen soll. (Bundesrats-Drucksache 360/15). Dabei

werden alle Heilberufe mit einer staatlich anerkannten Ausbildung einbezogen. Künftig wird dieser Personenkreis bestraft, wer einen Vorteil dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er einen anderen un-lauterer Weise bevorzugt. Voraussichtlich ist mit Inkrafttreten des Gesetzes (§ 299a Straf-gesetzbuch) Anfang 2016 zu rechnen. Es wird dabei keine Übergangsfristen geben, weshalb man möglicherweise jetzt praktizierte Ver-fahren und Abläufe daraufhin überprüfen und ggf. ändern sollte. [Monitort, Information für Kran-kenhäuser 03/015, RA Ettwig](#)

Die KVB fordert die Präzisierung zum Gesetz-entwurf bzgl. des neuen „Straftatbestandes Bestechlichkeit im Gesundheitswesen“. Ins-besondere sollen sinnvolle Kooperationen in der Gesundheitsversorgung geschützt wer-den. Dafür sollten präzise Formulierungen im Gesetzestext eingefügt werden. Insbeson-dere sollten Praxisnetze und Ausübungsge-meinschaften die Zusammenarbeit zwischen Heilberufen bei den Strukturverträgen sowie die Verträge der Integrierten Versorgung nach § 140 A. SCS gewissensgeschützt werden.

<http://d.aerzteblatt.de/HC58>

Steuerfreie Zuwendungen an Arbeitnehmer

Der Arbeitgeber kann dem Arbeitnehmer im Krankheits- oder Unglücksfall steuerfreie Beihilfen bis zu einem Betrag von 600 Euro steuerfrei zuwenden, wenn ein besonderer Notfall vorliegt. Die Einkommensverhält-nisse des betroffenen Angestellten sind dabei zu berücksichtigen.

BERICHTE UND INFORMATIONEN



Seit dem 1.1.2015 kann 110 Euro pro Mitarbeiter für eine Betriebsveranstaltung als Freibetrag angesetzt werden.

Daran knüpfen sich besondere Bedingungen:

1. Es ist eine Veranstaltung auf betrieblicher Ebene mit gesellschaftlichem Charakter.
2. Die Veranstaltung muss allen Angehörigen offen stehen.
3. als Zuwendungen gelten die Gesamtkosten des Arbeitgebers, auch wenn sie nicht individuell dem einzelnen Arbeitnehmer zurechenbar sind.
4. Wenn 110 Euro pro Teilnahme dem Arbeitnehmer als Grenze eingehalten werden, bleibt dieser Betrag beim Arbeitgeber steuerfrei und ist beim Arbeitgeber als normale Betriebsausgabe steuerlich abzugsfähig.
5. Zuwendungen bleiben dann steuerfrei, sofern ein Arbeitnehmer an nicht mehr als zwei Betriebsveranstaltungen pro Jahr teilnimmt.

Achtung, Geldgeschenke, die keine zweckgebundenen Ausgaben sind, müssen stets voll versteuert werden.

Aus „Der Steuerzahler“, Januar/Februar 2016, 12

Zusatzbeiträge für Krankenkassen können deutlich variieren

Der gesetzliche Krankenversicherungsbeitrag liegt weiterhin bei 14,6%. Der amtliche durchschnittliche Zusatzbeitrag liegt 2016

bei 1,1%. Zwischen den Krankenkassen bestehen jedoch deutliche Unterschiede. Versicherte können bei einem Kassenwechsel bis zu 864 € im Jahr sparen. 88 offene Krankenkassen stehen den Versicherten zur Verfügung, dazu kommen noch einige BKKs. Es gibt Krankenkassen, die keinen Zusatzbeitrag erheben und Kassen, die bis zu 1,7 % Zusatzbeitrag verlangen. Ein Wechsel der Krankenkasse kann sich also lohnen. Es sollte jedoch nicht nur der Beitrag bzw. die Erhöhung berücksichtigt werden, sondern auch die tatsächlichen Leistungen. [Der Steuerzahler, 2016, 1 und 2, S. 15](#)

Niederlassung als Beamter?

Ein Vollzeit tätiger Beamter kann nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden. Das Bundessozialgericht (BSG) hat entschieden, dass eine Vollzeittätigkeit als Hochschulprofessor einer Nebentätigkeit als Vertragsarzt entgegensteht. Weder der durch das GKV VVStG geänderte Wortlaut des § 20 Abs. 1 Ärzte ZV, noch die Gesetzesbegründung seien als Anhaltspunkte dafür zu nehmen, dass der Grundsatz nicht mehr gelten sollte, nachdem der vollzeitige hauptberufliche Einsatz in einem Beschäftigungsverhältnis den Anspruch auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung ausschließt. Die bei Hochschullehrern zweifellos bestehende Flexibilität bei der Einteilung ihrer Arbeitszeit änderte nichts daran, dass sie sich nach Beamtenrecht grundsätzlich mit vollem Einsatz ihrem Beruf zu widmen hätten. [BSG, Urteil vom 16. Dezember 2015, AZ: B6KA5/15R](#)

BERICHTE UND INFORMATIONEN



Behandlungsfehler

Behandlungsfehler im deutschen Gesundheitssystem: Von 7215 Entscheidungen der Gutachten- Kommission und Schlichtungsstellen wurden im Jahr 2015 1774 Behandlungsfehler und die Kausalität bejaht und die Patientenansprüche waren begründet. In 5.083 Fällen lag kein Behandlungsfehler vor, in 358 Fällen wurde eine Kausalität verneint und die Patientenansprüche als unbegründet angesehen. Wenn man das in Relation zu den 688 Mio. Behandlungen im ambulanten Bereich pro Jahr stellt, d.h. zu insgesamt 2132 Fehler-vorkommnissen, so ergibt sich damit nur ein kleiner Promillebereich. Inwieweit das die häufige Skandalisierung von ärztlichen Fehlhandlungen rechtfertigt, mag offen gefragt werden. [Detaillierte Fehlerstatistik im Internet: www.Aerzteblatt.de/1648](http://www.Aerzteblatt.de/1648)

Diabetes mellitus

Prävalenz und Inzidenz von Diabetes mellitus in Deutschland entspricht im Jahr 2009 9%. Vom Typ-II-Diabetes waren dabei 4,7 Mio. Versicherte betroffen. Vor allem im Alter zwischen 50 und 79 Jahren steigen Prävalenz und Inzidenz des Typ-II-Diabetes in Deutschland deutlich an. Dies betrifft auch Patienten, die im ambulanten Setting oder stationär operativ behandelt werden. [Tamajo T., Brings R., Heuer A., Kuss O., Rappmann Wolfgang in Deutsches Ärzteblatt Jahrgang 113, Heft 11, 18. März 2016, 177–182.](#)

Antrag zur Rehabilitation

Neues Verfahren in der Verordnung medizinischer Rehabilitation: Ab April 2016 können alle Vertragsärzte eine medizinische Rehabilitation verordnen und benötigen dafür nur noch ein Formular. Eine besondere Qualifikation ist dafür nicht mehr notwendig. Jeder Vertragsarzt kann in Zukunft eine Rehabilitation verordnen. Entsprechende Informationen findet man unter <http://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&-typ=16&aid=175496&s=cd28>

Paracetamol

Paracetamol zeigt bei Knie- und Hüftarthrosen praktisch keine Wirkung, ebenso wenig konnte es in randomisierten Studien bei Patienten mit akuter Lumbalgie nicht überzeugen [16; DOI 10.1016/S0140-6736\(16\)30002-3](#), sowie [Lanzet 2014; 348: 1586–1596.](#)

Umbau des DRG-Entgeltsystems

Das Institut für das Entgeltsystem Krankenhaus (InEK) will das DRG-System verändern, wie der Geschäftsführer des InEK Dr. med. Frank Heimig am 10. März auf dem 15. Nationalen DRG-Forum in Berlin bekannt gab. Krankenhäuser mit hohem Sachkostenanteil sollen in Zukunft weniger Erlösen im Vergleich zu Krankenhäusern mit einem hohen Personalkostenanteil. Auch soll es bei der Auswahl der Krankenhäuser, die zur Kalkulation der

BERICHTE UND INFORMATIONEN



Fallpauschale vom InEK herangezogen werden, eine Änderung geben. Es ist ja bekannt, dass die DRG-Berechnungen einer nachhaltigen Prüfung nicht standhalten. Bislang war die Stichprobe der Krankenhäuser nur auf die Freiwilligkeit von Häusern gestützt. Das DRG-System ist auch vom Präsidenten der Ärztekammer Berlin Dr. med. Günther Jonitz stark in der Kritik. Nach seiner Meinung führe es zu schlechter Medizin bei insgesamt höheren Kosten. Das bestehende System sollte grundlegend überdacht werden.

Aus diesem Grund sollte in Verhandlungen mit Kostenträgern und Krankenhausgeschäftsleitungen von ärztlicher Seite sehr wohl überlegt werden, inwieweit das DRG-System überhaupt als Grundlage einer Diskussion für eine Vergütung taugt.

Ärzteportale

Unberechtigte Bewertungen im Ärzteportal werden in Zukunft von ärztlicher Seite aus leichter angehbar. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat am 1. März 2016 ein für Ärzte erfreuliches Urteil (Aktenzeichen: VIZR34/15) gesprochen und die Hürden für die Rechtsdurchsetzung in Fällen von falschen oder erfundenen Bewertungen deutlich abgesenkt. Portalbetreiber sind in der Zukunft verpflichtet, auf Verlangen des Arztes konkrete Nachweise über eine Behandlung beim Bewerter einzuholen und diese dem Arzt weiterzuleiten. Unterlässt dies der Portalbetreiber, haftet er gegenüber dem Arzt dann auf Lösung und Berichtigung. So ist es dem Betreiber eines Portals zumutbar, Unterlagen, die den Behandlungskontakt belegen, vorzulegen. *Deutsches Ärzteblatt Jahrgang 13, Heft 12, 25. März 2016, A563–A564.*

Verordnungen

Wirbelsäulenschäden rechtfertigen den Anspruch auf einen höhenverstellbaren Tisch: Ein gesetzlicher Rentenversicherter mit degenerativen Veränderungen aller Wirbelsäulenabschnitte kann von der gesetzlichen Rentenversicherung verlangen, einen mehrfach höhenverstellbaren Tisch finanziert zu bekommen, der ein wechselndes Arbeiten im Sitzen und Stehen ermöglicht. Dies soll seine Erwerbsfähigkeit weitgehend erhalten. *LSG Rheinland-Pfalz, L6R 504/14.*

Neue Verordnungsvorgaben

Seit dem 15.02.2016 gibt es eine erste Änderungsvereinbarung zu den Rahmenvorgaben nach § 106 B Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30. November 2015.

Im Ärzteblatt Heft Nr. 12 ist ausführlich dargestellt, für welche Diagnosengruppen und Indikationsschlüssel und in welchem Zeitraum entsprechende Verordnungen ausgestellt werden dürfen. *Deutsches Ärzteblatt Jahrgang 13 Heft 12, 25. März 2016, A573–A580.*

Patienten haben großes Interesse an elektronischer Assistenz:

Mehr als 8000 deutsche E-Health, Webdienste und Apps stehen dem Patienten zur Verfügung. Das Angebot digitaler Gesundheits- und Therapieinnovationen steigt immer schneller und steht im Internet zur Verfügung. Insgesamt ist das Internet laut einer

BERICHTE UND INFORMATIONEN



Studie des Marktforschungs- und Strategieunternehmens „E-Patient RSD“ nach dem Arzt die wichtigste Quelle für Fragen der Gesundheitsversorgung, z. B. bei Sucherfragen. Das gesundheitswissenschaftliche Institut Nordost (GeWINO) der AOK Nordost zeigt, dass mehr als die Hälfte der Befragten (55 %) Interesse an einer elektronischen Trainingsunterstützung durch Apps und Fitness-Armbänder zeigen. In der Altersgruppe über 60 Jahre interessieren sich sogar mehr als 60 % der Befragten für elektronische Trainingsunterstützung. Nur 26 % der Befragten lehnten Systeme zur digitalen Unterstützung prinzipiell ab. Vgl. KVB-Forum 1-2 2016, S. 29 (www.gewino.de)

Handy am Steuer

Wenn Sie mit einem Tempo von 100 Kilometer/Stunde fahren und zwei Sekunden auf Ihr Handy schauen, haben Sie 56 Meter im Blindflug zurückgelegt. Nach einer Umfrage des Deutschen Verkehrssicherheitsrates ist das Telefonieren (78 %) und das Lesen und Schreiben von Nachrichten (73 %) die gefährlichsten Ablenkungsfaktoren beim Fahren. An dritter Stelle rangieren Internetnutzung und soziale Dienste (55 %) gefolgt von der Bedienung von Navigationsgeräten (35 %). *Arbeit und Gesundheit* 2/16 S. 7.

Arbeitshilfen für Brennpunkte

Die Arbeitsgruppe „Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement“ der GQMG hat es sich zur Aufgabe gemacht, Fachper-

sonen in Gesundheitseinrichtungen mit evidenz-basierten Tools zu unterstützen, die ihnen die Kommunikation mit Patienten und untereinander erleichtern soll. Hintergrund dieser wichtigen Arbeit ist die Tatsache, dass die meisten kritischen Ereignisse oder Fehler in Arbeitsprozessen auf mangelhafter Kommunikation beruhen. Die Arbeitspapiere sind auf bestimmte Brennpunkte der Kommunikation gerichtet, wie beispielsweise auf die Vermittlung von Informationen von einer Fachperson zur anderen oder beim Umgang mit Patienten mit einer fremden Sprache. Die Arbeitspapiere bestehen aus sogenannten Langversionen, in denen positive Erfahrungen mit solchen Tools aus der internationalen Literatur zusammengetragen wurden und Kurzversionen, in denen die wichtigen Hinweise zur professionellen Kommunikation in knappen Handlungsanweisungen zusammengefasst sind.

Viele solcher Tools sind in Arbeit. Eines zur Vermittlung von Informationen von einer Fachperson zur anderen, das sogenannte SBAR-Modell, ist bereits an besagter Stelle zu finden. Es ist nach der geschilderten Systematik komplett ausgearbeitet. Wir würden uns freuen, wenn potenzielle Interessenten mit uns Kontakt aufnehmen würden. Weitere Informationen finden Sie unter: http://www.gqmg.de/gqmg_leistung/kommunikation.html

AUS DEM VORSTAND DES BDNC

An die niedergelassenen Neurochirurgen

Ein kurzer Bericht von der Mitgliederversammlung des Berufsverbandes (BDNC) in Hannover vom 5. und 6.2.2016.

Wie üblich fanden das Standardformat mit Treffen der Vorsitzenden der Regionalverbände und KV-Vertretern und dem Geschäftsführer Herr Dr. Köppen, sowie die drei gesonderten Veranstaltungen der niedergelassenen Neurochirurgen, der Oberärzte, Klinikleiter und Chefärzte statt.

Für den ambulanten Bereich gab unser Präsident, Herr Dr. Dr. Conzen einen kurzen Bericht zum Stand der EBM-Verhandlungen in der KBV, als wichtigste Information daraus, dass der kalkulatorische Arztlohn in Zukunft wohl mit 156,00 € pro Stunde zugrunde gelegt werden wird, was eine deutliche Verbesserung der Wertschätzung unserer Arbeit nachkommt.

Die GOÄ-Verhandlungen schleppen sich weiterhin und das Versorgungsstärkungsgesetz ist unterwegs, d. h. man kann mittlerweile fachgleiche MVZs gründen, konkret zwei Neurochirurgen können mit zwei Sitzten ein fachgleiches MVZ gründen, die Zweitmeinungsforderung wird noch nicht umgesetzt, sondern wird im Laufe des Jahres auf uns zukommen. Andere Thematiken werden ausführlich in der nächsten „Zeitschrift für ambulante Neurochirurgie“ dargelegt.

Zwei interessante Vorträge über Mietrecht von Rechtsanwalt Stefan Sentek und zur Thematik der Praxisab- und Übergabe, 10%

der Neurochirurgen im ambulanten Bereich werden in den nächsten 10–12 Jahren die Altersgrenze erreichen, durch Rechtsanwalt Nando Mack aus Münster waren sehr fundiert. Beide Vorträge werden in der nächsten „Zeitschrift für ambulante Neurochirurgie“ ausführlich dargestellt, ebenso das Thema „Hygiene und Datenschutz und deren Relevanz in der Fachpraxis für Neurochirurgie“ mit den in den letzten Jahren neueren Gesetzgebungsgrundlagen.

In der Mitgliederversammlung gab es einen sehr fundierten Vortrag von Herrn Prof. Dr. Henrik Schneider zum Thema „Korruption versus Korruption“ in dem ganz deutlich wurde, in welcher Form das Antikorruptionsgesetz, speziell für Leute in Heilberufen, eine Rolle spielen könnte.

Einen exzellenten Vortrag lieferte Frau Dr. Regina Klakow-Franck vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Berlin ab, der es in hervorragender Weise gelang, ein üblicherweise trockenes Thema für das Auditorium spannend zu gestalten. Es ist schön zu sehen, wenn in solchen Gremien noch Kolleginnen arbeiten, die sich den Medizinberuf nicht nur formal, sondern wirklich von seiner Grunddefinition her verpflichtet fühlen.

Über die weitere Mitgliederversammlung und den verschiedenen Berichten wird es einen ausführlichen Bericht des Schriftführers geben.

Die Neuwahl des Vorstandes spiegelte die hohe Zufriedenheit der Neurochirurgen mit der vorbildlichen Arbeit in den letzten zwei Jahren des Vierergremiums dar, die in ihren Funktionen bestätigt wurden und zwar in einer Form, wie wir es in unserer Gesell-

AUS DEM VORSTAND DES BDNC



schaft noch nie hatten: Alle Vorstandsmitglieder, der Präsident Dr. Dr. Michael Conzen, der Vizepräsident Prof. Dr. Rudolf Laumer, der Sekretär Dr. Werner E. K. Braunsdorf und der Schatzmeister PD Dr. Martin Engelhardt wurden jeweils mit allen Stimmen der im Raum anwesenden Wahlberechtigten ohne Gegenstimme wieder gewählt.

Dazu möchte ich Ihnen meinen herzlichen Glückwunsch aussprechen und sie ermutigen, ihre Arbeit in dieser Form in unser aller Sinne weiterzuführen. Ein ausführlicher Bericht der Jahrestagung mit den entsprechenden Vorträgen und Inhalten der Vorträge wird in einer der nächsten Ausgaben der „Zeitschrift für ambulante Neurochirurgie“ zu lesen sein.

Die Vorträge sind bereits jetzt im Mitgliederbereich der Webseite www.bdnc.de zu finden. S. [BDND intern/Mitgliederversammlung 2016]

Das Treffen im Jahr 2017 findet wieder in Hannover am 27. Und 28. Januar 2017 statt.

BDNC

TERMINE

Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember
1 Do	1 So	1 So	1 Mi	1 Fr	1 Mo	1 Mi	1 Sa	1 Di	1 Do	1 So	1 Di
2 Fr	2 Mo	2 Mo	2 Do	2 Sa	2 Di	2 Do	2 So	2 Mi	2 Fr	2 Mo	2 Mi
3 Sa	3 Di	3 Di	3 Do	3 So	3 Mi	3 Fr	3 So	3 Mi	3 Sa	3 Di	3 Do
4 So	4 Do	4 Do	4 So	4 Di	4 Do	4 So	4 Mi	4 Do	4 Fr	4 Mo	4 Mi
5 Mo	5 Mo	5 Mo	5 Do	5 Di	5 Fr	5 So	5 Mi	5 Do	5 Mo	5 Do	5 Sa
6 Di	6 Do	6 Do	6 So	6 Di	6 Do	6 So	6 Mi	6 Do	6 Di	6 Fr	6 So
7 Mi	7 Sa	7 Sa	7 Di	7 Do	7 So	7 Di	7 So	7 Mi	7 Do	7 Mo	7 Mi
8 Do	8 Mo	8 Mo	8 Do	8 Fr	8 Mo	8 Mo	8 Sa	8 Di	8 Do	8 So	8 Di
9 Fr	9 Di	9 Di	9 Do	9 Sa	9 Di	9 Do	9 So	9 Mi	9 Fr	9 Mo	9 Mi
10 Sa	10 Do	10 Do	10 So	10 Di	10 Do	10 So	10 Mi	10 Do	10 Fr	10 Mo	10 Do
11 So	11 Mo	11 Mo	11 Do	11 Fr	11 Mo	11 Mo	11 Sa	11 Di	11 So	11 Mi	11 Fr
12 Mo	12 Do	12 Do	12 So	12 Di	12 Do	12 So	12 Mi	12 Do	12 Mo	12 Do	12 Sa
13 Di	13 Do	13 Do	13 So	13 Di	13 Do	13 So	13 Mi	13 Do	13 Mo	13 Do	13 Sa
14 Mi	14 Sa	14 Sa	14 Di	14 Do	14 So	14 Di	14 So	14 Mi	14 Do	14 Mo	14 Do
15 Do	15 Mo	15 Mo	15 Do	15 Fr	15 Mo	15 Mo	15 Sa	15 Di	15 So	15 Mi	15 Fr
16 Fr	16 Do	16 Do	16 So	16 Di	16 Do	16 So	16 Mi	16 Do	16 Mo	16 Do	16 Sa
17 Sa	17 Di	17 Di	17 Fr	17 So	17 Mi	17 Fr	17 So	17 Mi	17 Do	17 Mo	17 Do
18 So	18 Mi	18 Mi	18 Sa	18 Mo	18 Do	18 Sa	18 Di	18 Fr	18 So	18 Mi	18 Fr
19 Mo	19 Do	19 Do	19 So	19 Di	19 Fr	19 So	19 Mi	19 Sa	19 Mo	19 Do	19 Sa
20 Di	20 Fr	20 Fr	20 Mo	20 Mi	20 Sa	20 Mo	20 Do	20 So	20 Di	20 Fr	20 So
21 Mi	21 Sa	21 Sa	21 Di	21 Do	21 So	21 Di	21 Fr	21 Mo	21 Mi	21 Sa	21 Mo
22 Do	22 So	22 So	22 Mi	22 Fr	22 Mo	22 Mi	22 Sa	22 Di	22 Do	22 So	22 Di
23 Fr	23 Mo	23 Mo	23 Do	23 Sa	23 Di	23 Do	23 So	23 Mi	23 Fr	23 Mo	23 Mi
24 Sa	24 Di	24 Di	24 Fr	24 So	24 Mi	24 Fr	24 Mo	24 Do	24 Sa	24 Di	24 Do
25 So	25 Mi	25 Mi	25 Sa	25 Mo	25 Do	25 Sa	25 Di	25 Fr	25 So	25 Mi	25 Fr
26 Mo	26 Do	26 Do	26 So	26 Di	26 Fr	26 So	26 Mi	26 Sa	26 Mo	26 Do	26 Sa

► **26.4. bis 29.4.2016**

133. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie Berlin (DGCH) – City Cube www.chirurgie2016.de

► **12.6. bis 15.6.2016**

67th Annual Meeting of the German Society of Neurosurgery (DGNC) 1st Joint Meeting with the Korean Neurosurgical Society (KNS) in Frankfurt. www.dgnc.de

► **Vorankündigungen**

2017: Der Weltkongress der Neurochirurgie in Istanbul, Türkei

2021: Der Weltkongress der Neurochirurgie in Bogota

www.dgnc.de/dgnc-homepage/kongresskalender

Weitere Informationen und Termine finden Sie auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie

www.dgnc.de/dgnc-homepage/kongresskalender



BY SPINEART

MINIMALINVASIV

ROME[®]₂ MIS

K-DRAHTLOSE OPTION

STROMLINIENFÖRMIGE SPITZE

MINI-OPEN UND/ODER PERKUTANE ZUGÄNGE

REPOSITION VON SPONDYLOLISTHESEN



KANÜ

LIERTE PEDIKEL

SCHRAUBE

TERMINE

Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember
--------	---------	------	-------	-----	------	------	--------	-----------	---------	----------	----------

Kompaktseminar ISO 9001:2015

INHALT

Rascher und unkomplizierter Umstieg von ISO 9001:2008 auf ISO 9001:2015 bzw. von KTQ auf ISO 9001:2015 für Klinik- und Praxismitarbeiter mit entsprechender Vorerfahrung im Qualitätsmanagement.

Die Umsetzung der neuen ISO 9001:2015 in Organisationen mit vorbestehenden QM-System als Kompaktseminar bietet Ihnen die Möglichkeit in kurzer Zeit die noch bestehende Deltas ihres Systems zum neuen ISO 9001:2015 zu erkennen, und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen, diese Deltas zu schließen.

DOZENT

Dr. med. Dipl.-Psych. Horst Poimann, langjähriger ISO-Auditor, langjähriger Trainer für internationale ISO-Auditoren, Erfahrung im Training von KTQ-Visitoren, EFQM-Visitoren, QEP-Visitoren. In Eigenorganisation seit 1998 ISO zertifiziert, gegenwärtig zertifiziert nach DIN EN ISO 15224

TERMINE

Montag, 30.05.2016

09:00 – 12:00 Uhr

13:00 – 17:00 Uhr

Montag, 27.06.2016

09:00 – 12:00 Uhr

13:00 – 17:00 Uhr

TEILNAHMEGEBÜHR (pro Termin)

320,00 € + MwSt. inkl. Teilnehmerunterlagen,

inkl. 40,00 € Tagungspauschale

Ort: 97080 Würzburg

1 Do	Neujahr	1 So
2 Fr		2 Mo
3 Sa		3 Di
4 So		4 Mi
5 Mo	2	5 Do
6 Di		6 Fr
7 Mi		7 Sa
8 Do		8 So
9 Fr		9 Mo
10 Sa		10 Di
11 So		11 Mi

So		1 Di
Mo	46	2 Mi
Di		3 Do
Mi		4 Fr
Do		5 Sa
Fr		6 So
Sa		7 Mo
So		8 Di
Mo	46	9 Mi
Di		10 Do
Mi		11 Fr

12 Mo	3	12 Do	12 Do	12 So	12 Di	12 Fr	12 So	12 Mi	12 Sa	12 Mo	42	12 Do	12 Sa
13 Di		13 Fr	13 Fr	13 Mo	16	13 Mi	13 Sa	13 Mo	29	13 Do	13 So	13 Di	13 Fr
14 Mi		14 Sa	14 Sa	14 Di	14 Do	14 So	14 Di	14 Fr	14 Mo	38	14 Mi	14 Sa	14 Mo
15 Do		15 So	15 So	15 Mi	15 Fr	15 Mo	25	15 Mi	15 Sa	15 Di	15 Do	15 So	15 Di
16 Fr		16 Mo	8	16 Mo	12	16 Do	16 Sa	16 Di	16 Do	16 So	16 Mi	16 Fr	16 Mo
17 Sa		17 Di	17 Di	17 Fr	17 So	17 Mi	17 Fr	17 Mo	34	17 Do	17 Sa	17 Di	17 Do
18 So		18 Mi	18 Mi	18 Sa	18 Mo	21	18 Do	18 Sa	18 Di	18 Fr	18 So	18 Mi	18 Fr
19 Mo	4	19 Do	19 Do	19 So	19 Di	19 Fr	19 So	19 Mi	19 Sa	19 Mo	43	19 Do	19 Sa
20 Di		20 Fr	20 Fr	20 Mo	17	20 Mi	20 Sa	20 Mo	30	20 Do	20 So	20 Di	20 Fr
21 Mi		21 Sa	21 Sa	21 Di	21 Do	21 So	21 Di	21 Fr	21 Mo	39	21 Mi	21 Sa	21 Mo
22 Do		22 So	22 So	22 Mi	22 Fr	22 Mo	28	22 Mi	22 Sa	22 Di	22 Do	22 So	22 Di
23 Fr		23 Mo	9	23 Mo	13	23 Do	23 Sa	23 Di	23 Do	23 So	23 Mi	23 Fr	23 Mo
24 Sa		24 Di	24 Di	24 Fr	24 So	24 Mi	24 Fr	24 Mo	35	24 Do	24 Sa	24 Di	24 Do
25 So		25 Mi	25 Mi	25 Sa	25 Mo	21	25 Do	25 Sa	25 Di	25 Fr	25 So	25 Mi	25 Fr
26 Mo	6	26 Do	26 Do	26 So	26 Di	26 Fr	26 So	26 Mi	26 Sa	26 Mo	44	26 Do	26 Sa
27 Di		27 Fr	27 Fr	27 Mo	18	27 Mi	27 Sa	27 Mo	31	27 Do	27 So	27 Di	27 Fr
28 Mi		28 Sa	28 Sa	28 Di	28 Do	28 So	28 Di	28 Fr	28 Mo	40	28 Mi	28 Sa	28 Mo
29 Do		29 So	29 So	29 Mi	29 Fr	29 Mo	27	29 Mi	29 Sa	29 Di	29 Do	29 So	29 Di

TERMINE

Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember
--------	---------	------	-------	-----	------	------	--------	-----------	---------	----------	----------



67. JAHRESTAGUNG
DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR NEUROCHIRURGIE (DGNC)
1. JOINT MEETING
MIT DER KOREANISCHEN GESELLSCHAFT FÜR NEUROCHIRURGIE (KNS)
12.-15. JUNI 2016, FRANKFURT AM MAIN



Pressemitteilung 1, 09.03.2016

Führende Neurochirurgen im interdisziplinären Austausch in der Mainmetropole 67. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie - Gastland Südkorea

Die 67. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie, DGNC, findet in diesem Jahr vom 12. bis 15. Juni im Frankfurter Kongresszentrum statt. Veranstalter und Organisator ist die Klinik für Neurochirurgie der Goethe-Universität Frankfurt am Main.

Rund 1.500 Neurochirurgen präsentieren während des 4-tägigen Kongresses aktuelle Erkenntnisse ihres Fachgebiets, diskutieren neue Behandlungsmethoden und tauschen sich interdisziplinär über Forschungsergebnisse und Zukunftsvisionen aus. In das Hauptprogramm integriert ist das 1. Joint Meeting mit der Koreanischen Gesellschaft für Neurochirurgie. Mit den Neurochirurgen aus Südkorea bestehen seit vielen Jahren freundschaftliche und kollegiale Beziehungen, so dass eine große Zahl von koreanischen Neurochirurgen in Frankfurt erwartet wird.

Das wissenschaftliche Programm der Jahrestagung beinhaltet die wesentlichen Krankheitsbilder des neurochirurgischen Fachgebietes in unterschiedlichen Aspekten. Schwerpunkte werden dabei die sich dynamisch entwickelnden Gebiete der Behandlung intrakranieller Aneurysmen sowie die durch Aneurysmen hervorgerufene Hirnblutung sein, sowie die aktuellen Konzepte und Entwicklungen in der Hirntumorbehandlung. Der zunehmenden Anzahl älterer Patienten in der Neurochirurgie wird unter Betrachtung des Gebietes der Wirbelsäulenchirurgie eine besondere Beachtung gewidmet.

Weiteres Kernthema der Jahrestagung ist die umfassende während der Operation durchgeführte Bildgebung zusammen mit der intraoperativen Überwachung der Hirnfunktionen. Neben diesen zentralen Elementen moderner Neurochirurgie stellt die sich ständig weiterentwickelnde Behandlung der kranialen Meningeome in ihren Herausforderungen, Grenzen und neuen Therapieansätzen einen Schwerpunkt der Tagung in Frankfurt dar. Ergänzt wird das wissenschaftliche Programm durch den jährlich am Eröffnungstag stattfindenden Fortbildungstag („Educational Day“) sowie weitere Workshops, Satellitenveranstaltungen und Plenarsitzungen zu den Schwerpunktthemen.

In den Tagungsthemen des Kongresses spiegeln sich auch die klinischen Schwerpunkte der Klinik für Neurochirurgie der Goethe-Universität Frankfurt am Main wider – darunter die spezialisierte Behandlung von Patienten mit Hirntumoren, Hirngefäßerkrankungen sowie komplexen Wirbelsäulenerkrankungen mit Beteiligung von Rückenmark und Spinalnerven. Die Klinik behandelt und betreut Patienten aus dem gesamten Spektrum der Neurochirurgie auf höchstem

TERMINE

Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember
--------	---------	------	-------	-----	------	------	--------	-----------	---------	----------	----------

universitärem Niveau. Für die operativen Aufgaben ist die Klinik mit drei Operationssälen, einer davon mit intraoperativer Kernspintomografie, modernsten Operationsmikroskopen, Neuronavigationssystemen sowie kompletter intraoperativer Neurophysiologie für eine minimal-invasive funktionserhaltende Neurochirurgie exzellent ausgestattet.

Kongresspräsident der 67. Jahrestagung der DGNC und gegenwärtiger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie ist Professor Dr. med. Volker Seifert, der Direktor der Klinik für Neurochirurgie der Goethe-Universität Frankfurt am Main.

Terminhinweis:

67. Jahrestagung der DGNC

12. - 15 Juni 2016

Congress Center Messe Frankfurt

Pressestelle

67. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)

projektart – vogel rosenbaum & partner

Anne Berghoff

Neugärtenweg 3

76189 Karlsruhe

Telefon: 0721 2495050

dgnc2016@projektart.eu

www.projektart.eu

1 Do Neugärtn		1 So	1 Mi	1 Fr Tag der Arbeit	1 Mo	23 1 Mi	1 Sa	1 Di	1 Do	1 So	1 Di
2 Fr		2 So	2 Do	2 Sa	2 Di	2 Do	2 So	2 Mi	2 Fr	2 Mo	46 2 Mi
3 Sa		3 So	3 Fr Karfreitag	3 So	3 Mi	3 Fr	3 Mo	32 3 Do	3 Sa Tag der Dt. Einheit	3 Di	3 Do
4 So		4 So	4 Sa	4 Mo	19 4 Do	4 Sa	4 Di	4 Fr	4 So	4 Mi	4 Fr
5 Mo	2	5 Do	5 Do	5 So	5 Di	5 Fr	5 So	5 Mi	5 Sa	5 Mo	41 5 Do
6 Di		6 Fr	6 Fr	6 Mo Ostermontag	15 6 Mi	6 Sa	6 Mo	28 6 Do	6 So	6 Di	6 Fr
7 Mi		7 Sa	7 Sa	7 Di	7 Do	7 So	7 Di	7 Fr	7 Mo	37 7 Mi	7 Sa
8 Do		8 So	8 So	8 Mi	8 Fr	8 Mo	24 8 Mi	8 Sa	8 Di	8 Do	8 So
9 Fr		9 Mo	7 9 Mo	11 9 Do	9 Sa	9 Di	9 Do	9 So	9 Mi	9 Fr	9 Mo
10 Sa		10 Di	10 Di	10 Fr	10 So	10 Mi	10 Fr	10 Mo	33 10 Do	10 Sa	10 Di
11 So		11 Mi	11 Mi	11 Sa	11 Mo	20 11 Do	11 Sa	11 Di	11 Fr	11 So	11 Mi
12 Mo	3	12 Do	12 Do	12 So	12 Di	12 Fr	12 So	12 Mi	12 Sa	12 Mo	42 12 Do
13 Di		13 Fr	13 Fr	13 Mo	16 13 Mi	13 Sa	13 Mo	29 13 Do	13 So	13 Di	13 Fr
14 Mi		14 Sa	14 Sa	14 Di	14 Do	14 So	14 Di	14 Fr	14 Mo	38 14 Mi	14 Sa
15 Do		15 So	15 So	15 Mi	15 Fr	15 Mo	25 15 Mi	15 Sa	15 Di	15 Do	15 So
16 Fr		16 Mo	8 16 Mo	12 16 Do	16 Sa	16 Di	16 Do	16 So	16 Mi	16 Fr	16 Mo
17 Sa		17 Di	17 Di	17 Fr	17 So	17 Mi	17 Fr	17 Mo	34 17 Do	17 Sa	17 Di
18 So		18 Mi	18 Mi	18 Sa	18 Mo	21 18 Do	18 Sa	18 Di	18 Fr	18 So	18 Mi
19 Mo	4	19 Do	19 Do	19 So	19 Di	19 Fr	19 So	19 Mi	19 Sa	19 Mo	43 19 Do
20 Di		20 Fr	20 Fr	20 Mo	17 20 Mi	20 Sa	20 Mo	30 20 Do	20 So	20 Di	20 Fr
21 Mi		21 Sa	21 Sa	21 Di	21 Do	21 So	21 Di	21 Fr	21 Mo	39 21 Mi	21 Sa
22 Do		22 So	22 So	22 Mi	22 Fr	22 Mo	28 22 Mi	22 Sa	22 Di	22 Do	22 So
23 Fr		23 Mo	9 23 Mo	13 23 Do	23 Sa	23 Di	23 Do	23 So	23 Mi	23 Fr	23 Mo
24 Sa		24 Di	24 Di	24 Fr	24 So	24 Mi	24 Fr	24 Mo	35 24 Do	24 Sa	24 Di
25 So		25 Mi	25 Mi	25 Sa	25 Mo	22 25 Do	25 Sa	25 Di	25 Fr	25 So	25 Mi
26 Mo	5	26 Do	26 Do	26 So	26 Di	26 Fr	26 So	26 Mi	26 Sa	26 Mo	44 26 Do
27 Di		27 Fr	27 Fr	27 Mo	18 27 Mi	27 Sa	27 Mo	31 27 Do	27 So	27 Di	27 Fr
28 Mi		28 Sa	28 Sa	28 Di	28 Do	28 So	28 Di	28 Fr	28 Mo	49 28 Mi	28 Sa
29 Do		29 So	29 So	29 Mi	29 Fr	29 Mo	27 29 Mi	29 Sa	29 Di	29 Do	29 So

TERMINE

Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember
--------	---------	------	-------	-----	------	------	--------	-----------	---------	----------	----------



67. JAHRESTAGUNG
DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR NEUROCHIRURGIE (DGNC)
1. JOINT MEETING
MIT DER KOREANISCHEN GESELLSCHAFT FÜR NEUROCHIRURGIE (KNS)
12.-15. JUNI 2016, FRANKFURT AM MAIN



Pressemitteilung 2, 22.03.2016

Operative Behandlung der Wirbelsäule bei älteren und vorerkrankten Patienten **Moderne, schonende Verfahren und interdisziplinäre Ansätze können zu neuer Mobilität verhelfen**

Die Möglichkeiten der operativen Versorgung schwerer Wirbelsäulenerkrankungen nehmen dank innovativer Operationstechniken immer mehr zu. Dies ist nicht unumstritten, denn ältere, insbesondere vorerkrankte Patienten weisen ein erhöhtes Risikoprofil auf. Jedoch gibt es in den letzten Jahren immer mehr Studien, die gezeigt haben, dass es bei sorgfältiger Auswahl und entsprechender Vorbereitung möglich ist, die Lebensqualität dieser Patienten durch eine Operation zu verbessern. Neben den im Alter häufigen degenerativen Erkrankungen sind es insbesondere Tumorerkrankungen, Entzündungen und Frakturen, die durch einen operativen Eingriff behandelt werden können bzw. deren Prognose erheblich verbessert werden kann. Ehemals lange Liegezeiten unter einer sogenannten „konservativen“, d.h. nicht operativen Therapie können durch minimalinvasive und stabilisierende Eingriffe vermieden werden.

Viele ältere Menschen wollen sich zudem nach ihrem aktiven Arbeitsleben weiterhin körperlichen Aktivitäten wie Wandern, Golfspielen, Fahrradfahren o.Ä. widmen. Sie finden sich nicht damit ab, aufgrund einer zunehmenden Einengung oder Krümmung ihrer Wirbelsäule eingeschränkt zu sein und unterziehen sich daher zunehmend sowohl einfachen Prozeduren, wie der operativen Behandlung von Bandscheibenvorfällen⁴, als auch komplexeren Operationen, bei denen Wirbelkörper miteinander versteift werden. Einige Studien untersuchten die Erfolgs- und Komplikationsraten bei Patienten über 65, über 75 und sogar über 85 Jahren und konnten aufzeigen, dass es bei entsprechender Patientenauswahl und Vorbereitung zu keiner signifikanten Erhöhung der Komplikationsrate kommt^{1,2,3}.

Auch ältere Patienten mit schweren Begleiterkrankungen können durchaus nachhaltig von der Wirbelsäulenchirurgie profitieren. So ist seit Jahren bekannt, dass Patienten, die wegen einer metastasierenden Tumorerkrankung an der Wirbelsäule operiert wurden, wesentlich häufiger wieder eine Gehfähigkeit erreichen als Patienten, die mit einer alleinigen Bestrahlung behandelt werden⁵.

Eine weitere große Herausforderung des Alters stellen schwere Infektionen der Wirbelsäule dar, die häufig nicht ausreichend auf eine Antibiotikatherapie ansprechen. Patienten, die bisher monatelang Bettruhe einhalten mussten und hierauf an anderen Komplikationen wie z.B. einer Lungenentzündung oder Embolie verstarben, können mittlerweile meist mit Hilfe von rekonstruktiven Eingriffen rasch wieder mobilisiert werden. Dies erfordert eine interdisziplinäre Vorbereitung mit spezialisierten Anästhesisten, Kardiologen, Mikrobiologen und anderen Fachdisziplinen. Dann kann auch der operative Eingriff mit maximaler Sicherheit durchgeführt werden⁶.

Die Behandlung älterer Patienten mit Wirbelsäulenerkrankungen stellt daher einen Schwerpunkt der 67. Jahrestagung der DGNC dar. Die intensive Diskussion zu diesem Thema sollte dazu führen, dass Senioren und vorerkrankten Patienten in spezialisierten Zentren ein entsprechendes Behandlungsangebot zur Verfügung steht.

TERMINE

Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember
--------	---------	------	-------	-----	------	------	--------	-----------	---------	----------	----------

– PD Dr. Dr. Lutz Weise, Universitätsklinikum Frankfurt

- 1 Wang et al. Neurosurg Focus 2015. The safety profile of lumbar spinal surgery in elderly Patients 85 years and older.
- 2 Shamji MF et al. Neurosurgery 2015. Management of Degenerative Lumbar Spinal Stenosis in the Elderly (*over 65*)
- 3 Khshan M et al. Neurosurg Focus 2015. Minimally invasive spinal decompression in patients older than 75 years of age: Perioperative risks, complications and clinical outcomes compared with patients younger than 45 years of age.
- 4 Strömqvist et al. 2015. Spine. Inferior Outcome of Lumbar Disc Surgery in Women due to inferior preoperative status – A Prospective Study in 11.237 Patients
- 5 Patchell et al. 2005. Lancet. Direct decompressive surgical resection in the treatment of spinal cord compression caused by metastatic cancer: a randomized trial
- 6 Gessler et al. 2016. J Neurosurg Spine. Postoperative patient-controlled epidural analgesia in patients with spondylodiscitis and posterior spinal fusion

Terminhinweis:

67. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)

12. – 15. Juni 2016

Congress Center Messe Frankfurt

www.dgnc.de/2016

1 Do Neugärtn	1 So	1 So	1 Mi	1 Fr Tag der Arbeit	1 Mo	23 1 Mi	1 Sa	1 Di	1 Do	1 So	1 Di	
2 Fr	2 Mo	2 Mo	2 Do	2 Sa	2 Di	2 Do	2 So	2 Mi	2 Fr	2 Mo	46 2 Mi	
3 Sa	3 Di	3 Di	3 Fr Karfreitag	3 So	3 Mi	3 Fr	3 Mo	32 3 Do	3 Sa Tag der Dt. Einheit	3 Di	3 Do	
4 So	4 Mi	4 Mi	4 Sa	4 Mo	4 Do	4 Sa	4 Di	4 Fr	4 So	4 Mi	4 Fr	
5 Mo	2 5 Do	5 Do	5 Sa	5 Fr	5 Mi	5 So	5 Mi	5 Sa	5 Mo	41 5 Do	5 Sa	
6 Di	6 Fr	6 Fr	6 Mo Ostermontag	6 Mi	6 Sa	6 Mo	28 6 Do	6 So	6 Di	6 Fr	6 So	
7 Mi	7 Sa	7 Sa	7 Do	7 So	7 Di	7 Fr	7 Mo	37 7 Mi	7 Sa	7 Mo	50 7 Mi	
8 Do	8 So	8 So	8 Mi	8 Fr	8 Mo	24 8 Mi	8 Sa	8 Di	8 Do	8 So	8 Di	
9 Fr	9 Mo	9 Mo	9 Do	9 Sa	9 Di	9 Do	9 So	9 Mi	9 Fr	9 Mo	46 9 Mi	
10 Sa	10 Di	10 Di	10 Fr	10 So	10 Mi	10 Fr	10 Mo	33 10 Do	10 Sa	10 Di	10 Do	
11 So	11 Mi	11 Mi	11 Do	11 Mo	20 11 Do	11 Sa	11 Di	11 Fr	11 So	11 Mi	11 Fr	
12 Mo	3 12 Do	12 Do	12 Di	12 So	12 Fr	12 So	12 Mi	12 Sa	12 Mo	42 12 Do	12 Sa	
13 Di	13 Fr	13 Fr	13 Mo	13 Mi	13 Sa	13 Mo	29 13 Do	13 So	13 Di	13 Fr	13 So	
14 Mi	14 Sa	14 Sa	14 Di	14 Do	14 So	14 Di	14 Fr	14 Mo	38 14 Mi	14 Sa	14 Mo	51 14 Mi
15 Do	15 So	15 So	15 Mi	15 Fr	15 Mo	25 15 Mi	15 Sa	15 Di	15 Do	15 So	15 Di	
16 Fr	16 Mo	8 16 Mo	16 Do	16 Sa	16 Di	16 Do	16 So	16 Mi	16 Fr	16 Mo	47 16 Mi	
17 Sa	17 Di	17 Di	17 Fr	17 So	17 Mi	17 Fr	17 Mo	34 17 Do	17 Sa	17 Di	17 Do	
18 So	18 Mi	18 Mi	18 Sa	18 Mo	21 18 Do	18 Sa	18 Di	18 Fr	18 So	18 Mi	18 Fr	
19 Mo	4 19 Do	19 Do	19 So	19 Di	19 Fr	19 So	19 Mi	19 Sa	19 Mo	43 19 Do	19 Sa	
20 Di	20 Fr	20 Fr	20 Mo	20 Mi	20 Sa	20 Mo	30 20 Do	20 So	20 Di	20 Fr	20 So	
21 Mi	21 Sa	21 Sa	21 Di	21 Do	21 So	21 Di	21 Fr	21 Mo	39 21 Mi	21 Sa	21 Mo	52 21 Mi
22 Do	22 So	22 So	22 Mi	22 Fr	22 Mo	26 22 Mi	22 Sa	22 Di	22 Do	22 So	22 Di	
23 Fr	23 Mo	9 23 Mo	23 Do	23 Sa	23 Di	23 Do	23 So	23 Mi	23 Fr	23 Mo	48 23 Mi	
24 Sa	24 Di	24 Di	24 Fr	24 So	24 Mi	24 Fr	24 Mo	35 24 Do	24 Sa	24 Di	24 Do	
25 So	25 Mi	25 Mi	25 Sa	25 Mo	25 Do	25 Sa	25 Di	25 Fr	25 So	25 Mi	25 Fr	1-Weh-nachtag
26 Mo	5 26 Do	26 Do	26 So	26 Di	26 Fr	26 So	26 Mi	26 Sa	26 Mo	44 26 Do	26 Sa	2-Weh-nachtag
27 Di	27 Fr	27 Fr	27 Mo	27 Mi	27 Sa	27 Mo	31 27 Do	27 So	27 Di	27 Fr	27 So	
28 Mi	28 Sa	8 28 Sa	28 Di	28 Do	28 So	28 Di	28 Fr	28 Mo	49 28 Mi	28 Sa	28 Mo	53 28 Mi
29 Do		29 So	29 Mi	29 Fr	29 Mo	27 29 Mi	29 Sa	29 Di	29 Do	29 So	29 Di	

Pressestelle
67. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)

projektart - vogel rosenbaum & partner

Anne Berghoff
Neugärtenweg 3
76189 Karlsruhe
Telefon: 0721 2495050
anne.berghoff@projektart.eu
www.projektart.eu

TERMINE

Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember
--------	---------	------	-------	-----	------	------	--------	-----------	---------	----------	----------



67. JAHRESTAGUNG
DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR NEUROCHIRURGIE (DGNC)
1. JOINT MEETING
MIT DER KOREANISCHEN GESELLSCHAFT FÜR NEUROCHIRURGIE (KNS)
12.-15. JUNI 2016, FRANKFURT AM MAIN



Pressemitteilung 3, 11.04.2016

Hirn-Aneurysma und Subarachnoidalblutung – Individuelle Beratung und Therapie

Das ‚Universitäre Hirngefäßzentrum Rhein/Main‘ des Universitätsklinikums Frankfurt beschäftigt sich intensiv mit zerebralen Aneurysmen und deren Behandlung. Mit über 2000 dieser operierten Gefäßaussackungen und eine der weltweit umfangreichsten Erfahrungen in der Mikrochirurgie intrakranieller Aneurysmen ist das Universitätsklinikum Frankfurt erster Anlaufpunkt für betroffene Patienten.

Ein Hirn-Aneurysma ist eine Gefäßaussackung, die einem wachsenden Ballon ähnelt. Dieser wird entweder zufällig gefunden oder aber nachdem es bereits zu einer Blutung – der so genannten Subarachnoidalblutung – gekommen ist. Entgegen den bekannteren unblutigen Schlaganfällen treten diese Hirnblutungen in der Regel bei jüngeren Patienten ohne Vorankündigung auf. Symptome sind stärkste nie gekannte Kopfschmerzen, Nackensteife und eine Bewusstseinsbeeinträchtigung.

Dabei muss nicht jeder Zufallsbefund zwingend behandelt werden, denn die verschiedenen Behandlungsmethoden haben Vor- und Nachteile. Deshalb wird im Hirngefäßzentrum der Uniklinik Frankfurt im Rahmen einer Fächer-übergreifenden interdisziplinären Konferenz (Neurochirurgie, Neurologie und Neuroradiologie) das Aneurysma jedes Patienten ausführlich analysiert. Unter Einbeziehung verschiedener Faktoren wie z.B. Patientenalter, Lage und Versorgungsmöglichkeiten des Aneurysmas, potentiellies Rupturrisiko – also das „Platzen“ – und der sich daraus ergebenden Behandlungsnotwendigkeit ergeht an den Patienten der individuelle Behandlungsvorschlag eines abwartenden Vorgehens (z.B. regelmäßige MRT-Kontrolle) oder einer mikrochirurgischen oder endovaskulären Therapie. Die Behandlung der Patienten sowohl mit rupturiertem Aneurysma, als auch mit nicht-geblutetem Aneurysma erfolgt nach streng wissenschaftlichen Kriterien, basierend auf den Daten großer Aneurysmastudien (s.u.) sowie den umfangreichen Erfahrungen des Universitätsklinikums Frankfurt.

Die Klinik für Neurochirurgie berät und behandelt pro Jahr ca. 250 Patienten mit Hirn-Aneurysmen. Die operative mikrochirurgische Behandlung rupturierter Aneurysmen wird von einem Team erfahrener Oberärzte unter Leitung des Klinikdirektors Prof. Dr. Volker Seifert durchgeführt. Hierbei kommen neben den minimal invasiven mikrochirurgischen Clip- und Rekonstruktionsverfahren der Aneurysmen modernste intraoperative Bildgebung mit intraoperativer Fluoreszenzangiographie und intraoperativem neurophysiologischem Monitoring zum Einsatz. Sämtliche nicht-rupturierte Aneurysmen werden vom Klinikdirektor Prof. Dr. Volker Seifert persönlich operiert. Dieser verfügt mit über 2000 von ihm selbst und unter seiner unmittelbaren Assistenz operierten Aneurysmen über eine der weltweit umfangreichsten Erfahrungen in der Mikrochirurgie intrakranieller Aneurysmen. Die Ergebnisse der interdisziplinären Behandlung von rupturierten und nicht-rupturierten Aneurysmen am Frankfurter Universitätsklinikum werden in der prospektiven Aneurysma-Datenbank der Klinik für Neurochirurgie ständig gesammelt und in regelmäßigen Abständen analysiert, und belegen auch im internationalen Vergleich für beide Aneurysmaarten exzellente Ergebnisse.¹

In der Frankfurter Uniklinik wird auch im Rahmen der Notfallbehandlung nach einer Subarachnoidalblutung die Behandlungsart, die für diesen speziellen Patienten als die beste anzusehen ist, zwischen den Experten festgelegt und die Wahl getroffen zwischen einem minimal invasiven mikrochirurgischen Vorgehen oder einem minimal invasiven endovaskulären Aneurysmaverschluss. Die von dieser Hirnblutung zunächst schwerst betroffenen Patienten werden zumeist über mehrere Wochen auf einer Neuro-Intensivstation behandelt.

TERMINE

Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember
--------	---------	------	-------	-----	------	------	--------	-----------	---------	----------	----------

Im Rahmen der 67. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie werden neben Behandlungsstrategien von Aneurysmen insbesondere auch Ergebnisse neuer Therapieverfahren und –strategien der akuten und intensivmedizinischen Behandlung der Subarachnoidalblutung auf hohem wissenschaftlichem Niveau präsentiert. Die anschließende intensive Diskussion zu diesen Themen soll dazu führen, dass Patienten und ihre Erkrankung individuell in ausgewiesenen Zentren mit entsprechenden Therapiemöglichkeiten bestmöglich beraten und therapiert werden.

Zum Hauptthema ‚Zerebrale Aneurysmen und Subarachnoidalblutung‘ konnten mit Prof. Dr. Kerr (Cambridge, UK), Prof. Dr. Raabe (Bern, SUI) und Prof. Dr. Spetzler (Phoenix, USA) international renommierte Redner und Kongressteilnehmer gewonnen werden. Als Leiter der wichtigsten internationalen Studien der letzten Jahre zur Aneurysmabehandlung (ISAT² + BRAT³) werden sie einen Einblick in den aktuellsten Stand der Behandlung und zukünftige Behandlungsperspektiven präsentieren.

– Dr. med. Jürgen Konczalla, Universitätsklinikum Frankfurt

- Konczalla J, Platz J, Brawanski N, et al. Endovascular and Surgical Treatment of Internal Carotid Bifurcation Aneurysms. Neurosurgery. 2015 Jan 29;76(5):540–551.
- Molyneux AJ, Birks J, Clarke A, Sneade M, Kerr RSC. The durability of endovascular coiling versus neurosurgical clipping of ruptured cerebral aneurysms: 18 year follow-up of the UK cohort of the International Subarachnoid Aneurysm Trial (ISAT). Lancet. 2015 Oct 28;385(9969):691–697.
- Spetzler RF, McDougall CG, Zabramski JM, et al. The Barrow Ruptured Aneurysm Trial: 6-year results. J Neurosurg. American Association of Neurological Surgeons; 2015 Sep 26;123(3):609–617.

Terminhinweis:

67. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)

12. – 15. Juni 2016

Congress Center Messe Frankfurt

Anmeldung und Information: www.dgnc.de/2016

Pressestelle

67. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)

projektart – vogel rosenbaum & partner

Anne Berghoff

Neugärtenweg 3

76189 Karlsruhe

Telefon: 0721 2495050

anne.berghoff@projektart.eu

www.projektart.eu

1 Do	1 Do	1 Mi	1 Fr	1 Mo	1 Mi	1 Sa	1 Di	1 Do	1 So	1 Di
2 Fr	2 Fr	2 Sa	2 Di	2 Do	2 So	2 Mi	2 Fr	2 Mo	2 Mi	2 Mi
3 Sa	3 Sa	3 Mo	3 Fr	3 Mo	3 Do	3 Sa	3 Di	3 Do	3 Di	3 Do
4 So	4 Mi	4 Mi	4 Sa	4 Mo	4 Do	4 Sa	4 Di	4 Fr	4 So	4 Mi
5 Mo	5 Do	5 Do	5 So	5 Di	5 Fr	5 So	5 Mi	5 Sa	5 Mo	5 Do
6 Di	6 Fr	6 Mo	6 Mi	6 Sa	6 Mo	6 Do	6 So	6 Di	6 Fr	6 So
7 Mi	7 Sa	7 Do	7 Di	7 Do	7 Di	7 Fr	7 Mo	7 Mi	7 Sa	7 Mo
8 Do	8 So	8 Mo	8 Fr	8 Mo	8 Mi	8 Sa	8 Di	8 Do	8 So	8 Di
9 Fr	9 Mo	9 Mo	9 Do	9 Di	9 Do	9 So	9 Mi	9 Fr	9 Mo	9 Mi
10 Sa	10 Do	10 Fr	10 Sa	10 Mi	10 Mo	10 Mo	10 Do	10 Sa	10 Di	10 Do
11 So	11 Mi	11 Sa	11 Mo	11 Do	11 Sa	11 Di	11 Fr	11 So	11 Mi	11 Fr
12 Mo	12 Do	12 So	12 Di	12 Fr	12 So	12 Mi	12 Sa	12 Mo	12 Do	12 Sa
13 Di	13 Fr	13 Mo	13 Mi	13 Sa	13 Mo	13 Do	13 So	13 Di	13 Fr	13 So
14 Mi	14 Sa	14 Sa	14 Di	14 Do	14 So	14 Di	14 Fr	14 Mo	14 Mi	14 Mo
15 Do	15 So	15 So	15 Mi	15 Fr	15 Mo	15 Mi	15 Sa	15 Di	15 Do	15 Di
16 Fr	16 Mo	16 Mo	16 Do	16 Sa	16 Di	16 Do	16 So	16 Mi	16 Fr	16 Mo
17 Sa	17 Di	17 Di	17 Fr	17 So	17 Mi	17 Fr	17 Mo	17 Do	17 Sa	17 Di
18 So	18 Mi	18 Mi	18 Sa	18 Mo	18 Do	18 Sa	18 Di	18 Fr	18 So	18 Fr
19 Mo	19 Do	19 Do	19 So	19 Di	19 Fr	19 So	19 Mi	19 Sa	19 Mo	19 Do
20 Di	20 Fr	20 Fr	20 Mo	20 Mi	20 Sa	20 Mo	20 Do	20 So	20 Di	20 So
21 Mi	21 Sa	21 Sa	21 Di	21 Do	21 So	21 Di	21 Fr	21 Mo	21 Mi	21 Mo
22 Do	22 So	22 So	22 Mi	22 Do	22 Mo	22 Mi	22 Sa	22 Di	22 Do	22 Di
23 Fr	23 Mo	23 Mo	23 Do	23 Sa	23 Di	23 Do	23 So	23 Mi	23 Fr	23 Mi
24 Sa	24 Di	24 Di	24 Fr	24 So	24 Mi	24 Fr	24 Mo	24 Do	24 Sa	24 Do
25 So	25 Mi	25 Mi	25 Sa	25 Mo	25 Do	25 Sa	25 Di	25 Fr	25 So	25 Mi
26 Mo	26 Do	26 Do	26 So	26 Di	26 Fr	26 So	26 Mi	26 Sa	26 Mo	26 Do
27 Di	27 Fr	27 Fr	27 Mo	27 Mi	27 Sa	27 Mo	27 Do	27 So	27 Di	27 So
28 Mi	28 Sa	28 Sa	28 Di	28 Do	28 So	28 Di	28 Fr	28 Mo	28 Mi	28 Sa
29 Do		29 So	29 Mi	29 Fr	29 Mo	29 Mi	29 Sa	29 Di	29 Do	29 So

Seminare des Berufsverbands

Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember
--------	---------	------	-------	-----	------	------	--------	-----------	---------	----------	----------

Einführung ins Qualitätsmanagement: Was muss ich wirklich tun und warum?

Termin: 06.07.2016

Ort: Würzburg

Zeiten: Mittwoch: 15:00 – 20:00 Uhr

Kosten:

Für Mitglieder des BDNC Bayern: Teilnahme kostenfrei; Tagungspauschale 40 Euro.

Für Nichtmitglieder: 180 Euro pro Person für die Teilnahme am Seminar zzgl. Tagungspauschale 40 Euro.

Gesetzeskonformes Risikomanagement nach den gesetzlichen Anforderungen und Datenschutz in Praxis und MVZ

Termin: 23.-24.09.2016

Ort: Würzburg

Zeiten:

Freitag: 15:00 – 20:00 Uhr

Samstag: 09:00 – 16:00 Uhr

Kosten:

Für Mitglieder des BDNC Bayern: Teilnahme kostenfrei; Tagungspauschale 40 Euro pro Tag.

Für Nichtmitglieder: 180 Euro pro Person pro Tag für die Teilnahme am Seminar zzgl. Tagungspauschale 40 Euro pro Tag.

Effiziente Kommunikation zur Fehlervermeidung

Termin: 24.09.2016

Ort: Würzburg

Zeiten: Samstag: 10:00 – 16:00 Uhr

Kosten:

Für Mitglieder des BDNC Bayern: Teilnahme kostenfrei; Tagungspauschale 40 Euro.

Für Nichtmitglieder: 180 Euro pro Person für die Teilnahme am Seminar zzgl. Tagungspauschale 40 Euro.

Ärzte verhandeln mit Geschäftsführern

Termin: 03.12.2016

Ort: Frankfurt

Zeiten: Samstag 10:00 – 16:00 Uhr

Kosten:

Für Mitglieder des BDNC Bayern: Teilnahme kostenfrei; Tagungspauschale 40 Euro.

Für Nichtmitglieder: 180 Euro pro Person für die Teilnahme am Seminar zzgl. Tagungspauschale 40 Euro.

Durchführung von Verbesserungsprojekten, z.B. im QM

Termin: 08.10.2016

Ort: Würzburg

Zeiten: Samstag: 09:00-16:00 Uhr

Kosten:

Für Mitglieder des BDNC Bayern: Teilnahme kostenfrei; Tagungspauschale 40 Euro.

Für Nichtmitglieder: 180 Euro pro Person für die Teilnahme am Seminar zzgl. Tagungspauschale 40 Euro.

Info & Anmeldung: Geschäftsstelle Landesverband niedergelassener Neurochirurgen Bayern

Traubengasse 15, 97072 Würzburg, Tel.: 0931/2055524, Fax: 0931/2055525, Email: poimann@neurochirurgie.com