

Zeitschrift für Ambulante Neurochirurgie

ISSN 1139-7021 02/2015

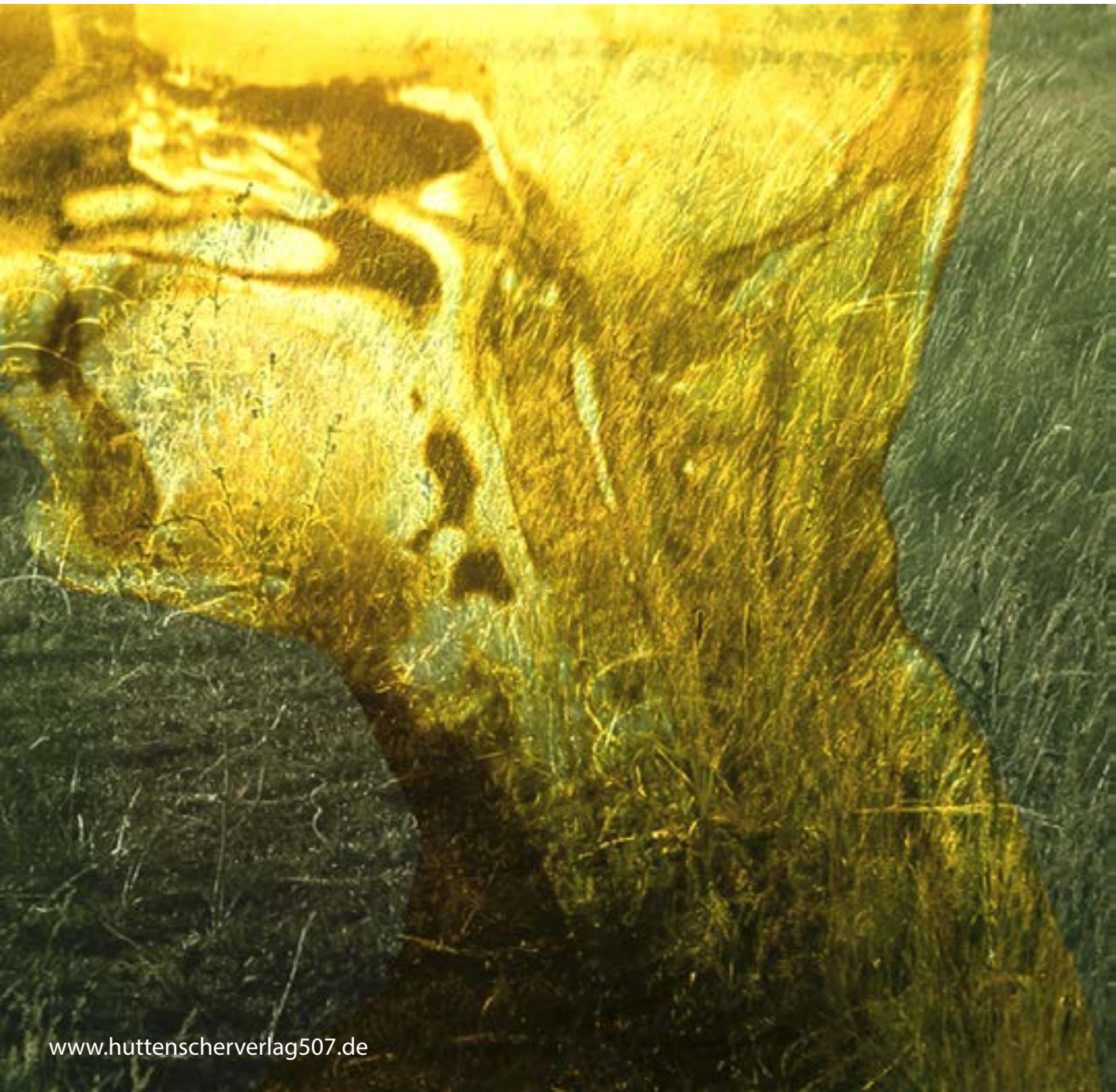


BDNC

Berufsverband
Deutscher Neurochirurgen e.V.

ANF

Arbeitsgemeinschaft
Neurochirurgischer
Fachpraxen



Inhalt

Editorial	3
G. Schuster, H. Poimann, J. Zimmermann, R. Schleupner, M. Kreienkamp, T. Stelzer Schokolade mit Chili, Erfahrungen mit den Begehungen des Bayerischen Landesamtes für Datenschutzaufsicht	5
R. Quester Stärkung ambulanter Rehabilitation als Chance zur Förderung der Teilhabe für Menschen nach schwerer Hirnverletzung	10
H. Poimann Mangelnde Kommunikation und die Folgen: 380 Tote pro Woche in Deutschland aufgrund vermeidbarer Fehler	30
Die neue DIN EN ISO 9001:2015: Was ändert sich?	39
Erfahrungsbericht über den Einsatz der DIN EN 15224	40
J. Zieher Einnahmen und Honoraroptimierung in der PKV	45
R. Meindl Das GKV-VSG und die Freiberuflichkeit: Ein Angriff auf diese? – JA!	52
BERICHTE UND INFORMATIONEN	54
AUS DEM VORSTAND DES BDNC	59
BUCHKRITIK	61
AUS DEN VERBÄNDEN	62
TERMINE	64

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

H. Poimann

Editorial

Die Gesetzgebung macht es sowohl den deutschen Krankenhäusern, als auch den Fachärzten in der ambulanten Versorgung nicht einfach. Geht es bei den Krankenhäusern im Wesentlichen um Finanzierungsfragen, finden sich im ambulanten Bereich eine Menge von neuen gesetzlichen Vorgaben und Ausführbestimmungen des G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss), in dem für den ambulanten Bereich Festlegungen getroffen werden, die die Arbeit nicht einfacher machen: So werden wir die Monatsfrist für Facharzttermine bekommen, Zweitmeinungen für aufwändige operative Behandlungen, Neuregelungen für den ambulanten Bereitschaftsdienst und und und.

Zusammen mit den verschärften Bedingungen durch das Datenschutzgesetz, neue Hygieneverordnungen, Patientenrechtegesetz und der Pflicht, ein Risikomanagement einzuführen, sind die Möglichkeiten gestiegen, in Auseinandersetzungen mit Patienten und Juristen, dass sich zunächst nur mögliche Fehlerquellen dann auch tatsächlich realisieren. Facharztverbände und Verbände für ambulantes Operieren machen sich zwar für die ambulante Versorgung stark, aber die derzeit üblichen verzögerten Vergütungsverträge – sei es EBM, sei es GOÄ – enthalten uns Erlöse vor, die dringlich benötigt werden.

In dieser Ausgabe der ZfaNch wird über die Erfahrungen des Ärztenetzes Würzburg über den Zeitraum von 3 Jahren über die Auseinandersetzungen mit dem Landesamt für

Datenschutz in Bayern berichtet. Es wird deutlich, dass von behördlicher Seite relativ wenig Verständnis für die Belange im ambulanten Bereich gezeigt wird. Es bedeutet ein langwieriges, aufwändiges Erklärungsverfahren, um darzustellen, wie das Datenschutzgesetz in der Praxis tatsächlich umgesetzt worden ist.

In Fortsetzung zum letzten Heft, in dem es um die ambulante Rehabilitation von Wirbelsäulenpatienten ging, führen wir dieses Mal in ein Thema ein, das nur wenige Patienten betrifft, aber dann umso intensiver: Ambulante Rehabilitation und Rehabilitation allgemein nach Schädel-Hirn-Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen. In einer ausführlichen Darstellung werden nicht nur die Möglichkeiten, sondern auch die Schwierigkeiten aufgezeigt, denen sich ein Behandler heutzutage stellen muss.

Menschen machen Fehler und je mehr sie unter Stress geraten, umso höher ist die Anzahl von Fehlern, die sie dann machen. Die Hauptursache sind Kommunikationsmängel. Dass aufgrund von falscher, verspäteter oder unzureichender Kommunikation in Deutschland pro Woche mehr als 380 Personen sterben müssen, ist zwar wiederholt publiziert worden, das Interesse an diesem Thema lässt allerdings noch sehr zu wünschen übrig. Der Gesundheitsminister z.B. kümmert sich lieber um Fristen bei Terminvergaben, die Bundeskanzlerin und der Bundespräsident finden sich in mehreren Reden und Aktionen für 150 Flugzeugabsturzopfer wieder. In einem ausführlichen Bericht wer-

H. Poimann

Editorial

den in dieser Ausgabe die Folgen von Kommunikationsverursachten Fehlern für das deutsche Gesundheitssystem dargestellt. Es wird aufgezeigt, wie mit bereits evidenzbasierten Möglichkeiten diesen Fehlern begegnet werden kann.

Des Weiteren gibt es Hinweise auf die neue DIN EN ISO 9001:2015 und einen ersten Erfahrungsbericht über den Einsatz der spezifischen Gesundheitsnorm DIN EN 15224 aus einem großen neurochirurgischen MVZ.

Aktuelle Informationen aus dem Vorstand des BDNC bilden den Auftakt für die Nachrichtenecke.

Nicht zuletzt gibt es eine ganze Reihe von Kurzinformationen über Aktuelles und Wissenswertes für Neurochirurgen die in Praxen und MVZ, aber auch an der Klinik tätig sind, was dazu beitragen soll, diese Arbeit letztlich effizienter zu machen.

Zwei externe Kommentare zur Wirtschaftlichkeit ergänzen dieses Kaleidoskop.

In diesem Zusammenhang möchte ich auch auf die ersten 3 Infobriefe des BDNC 2015 hinweisen.

Für den letzten Monat im Jahr wünsche ich Ihnen noch ausreichend Zeit, das Jahr für Sie solide und in jeder Hinsicht gewinnbringend abzuschließen. Mit vielleicht etwas verfrühten Wünschen für gute Feiertage und einen guten Start in das kommende Jahr 2016, was im Vergleich zum Jahr 2015 sicher nicht mit seinen neuen Herausforderungen hinter dem Berg halten wird.

Mit herzlichen kollegialen Grüßen
aus Würzburg

Ihr

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

G. Schuster, H. Poimann, J. Zimmermann, R. Schleupner, M. Kreienkamp, T. Stelzer

Schokolade mit Chili, Erfahrungen mit den Begehungen des Bayerischen Landesamtes für Datenschutzaufsicht

Die Erfahrungen der Ärztenetzwerkes Mainfranken aus den Jahren 2012 bis 2015 stellen sich wie folgt dar.

Die Datenschutzaufsicht kündigte sich per Brief an – mit Termin und Rechts- belehrung.

Im August des Jahres 2013 fanden die Inhaber einiger Praxen in Würzburg ein Schreiben des „Bayrischen Landesamtes für Datenschutzaufsicht“ in der Post. Auch unsere neurochirurgische Praxis gehörte zum Kreis der auserwählten Praxen. In dem Umschlag befand sich die Ankündigung eines Begehungstermins in ca. 14 Tagen. Das Ziel des Termins sei, den Stand der Dinge zum Thema „Datenschutz“ in der Praxis zu prüfen. Die Anwesenheit der Praxisleitung, des Datenschutzbeauftragten sowie ggf. des IT-Betreuers sei erforderlich.

Die Praxis habe Auskunftspflicht gegenüber der prüfenden Behörde gemäß §38 Ab-

satz 3 BDSG. Man könne die Auskunftspflicht verweigern, falls man sich oder einen Angehörigen durch die Auskunft der strafrechtlichen Verfolgung aussetzen würde. Nach einer kurzen Abwägung zwischen „Fliehen“, „Ignorieren“ und „Kämpfen“ entschieden wir uns für den Griff zum Telefonhörer.

Freundliche Mitarbeiter in der Behörde nahmen dem Schreiben die erste Schärfe

Ein Anruf bei der Behörde brachte einen Erkenntnisgewinn: Statt der erwarteten, kämpferisch ausgerichteten Mitarbeiterin fand sich am anderen Ende der Leitung eine Dame, vermutlich eher jüngeren Alters, die freundlich erklärte, dass man eigentlich dazu da sei, die Praxen bei der Umsetzung des Datenschutzes zu unterstützen. Eine Verschiebung des Termins auf einige Tage später sei grundsätzlich kein Problem. Am Tag der Prüfung würden zwei Personen – ein Experte für Datenschutz und ein Mitarbeiter mit Expertise in EDV-Sicherheit – für ca. zwei Stunden die Praxis besuchen und die Umsetzung des Datenschutzes genauer unter die Lupe nehmen. Natürlich stünde man bei Fragen aller Art gerne zur Verfügung.

Alle Praxen hatten vor den Prüfungen noch etwas zu tun. Auch Praxen mit QM-Erfahrung.

In der Zeit zwischen dem ersten Telefonat mit der Behörde und dem tatsächlichen Prüfungstag starteten in den ausgewählten Würzbur-

Angekündigte Prüfungsthemen der Datenschutzaufsicht:

- ▶ Diskretion am Empfang
- ▶ Zulässigkeit der Weitergabe von Daten an externe Stellen
- ▶ Rechte der Betroffenen (§33ff BDSG)
- ▶ Beauftragter für den Datenschutz samt Prüfkompentenz, Sachkunde etc.
- ▶ Verpflichtung auf das Datengeheimnis
- ▶ Technische und organisatorische Datensicherheitsmaßnahmen (§9 BDSG)
- ▶ Externes und internes Verfahrrensverzeichnis



ger Praxen Aktivitäten unterschiedlichster Art. Einige Praxen waren recht gut aufgestellt, für alle Praxen war jedoch noch etwas zu tun. Selbst Praxen, die seit langer Zeit QM-zertifiziert waren, hatten definitiv nicht alle Anforderungen umgesetzt. Vor Allem die Erstellung der internen und externen Verfahrensverzeichnisse machte Arbeit – verschaffte allen beteiligten Praxen jedoch auch einen guten Überblick über den Stand der Dinge.

Die Verträge mit den Softwarehäusern waren eine echte Herausforderung

Eine echte Herausforderung war die Regelung der Verträge mit den Softwarehäusern – vor Allem in den Fällen, in denen Praxen auf das Hilfsmittel der Fernwartung zurückgriffen. Dann mussten Verträge nach §11 BDSG („Auftragsdatenverarbeitung“) geschlossen werden. In diesen Verträgen muss das Softwarehaus seine Sicherungsmaßnahmen für die Daten der Kunden detailliert beschreiben. Die Praxis erhält grundsätzlich die Möglichkeit, die Umsetzung der Datensicherheitsmaßnahmen in den Geschäftsräumen der Softwarehäuser zu prüfen. Es war zu erwarten, dass gerade dieser Punkt den jeweiligen Partnern nicht „schmecken“ würde. Einige Häuser verweigerten den Vertrag vollständig. Um die Praxen in dieser – strafrechtlich für die Praxisinhaber relevanten – Situation holten sich die Datenschutzbeauftragten aktiv Unterstützung von der Datenschutzaufsicht. Inzwischen (2 Jahre später) halten die meisten Softwarehäuser Verträge vor, die den Anforderungen des §11 BDSG entsprechen. Wichtig ist, dass die Praxen diese Verträge aktiv einholen müssen. Es ist uns kein Softwarehaus bekannt, dass die Praxen aktiv über dieses Thema informiert.

Die Verpflichtung zur Schweigepflicht ist strenger als das Datenschutzgesetz

Oftmals steckte der Teufel im Detail: Welche Daten dürfen wann an die Klinik weitergegeben werden? Welche Informationen kann die Krankenkasse auf Anfrage erhalten, welche nicht? Hier kam als zweite gesetzliche Grundlage die Schweigepflicht ins Spiel. Alle Praxen mussten lernen, dass die Schweigepflicht noch stärkere Anforderungen setzt als das Bundesdatenschutzgesetz.

Eine Praxis bat einen externen EDV-Spezialisten, die Datensicherheit in der Praxis gemeinsam mit der langjährig assoziierten EDV-Firma zu auditieren – mit durchaus spannenden Ergebnissen und Verbesserungsansätzen.

Auftragsdatenverarbeitung nach §11 BDSG:

Nach §11 Abs. 5 des BDSG handelt es sich bei der „Prüfung oder Wartung von Datenverarbeitungsanlagen durch andere Stellen“ um eine sogenannte „Auftragsdatenverarbeitung“, da hierbei der „Zugang zu personenbezogenen Daten nicht sicher ausgeschlossen werden kann“. Daher muss vor der Inanspruchnahme solcher Leistungen ein Vertrag nach § 11 BDSG zur Auftragsdatenverarbeitung abgeschlossen werden. Der Arzt hat hierbei die sogenannte Kontrollpflicht – schließlich haftet er gegenüber dem Patienten für die Sicherheit der Daten. Dies heißt, der Praxisinhaber oder ein beauftragter Mitarbeiter muss regelmäßig überprüfen, ob die Software- und die EDV-Firmen datenschutzrechtlich korrekt arbeiten und strikt nach seinen Weisungen vorgehen. Auf eine Vor-Ort-Kontrolle kann ggf. verzichtet werden, wenn von der betreffenden Firma ein schlüssiges Datensicherheitskonzept und ein aussagekräftiges Protokoll eines dort durchgeführten externen Datenschutz-Audits vorgelegt wird. Die Kontrollen müssen in regelmäßigen Abständen (mindestens alle 3 Jahre) erfolgen.



Freundliche, kompetente Prüfer mit – damals – noch wenig Erfahrung im Gesundheitswesen

Am Tag der Begehung waren alle Mitarbeiter (und Praxisinhaber) sehr nervös. Insgesamt wurde jedoch deutlich, dass die Prüfer der Landesdatenschutzaufsicht sehr freundliche und kompetente Menschen sind – und zum damaligen Zeitpunkt noch sehr wenig über das Gesundheitswesen wussten. Wer Audits aus dem Bereich QM kennt, war zum Teil erstaunt darüber, dass doch deutliche Verbesserungspotentiale in der Frage- und Prüftechnik zu erkennen waren.

In den vergangenen zwei Jahren ist das Wissen um die internen Vorgänge im Gesundheitswesen auch bei den Mitarbeitern des Landesamtes für Gesundheit gewachsen. Dennoch ergibt sich – wie wir später noch darstellen – gelegentlich eine stabile Inkompatibilität zwischen den Ideen des Datenschutzes und dem täglichen Leben in einer Arztpraxis.

Am Ende ging alles gut – weil Wissen zum Datenschutz vorhanden war.

Alle Begehungen, die dem Team der Würzburger Genossenschaft bekannt wurden, sind gut verlaufen. Bußgelder wurden keine verhängt, die Prüfer fanden eher viel Anlass zu Lob. Einige Praxen erhielten hilfreiche Hinweise, wie die Sicherheit der Daten effizient zu verbessern ist. Das gute Ende der Geschichte ist jedoch sicherlich auch der Tatsache geschuldet, dass in der Region Würzburg ein solides Wissen zum Datenschutz vorhanden war, das kurzfristig aktiviert werden konnte. Etliche der angeschriebenen Praxen kamen – vermutlich aufgrund von Arbeitsüberlastung auf Seiten der prüfenden Behör-

de – sogar um die eigentlich terminierte Prüfung herum.

Echte Herausforderungen für alle Praxen ohne QM-System bei erwartungsgemäß steigenden Anforderungen durch die Behörden.

Die Grundlagen zum Datenschutz, die in gängigen QM-Systemen nach DIN EN ISO 9001 und QEP® verlangt werden, reichen bei Weitem nicht aus, um eine Prüfung der Datenschutzbehörden gut zu bestehen. Praxen ohne fortgeschrittenes QM-System werden sich erheblichen Schwierigkeiten gegenüber sehen.

Schokolade mit Chili

Insgesamt erlebten wir die Begehung ein wenig wie Schokolade mit Chili – im Wesentlichen süßer als erwartet, aber durchaus mit scharfem Beigeschmack. Die Prüfer, die in den Würzburger Praxen unterwegs waren, zeigten sich menschlich.

Es ist gewiss keiner Praxis zu raten, unvorbereitet in diese Prüfungen zu gehen – mit einer soliden Vorbereitung ist die Begehung jedoch zu meistern.

Herausforderungen

In den verschiedenen Gesprächen mit dem Landesamt für Datenschutz-Aufsicht ließen sich in den vergangenen Jahren die meisten Herausforderungen kooperativ und gut lösen. Zwei Schwierigkeiten bleiben jedoch noch im Fokus der Überlegungen:

1. Verpflichtung zur Datenvermeidung und Datensparsamkeit (§ 3a BDSG) versus Haftungsrelevanz und Chronizität der Krankheitsverläufe, gerade im Bereich der (Neuro-)chirurgie



Das Bundesdatenschutzgesetz gibt vor, mit Daten sparsam umzugehen. Im Rahmen dessen hat das Landesamt für Datenschutzaufsicht eine Neurochirurgische Praxis, die Patientendaten nach 10 Jahren systematisch zu löschen. Im Hinblick auf die häufig chronischen Verläufe der Patienten und die haftungsrechtliche Relevanz der Daten für die Praxis ergibt sich hier ein deutliches Spannungsfeld. Aktuell hat die Praxis dem Landesamt für Datenschutzaufsicht vorgeschlagen, die Patienten im Rahmen des Aufnahmebogens zu fragen, ob die Daten länger als 10 Jahre gespeichert werden dürfen. Die Gespräche zwischen der betroffenen Praxis und dem Landesamt für Datenschutz dauern an.

2. Verpflichtung zur Datenvermeidung und Datensparsamkeit (wieder: §3a BDSG) versus Praxis-Software.

Viele der gängigen Praxis-Softwares sind aktuell noch nicht in der Lage, systematisch und auf den Tag genau Patientendaten zu löschen, zu anonymisieren oder zu pseudonymisieren. Eine händische Umsetzung der Anforderung (oder der Wechsel der Praxis-Software) lassen sich ökonomisch in keiner Weise abbilden. Hier werden weitere Gespräche mit den Software-Anbietern folgen müssen.

Ausblick: Das Thema gewinnt an Bedeutung, die technischen Routineprüfungen werden zunehmen.

Die Prüfbehörden im Bereich des Datenschutzes haben durch ihre Begehungen Vieles erreicht. Die Mitarbeiter der Behörden ha-

ben erhebliche Kompetenz rund um die relevanten Fragen im Gesundheitswesen aufbauen können. Sowohl die Praxen, als auch die umgebenden Dienstleister wie z.B. Softwarehäuser sind dem wichtigen Thema Datenschutz- und Datensicherheit näher gerückt. Dies ist ein Prozess, der notwendig war und sich erst am Anfang befindet.

Um die vorhandenen Ressourcen in den Landesämtern effizienter einzusetzen, werden aktuell die Prüfroutinen umgestellt. Technische Routineprüfungen werden in den kommenden Monaten im Fokus der Arbeit der Landesämter für Datenschutzaufsicht stehen.

Das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA) hat z.B. in den vergangenen Monaten eine automatisierte Onlineprüfung bei Mailservern bayerischer Firmen und Praxen mit dem Ziel durchgeführt, die Verwendung bestimmter Verschlüsselungsmöglichkeiten zum Schutz personenbezogener Daten zu kontrollieren (nach Anlage zu § 9 Satz 1 BDSG). Bei den überprüften verantwortlichen Stellen handelt es sich um eine rein zufällig ausgewählte und branchenübergreifende Stichprobe in ganz Bayern. Details zur Prüfung, dem Ziel und der eingesetzten Technik findet sich auf der Homepage der Behörde unter <http://www.lida.bayern.de/onlinepruefung>.

Es empfiehlt sich daher, auf die Sicherheit der eingesetzten Software sowie Lücken z.B. in der Homepage ein verstärktes Augenmerk zu richten.

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

Stärkung ambulanter Rehabilitation als Chance zur Förderung der Teilhabe für Menschen nach schwerer Hirnverletzung

1 Einleitung

Hirnverletzungen führen insbesondere bei schwerer Verletzung oft zu einschneidenden Veränderungen, durch die das Leben der Betroffenen und ihrer Familien komplett aus der Bahn geraten kann. Die Erstbehandlung nach Schädelhirnverletzung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter funktioniert dank eines ausgebauten Rettungswesens sowie verbesserter medizinischer Diagnostik und Behandlungsmethoden in der Regel gut. Auch qualifizierte Möglichkeiten einer anschließenden Rehabilitationsbehandlung sind gegeben. Sie werden aber bei Kindern noch nicht in allen Fällen zeitnah und in ausreichendem Maß genutzt. Unbefriedigend ist noch immer die notwendige langfristige Nachsorge der Patienten. Vorhandene ambulante Therapieeinrichtungen, Personal und Ressourcen reichen nicht aus, um flächendeckend die Langzeitförderung zu gewährleisten. Bekannt sind aber auch Fälle, dass selbst angebotene Fördermaßnahmen nicht in ausreichendem Maß genutzt werden.

Die in der Regel durch Hirnverletzungen erworbenen neuropsychologischen Funktionsbeeinträchtigungen erfordern langfristig ausgerichtetes psychologisches Training und Unterstützung der Betroffenen und ihrer Familien, um die Lebenskrisen infolge der Krankheit zu bewältigen. Oft fehlt es an solchen Angeboten und deren Finanzierung, was die Rückbildungschancen der kognitiven Fähigkeitsstörungen schmälern kann.

Besonders bei schweren Verletzungen verbleiben häufig anhaltende Lern- und Verhaltensstörungen, welche die schulischberufliche Eingliederung gefährden. Eine besondere Schlüsselfunktion kommt hierbei den Lehrern und Lehrerinnen mit sonderpädagogischer Kompetenz zu. Entscheidungen über den bestmöglichen Förderrahmen sind schwierig und stellen alle Beteiligten oft vor große Probleme. Durch die Förderung gilt es nicht nur schrittweise Fähigkeiten wiederherzustellen, sondern auch wichtige Entwicklungsschritte, die durch die Erkrankung beeinträchtigt wurden, zu kompensieren. In der Regel ist es therapeutisch nur durch umfassende Maßnahmen möglich, die infolge der erworbenen hirnnorganischen Schädigungen bedingte erschwerte Persönlichkeitsentwicklung zu stärken. Eine Verbindung rehabilitativer Behandlungen und bildungsbezogener Fördermaßnahmen ist notwendig, um eine zunehmende Entfaltung vorhandener Kompetenzen zu fördern und die Rückbildung von Fähigkeitsstörungen positiv zu unterstützen.

Die Ermittlung detaillierter Daten über Erholungs- und Integrationsverläufe sind für eine verbesserte Integration der Betroffenen wichtig, da sie aus der Literatur nur ansatzweise zu entnehmen sind. Damit ermöglichen sie nicht, Probleme und Chancen genauer einzuschätzen. Insbesondere gilt dies für bislang kaum erfasste Wechselwirkungen von verletzungsbedingten organischen Funktionsstörungen und psychosozialen



alen Einflussfaktoren. Die Untersuchungsergebnisse sind jedoch für eine Förderplanung medizinisch, pädagogisch und sozialwissenschaftlich sowie für Versorgungsforschung, Bildungs-, Gesundheits- und Sozialpolitik wichtig.

2 Epidemiologie

Schädelhirnverletzungen sind eine der Hauptursachen erworbener Behinderungen und Todesfällen (Colantonio et al., 2009). Zur Anzahl der Neuerkrankungen pro Jahr und Gesamtzahl der Betroffenen in Deutschland liegen nur wenige Daten vor. Daher haben Rickels et al. (2006) in einer Studie über regionale Datengewinnung durch Hochrechnung ermittelt, dass es in Deutschland jährlich zu 332 Neuerkrankungen pro 100 000 Einwohner kommt. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung von ca. 82 Mio. Menschen ergibt dies insgesamt 270 000 Neuerkrankungen pro anno in allen Altersstufen. Hieraus lassen sich nur begrenzt Angaben über Kinder und Jugendliche ableiten.

Um zu deren Einschätzung zu kommen, werden Ergebnisse der Studien von Grosswasser et al. (1985) und Costeff et al. (1990) aus Israel einbezogen. Hiernach tritt pro 100 000 Kinder jährlich eine Neuerkrankung durch schwere Schädelhirnverletzung auf. Das entspricht 0,01% der Gesamtbevölkerung im Kindesalter. Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (2001) gab es zum Stichtag 31.12.1999 in Deutschland 15 642 023 (=100 %) Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren. Hieraus ergibt sich für Deutschland unter Berücksichtigung obiger Daten (0,01%) aus Israel eine

jährliche Neuerkrankungszahl von 1564 Betroffenen mit schwerer Hirnverletzung.

Nach der Studie von Rickels et al. (2006) kommt es bei 0,19 % der Gesamtbevölkerung aller Altersstufen in Deutschland zu leichten und mittelschweren Hirnverletzungen. Unter Einbeziehung der ermittelten Häufigkeit von 0,01% für Kinder und Jugendliche mit schweren Hirnverletzungen beträgt in Deutschland der Anteil von Neuerkrankungen an Schädelhirnverletzungen der Gesamtbevölkerung 0,20 %. Dies bedeutet eine Gesamtzahl von 31280 Kindern und Jugendlichen mit Hirnverletzungen aller Schweregrade.

3 Ursachen

Unfälle. Etwa 50–55 % der Verletzungen treten bei Verkehrsunfällen als Automobil- und Fahrradfahrer bzw. als Fußgänger auf (National Institutes of Health Consensus Development Panel of Persons With Traumatic Brain Injury, 1999). Verbesserte Technik und Sicherheitsmaßnahmen haben in den letzten Jahren zu einer verminderten Zahl von Todesopfern geführt. Weitere Unfallursachen sind Sportunfälle und Stürze. Letztere betreffen hauptsächlich ältere Menschen und Kleinkinder.

Gewaltanwendung. Hirnverletzungen infolge von Gewaltanwendung liegen nach Untersuchungen aus den USA in 20 % aller Fälle vor (National Institutes of Health Consensus Development Panel of Persons With Traumatic Brain Injury, 1999). Dem größten Risiko für Gewalt auf der Straße sind Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 15 und 24 Jahren ausgesetzt. Für Deutschland wird



allerdings angenommen, dass die Gewaltbereitschaft wahrscheinlich niedriger liegen dürfte.

4 Ausprägung, Alters- und Geschlechtsverteilung

Ausprägung und Altersverteilung sind extrem unterschiedlich. Nach Angaben der National Institutes of Health (1999) liegt die höchste Auftretenswahrscheinlichkeit Betroffener im Alter von 15–24 Jahren sowie 75 Jahre und älter. Eine etwas geringere, aber doch ausgeprägte Auftretenswahrscheinlichkeit besteht innerhalb der ersten 5 Lebensjahre. Auch die Geschlechtsverteilung ist unterschiedlich. Nach einer Untersuchung von Rickels et al. (2006) erleiden mit 58,4% deutlich mehr Männer eine Hirnverletzung als Frauen.

Zu den neurologischen Defiziten zählen häufig Einschränkungen der Motorik, der Sensibilität, Koordination und Wahrnehmung, aber auch oft des Sehens, welche den neurologischen Rehabilitationsprozess erschweren. Oft bleiben selbst nach langfristiger Rehabilitation Beeinträchtigungen fortbestehen, welche die Verrichtung von Alltagsstätigkeiten einschränken. Sie führen auch zu Beeinträchtigungen schulischer und berufsorientierter Leistungsfähigkeit und Teilhabe. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit ambulanter Weiterbehandlung sowie Nachsorge und Verlaufsbeobachtungen, einschließlich neuropsychologischer und ggf. logopädischer Kontrolluntersuchungen.

Neurokognitive Störungen. Durch eine akutmedizinische Behandlung mit frühzeitig einsetzender Frührehabilitation und

Frühmobilisation ist es vielfach möglich, zu einer Besserung komplexer neuropsychologischer Leistungseinschränkungen beizutragen. Bereits in diesen frühen Phasen der Rückbildung der Störungen kommt einer gezielten neuropsychologischen Behandlung ein hoher Stellenwert zu. Aufgrund der häufig noch deutlich eingeschränkten Belastungsfähigkeit und des Ausmaßes der Störungen können diese Maßnahmen allerdings oft nur zeitlich limitiert zum Einsatz kommen, um Überforderungen zu vermeiden. Auch ist dieses Vorgehen für die Vermeidung von Frustrationen und damit verbundene nachlassende Motivation wichtig.

Schwieriger als in der Phase stationärer Rehabilitation stellt sich aber nach wie vor die Sicherung der Fortführung dieser neuropsychologischen Trainingsmaßnahmen in der anschließenden Phase ambulanter Rehabilitation und Nachsorge dar, die sich meist über Jahre erstreckt. Dabei besteht nach wie vor bundesweit ein Mangel an entsprechenden Einrichtungen. Zwar haben sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Finanzierung neuropsychologischer Behandlungen verbessert, nach den aktuellen klinischen Erkenntnissen kommt es aber noch zu selten zu entsprechenden Kostenübernahmen. Auch die wissenschaftlichen Untersuchungsergebnisse bestätigen diese Tendenz bis dato.

Aus neurologischer Sicht sind intensive Anstrengungen zu fördern, dass sich diese Lücken der Behandlungskette zunehmend abbauen lassen. Dies ist umso wichtiger, da ein hoher Anteil von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen noch erhebliche neuropsychologische Defizite aufweisen, welche

die Teilhabe einschränken (vgl. Tab. 1–3). Art und Ausprägung der Symptome zeigen dabei eine erhebliche Variationsbreite. Teilweise sind zahlreiche Leistungsbereiche betroffen, teilweise aber auch nur einzelne Teilleistungen, während andere Funktionen unbeeinträchtigt sind.

Tab. 1: Formen von Aufmerksamkeitsstörungen nach Schädelhirnverletzung im Kindes- und Jugendalter und ihre Auswirkungen

- ▷ Reduzierte Reaktionsgeschwindigkeit
- ▷ Erschwerte Aufmerksamkeitszuwendung
- ▷ Eingeschränkte Daueraufmerksamkeit
- ▷ Beeinträchtigungen gezielter Reaktionsauswahl (selektive Aufmerksamkeit)
- ▷ Eingeschränkte Unterdrückung der Ablenkung durch unwichtige Reize (selektive Aufmerksamkeit)
- ▷ Beeinträchtigte Fähigkeit mehrere Reizmodalitäten bzw. Informationsquellen gleichzeitig zu berücksichtigen (geteilte Aufmerksamkeit)
- ▷ Mangelnde Flexibilität in der Einstellung auf unterschiedliche Situationen
- ▷ Lern- und Leistungsprobleme durch Aufmerksamkeitsprobleme
- ▷ Gefahr der Entwicklung unangepassten Arbeits- und Sozialverhaltens

Hauptprobleme sind kognitive Beeinträchtigungen in Form länger anhaltender Störungen von Aufmerksamkeit, Informationsverarbeitung, Gedächtnis und Lernfähigkeit, aber auch Aphasien. Sie stellen häufig an Förderung und Therapie große Anforderungen (Benz et al., 1999; Klonoff et al., 1993; Quester, 2008; Yeates et al., 2005; Wieland et al., 2001). Auch erfordert es vielfach immer wieder die Betroffenen zu motivieren, in ihren Bemühungen nicht nachzulassen. Da es meist nur über lange Zeiträume und meist ausschließlich schrittweise zu Verbesserungen von Art und Ausmaß der Fähigkeitsstörungen kommt, stellt dieser Prozess

Tab. 2: Formen von Gedächtnisstörungen nach Schädelhirnverletzung im Kindes- und Jugendalter und ihre Auswirkungen

- ▷ Störungen des Altgedächtnisses
- ▷ Beeinträchtigungen der Abrufleistungen des Gedächtnisses
- ▷ Einschränkungen der Speicherprozesse der Gedächtnisbildung
- ▷ Störungen des Kurzzeitgedächtnisses
- ▷ Störungen des Langzeitgedächtnisses betreffen meist das Arbeitsgedächtnis
- ▷ Störungen der Auswahl von Informationen zur Speicherung in Kurz- und Langzeitgedächtnis
- ▷ Gedächtnisstörungen können die Fähigkeit zum Neu-Lernen in Schule, Beruf und sozialem Leben einschränken
- ▷ Verlust erworbener Inhalte des Gedächtnisses kann zur Reduktion bereits vor dem Unfall vorhandener Wissensinhalte und Fähigkeiten führen

Tab. 3: Weitere neuropsychologische Beeinträchtigungen nach Schädelhirnverletzung im Kindes- und Jugendalter und ihre Auswirkungen

- ▷ Reduzierte Beurteilungsfähigkeit
- ▷ Einschränkungen der Planungs- und Handlungsfähigkeit
- ▷ Störungen der Sprache und der Kommunikation
- ▷ Eingeschränkte räumliche Wahrnehmung
- ▷ Beeinträchtigung intellektueller Fähigkeiten, vor allem der Lernkompetenzen
- ▷ Entwicklung von Lese- und Rechtschreibstörungen
- ▷ Rechenschwäche
- ▷ Gestörtes soziales Lernen
- ▷ Reduzierte Fähigkeit der Selbstbeobachtung und der Verhaltenskontrolle
- ▷ Eingeschränkte Bewusstheit der Beschwerden mit der Gefahr der Verkennung von Beschwerden und der Entwicklung unrealistischer Einschätzungen der Leistungsfähigkeit

auch seitens der Betroffenen hohe Anforderungen. Trainings- und Übungsmaßnahmen sind auch nach Abschluss der stationären Rehabilitation weiterhin vielfach über Jahre, wenn nicht sogar lebenslang, anstrengend. Erschwerend wirkt sich dabei aus, dass



auch die Belastungsfähigkeit verletzungsbedingt weiterhin deutlich eingeschränkt ist. Vielfach kann daher lange Zeit nur über 1–2 Stunden pro Tag ein neuropsychologisches Training umgesetzt werden. Teilweise liegt die Belastungsfähigkeit auch unterhalb von einer Stunde pro Tag. Somit kommt es auf eine jeweilige genaue Abwägung der individuell bestehenden Leistungsfähigkeit an, um ausreichend zu fördern und zu fordern, ohne aber zu überfordern. Infolge der meist nur mit großem Aufwand langsam erreichbaren Fortschritte muss therapeutisch gleichzeitig immer wieder ermutigt und bestärkt werden, um Gefahren der Entmutigung und durch Enttäuschungen der Betroffenen entgegen zu wirken, die zu gerne sähen, wenn sie wieder die Leistungen erbringen könnten, welche vor der Hirnverletzung möglich waren.

Durch die bestehenden kognitiven Beeinträchtigungen resultieren gleichzeitig in der Regel reduzierte Fähigkeiten neue Kompetenzen zu erwerben, was auch die Sozialisation im Alltag, in Schule und Freizeit erschwert (Ewing-Cobbs et al., 1997; Fay et al., 1994; Johnson et al., 2006; Keenan and Bratton, 2006; Massagli et al., 1996; Quester und Klug, 2003).

So kann bereits im frühen Kindesalter durch kognitive Beeinträchtigungen der Erwerb der Lese- und Schreibfähigkeit deutlich erschwert sein, was ohne entsprechende Fördermaßnahmen zu erheblichen Schwierigkeiten der späteren beruflichen und persönlichen Perspektive führen kann.

Besondere Fördermaßnahmen für schädelhirnverletzte Betroffene wären daher auch in der beruflichen Bildung und be-

gleitend zum Beruf erforderlich, um bessere Chancen einer beruflichen Teilhabe zu ermöglichen.

Störungen der sozialen Kompetenzen. Das langfristige Fortbestehen von Leistungseinträchtigungen in Form neuropsychologischer Fähigkeiten fördert auch eine gestörte Sozialisation, was nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für ihre Familien von Bedeutung ist. Erschwerend kommen Probleme in der Bewältigung des Lebenschnitts durch die Hirnverletzung hinzu. Auch hier fehlt es nach klinischen und wissenschaftlichen Erkenntnissen an ausreichender Hilfe und Unterstützung.

Zusätzlich zu diesen psychosozialen Folgen können aber auch unmittelbare Beeinträchtigungen des Verhaltens und der Fähigkeiten der Selbst und Fremdwahrnehmung zu Störungen sozialer Interaktionen und Anpassungsproblemen führen. Besonders bei Schädigungen im Bereich des Frontalhirns können Störungen der Planungs- und Handlungskompetenzen zu zusätzlichen schweren Störungen der Sozialisation im Alltag führen. Beziehungsprobleme und Spannungen mit anderen Bezugspersonen sind häufig zu beobachten.

Die Störungen sozialer Kompetenzen erfordern intensive unterstützende Maßnahmen, die langfristig auszurichten sind. Hierdurch wird erwartet, dass sich auch der Erfolg der sozialen Teilhabe bessern ließe. Bislang wird zwar eher von einer ungünstigeren Prognose, im Vergleich zur Rückbildungsfähigkeit kognitiver Beeinträchtigungen ausgegangen, dies dürfte aber vorrangig Ausdruck eines Mangels an gezielten Interventionen sein. Die ersten wissenschaftli-



chen Untersuchungsergebnisse zur Verstärkung solcher Angebote sind eher als ermutigend zu bezeichnen.

Insofern dürfte Hoffnung angezeigt sein, trotz der herausfordernden Aufgaben weitere spürbare Erfolge zu erreichen sein dürfen. Die in weiten Bereichen bislang aber fehlenden psychosozial ausreichenden Interventionen dürften der Hauptgrund dafür sein, dass die Störungen es im weiteren Entwicklungsverlauf zu zunehmend negativen Auswirkungen auf die soziale und berufliche Anpassungsfähigkeit und Beziehungen zu Gleichaltrigen führen (Yeates et al., 2007). Damit droht eine negative Entwicklungsspirale in Richtung chronischer sozialer Probleme bis hin zu Invalidität und Berufsunfähigkeit. Obwohl es selbstverständlich ist, dass berufliche Teilhabe nur durch individuell angepasste Teilhabeleistungen erfolgt, findet dies zu selten statt. Aufgabe eigener wissenschaftlicher Untersuchungen ist es, Ursachen hierfür festzustellen und Lösungswege aufzuzeigen.

Besonders gefährdet sind Kinder und Jugendliche, bei denen ungünstige sozioökonomische Verhältnisse bestehen (Yeates et al., 2007). Hierdurch werden der Rückbildungsverlauf von Störungen und das Integrationsvermögen zusätzlich gehemmt. Ähnlich wirken sich auch gestörte Verhaltensweisen der Eltern untereinander oder zu ihren Kindern aus.

Nach wie vor fehlt es aber im Hinblick auf die Entwicklung von Behandlungskonzepten auch an umfassenden therapierelevanten genaueren Untersuchungsergebnissen zu Art, Ausmaß und Auswirkung von psychosozialen Problemen, die mit der Hirnver-

letzung und möglichen Funktionsstörungen einhergehen können. Sie beeinflussen in hohem Maß die persönliche und gesellschaftliche Entwicklung der Betroffenen im häuslichen, schulischen und beruflichen Umfeld (Parker et al., 2006; Rubin et al., 2006). Die Untersuchungsmöglichkeiten zur Erfassung der sozialen Integration sind nach Yeates et al. (2007) bislang auch durch einen Mangel an Messinstrumenten und Modellen zur sozialen Funktionsfähigkeit begrenzt geblieben. Verbesserte Untersuchungs- und Auswertungsmethoden ermöglichen zukünftig ein tieferes Verstehen neuronaler Grundlagen und sozial- kognitiver Prozesse, die der sozialen Entwicklung und ihrer Störungen zugrunde liegen.

Gefahr der Verkennung von Symptomen. Häufig verkannt werden kognitive Störungen, die sich oft erst im Verlauf differenzierter neuropsychologischer Untersuchungen erschließen lassen. Sie führen zu Veränderungen des Erlebens und Verhaltens sowie psychischen Störungen. Langfristig können sie die Integration deutlich hemmen. Mangelnde Verhaltenskontrolle führt oft zu sozial unverträglichem Verhalten und erhöhter Aggressivität.

Hirnorganisch und reaktiv bedingte Veränderungen in Erleben und Verhalten sowie das Auftreten psychischer Störungen werden nach den Angaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vielfach unterschätzt und zu wenig beachtet. Sie bleiben trotz Rückbildung anderer funktioneller Störungen, selbst nach leichter Verletzung, häufig lange fortbestehen und können die Integration in Schule und Beruf deutlich hemmen.

5 Behandlung und Förderung

Von der Akutbehandlung über die stationäre und ambulante Rehabilitation bis zur Rückkehr in ein möglichst selbstbestimmtes Leben ist häufig ein langer und mühevoller Weg zurückzulegen, um mit Hilfe geeigneter Fördermaßnahmen Alltag, Schule und Ausbildung sowie Umgang mit anderen zu bewältigen (Quester, 2008). Hierbei kommt auch der Vermittlung von Strategien und Kompetenzen besondere Bedeutung zu, mit deren Hilfe die Betroffenen zunehmend in die Lage versetzt werden, selber aktiv daran mitzuwirken, sich zunehmend mehr zu befähigen ihr Leben zu gestalten. Eine Fortentwicklung bestehender Behandlungs- und Förderkonzepte in Richtung einer stärkeren Einbeziehung einer aktiven Mitgestaltung aller Planungs- und Handlungsschritte von Seiten der betroffenen Menschen gewinnt nach den gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnissen zunehmend an Bedeutung. Nur hierdurch kann eine Stärkung der Mitbestimmungs- und Selbstgestaltungskompetenzen entfaltet werden, was für den Erfolg aller Maßnahmen wichtig ist. Hierbei kommt individuell ausgerichteter ärztlichtherapeutischer, psychologischer, pflegerischer und pädagogischer Unterstützung und Förderung häufig lebenslang Relevanz zu. Große Unterschiede bestehen dabei aufgrund von Art und Umfang der Verletzungsfolgen.

Ziel der Behandlungsmaßnahmen ist nicht nur die Förderung der Rückbildung verletzungsbedingter Fähigkeitsstörungen und die Entwicklung wirksamer Kompensationsstrategien, sondern gleichzeitig auch die Verhinderung bzw. Minimierung langfristig drohen-

der Entwicklungs- oder Verhaltensstörungen, welche die Integration der jungen Menschen dauerhaft gefährden können.

Wesentlichen Einfluss auf Behandlung und Heilung haben neben der neurochirurgischen Akutversorgung in Verbindung mit der sozialen Unterstützung durch Familie und Umfeld ausreichende Möglichkeiten zur Nutzung hochspezialisierter stationärer und ambulanter rehabilitativer Angebote bis hin zu koordiniert durchgeführten Leistungen der Nachsorge.

Nicht abgeschlossene Entwicklungsschritte der Persönlichkeitsbildung zum Zeitpunkt des Eintretens der Hirnverletzung erschweren im Kindes- und Jugendalter Heilung und Integration. Verletzungsbedingte Beeinträchtigungen der sozialen Informationsverarbeitung können sich hemmend auf die Gewinnung sozialer Erfahrungen auswirken. Ohne entsprechend frühzeitig eingeleitete Fördermaßnahmen ist es sehr schwierig, diesen Prozess zu stoppen und umzukehren (Coie, 1990).

Die im Vordergrund stehenden Entwicklungs- und Lernbeeinträchtigungen wirken sich hemmend auf die weitere schulische, berufliche und soziale Teilhabe aus und sind Risikofaktor für die weitere Entwicklung (Anderson et al., 2005; Dennis et al., 1998). Ziel langfristiger Rehabilitation ist die Förderung des Erholungsverlaufs und eine bestmögliche Teilhabe in allen Lebensbereichen. Intensives Engagement und Interventionsangebote, welche den Teilhabeprozess unterstützen, sind notwendig. Nur so können die gesundheitliche Entwicklung und leistungsgerechte schrittweise Rückkehr und Eingliederung in den Bildungsweg bewältigt



werden. Dies ist die Grundlage, um auch berufliche Qualifizierung und Beschäftigungschancen auf dem ersten Arbeitsmarkt möglich zu machen.

Der häufig lebenslange Rehabilitations- und Teilhabeprozess bedeutet jeweils unter den gegebenen Anforderungen eine Feststellung des aktuellen individuellen funktionsbezogenen Bedarfs, um Leistungen anzupassen. Die Förderung der Teilhabechancen setzt unter Einsatz von Unterstützungsangeboten eine Stärkung der vorhandenen Fähigkeiten mit Wiedergewinnung verlorener Potentiale voraus. Gleichzeitig sind die vor dem Unfall gegebenen Entwicklungspotentiale wieder aufzubauen. Wesentliche Voraussetzung ist dabei eine Förderung, die sich an der Lebenswelt des sozialen und schulisch-beruflichen Umfelds orientiert. Dabei kommt es immer wieder zu unterschiedlichen Problemen, welches die Erarbeitung von individuellen Lösungswegen bedeutet. Die Bewältigung psychischer und sozialer Probleme erfordert zusätzliche Hilfsangebote. Sie ist durch die Unterstützung der Familie allein selten erreichbar. Besonders problematisch stellt sich die Entwicklung bei sozial benachteiligten Personengruppen dar. Hierbei drohen durch wechselseitige ungünstige Einflüsse soziales und gesundheitliches Scheitern. Zusätzliche Risikofaktoren sind langfristig drohende Entwicklungs- oder Verhaltensstörungen, welche die Integration gefährden.

Nach Hoffmann et al. (2002) werden in Deutschland rehabilitative Angebote nur unzureichend genutzt. Rickels et al. (2006) ermittelten, dass bislang lediglich 4% der Patienten mit Hirnverletzungen eine stationäre Rehabilitation erhielten. Bundesweit sind

nur einige Spezialeinrichtungen vorhanden, die Frührehabilitation und Frühmobilisation bis zur Einleitung schulischer und beruflicher Integrationsmaßnahmen ermöglichen. Als Folge ist anzunehmen, dass zu wenige Jugendliche und junge Erwachsene den Zugang zu Berufsbildungseinrichtungen und Berufsleben finden.

Besondere Bedeutung kommt der erfolgreichen Bewältigung der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Rehabilitation und Nachsorge zu. Hier werden die Weichen für die soziale, schulische und berufliche Integration auf Wohnortebene gestellt.

Räumliche Distanzen zwischen Rehabilitationsklinik und Wohnort erschweren im Teilhabemanagement die erforderliche Koordination zwischen Klinik und den in der Nachsorge Tätigen.

Erfahrungsberichte vermitteln, dass ambulante Rehabilitation und Nachsorge nur wenigen Betroffenen ermöglicht wird. Es muss geklärt werden, weshalb dies so ist und in welcher Weise diese Situation verändert werden kann, um das Management der Teilhabe zu verbessern. Selbst angebotene Fördermaßnahmen und Hilfsangebote werden teils nicht genutzt. Dies wirkt sich hemmend auf den Genesungsprozess aus. Auch Bildung und Qualifizierung mit dem Ziel der Eingliederung und Teilhabe der Betroffenen auf dem ersten Arbeitsmarkt bis hin zur Umsetzung einer Inklusion werden negativ beeinflusst. Ebenso bleibt das Entwicklungspotential der Plastizität des Gehirns häufig ungenutzt.

Nach bisher gewonnenen Erkenntnissen im Rahmen der eigenen Forschungsaktivi-



täten besteht teilweise bei den niedergelassenen ärztlichen Kollegen mangelndes Wissen über die Chancen der Behandlung und Förderung. Seitens der in der ambulanten neurologischen Rehabilitation tätigen Neurochirurgen und Neurologen kommt daher eine Schlüsselfunktion in der Stärkung der Bewusstseinsbildung und in dem Engagement für eine stärkere Rehabilitation und Bildungsförderung zu. Hemmend wirken sich dabei allerdings die häufig nur mühsam oder kaum zu erreichenden Finanzierungszusagen der Leistungsträger für rehabilitative Behandlungen im Langzeitverlauf aus. Dies gilt vor Allem bei fortbestehender hochgradiger Pflegebedürftigkeit.

Die bisher erzielten Forschungsergebnisse vermitteln ebenso, dass es in den vorhandenen Strukturen der schulischen Bildungsmöglichkeiten sehr schwer ist, einen Weg zur behinderungsgerechten Förderung vorhandener Fähigkeiten umzusetzen. Hierbei hat sich ein hoher Informationsbedarf bei den Lehrkräften in den allgemeinbildenden Schulen, aber auch im Bereich der heilpädagogisch qualifizierten Lehrerinnen und Lehrer aufzeigen lassen. Hierbei sind Kenntnisse zu Art und Ausmaß der individuell vorhandenen und eingeschränkten Kompetenzen von Bedeutung. Auch die Einschätzung der individuellen Belastungsfähigkeit ist nur schwer zu erfassen. Zunehmender Leistungsdruck und Personalnot erschweren dabei teilweise entscheidend die Verwirklichung und Umsetzung eines leistungsgerechten Bildungsweges. Dabei ist die Schaffung eines Konzeptes zur Verbindung gemeinsamen Unterrichts und der Verbindung individuell gezielt ausgerichteter Förderung

eine Herausforderung, die kaum bis dato zu bewältigen ist. Ebenso ist bei den Mitschülern Überzeugungs- und Verständnisarbeit zu leisten, damit ein Lernen in gegenseitigem Verständnis ermöglicht wird.

Für Kinder und Jugendliche ist kaum bekannt, in welchem Umfang und in welcher Art weiterführende ambulante Förder- und Bildungsmaßnahmen erfolgen. Es ist nach den bisher erzielten Forschungsergebnissen, unter gleichzeitiger Einbindung der Erkenntnisse der in der Nachsorge Tätigen, bekannt, dass Maßnahmen der ambulanten Rehabilitation und ausreichenden Entwicklungsförderung immer noch zu wenige Betroffene erhalten, aber auch angebotene Fördermaßnahmen nicht genutzt werden. Wirksame ambulante Behandlungsmaßnahmen und Leistungen zur Entwicklungs- und Bildungsförderung sind aber wichtig, da aufgrund der Plastizität des Gehirns und der Dynamik funktioneller Erholung mit Rückbildung von Fähigkeitsstörungen und Entwicklung von Kompensationsstrategien oder Adaptionen innerhalb langfristiger Erholungsverläufe gerechnet werden kann. Im Hinblick hierauf müssen bestehende Versorgungslücken durch Optimierung der derzeitigen Nachsorgepraxis weitgehend geschlossen werden.

Die mangelnde Nutzung ambulanter Rehabilitation und der Nachsorgeangebote beruht nach Rickels et al. (2006) auch auf einem weit verbreiteten allgemeinen Fehlen qualifizierter Einschätzungen der Fähigkeitsstörungen höherer Hirnleistungen und von Veränderungen des Verhaltens im Krankheitsverlauf.



6 Der Prozess der schulischen Integration und Inklusion als Voraussetzung für berufliche Qualifizierung und Teilhabe

Nicht nur in gesundheitlicher Hinsicht, sondern auch im Hinblick auf die Wiederaufnahme und Fortführung eines schulischen Bildungsprozesses stellen die Folgen der Hirnverletzungen häufig tiefgreifende Beeinträchtigungen dar. Hierdurch bestehen Veränderungen vielfältiger Lern- und Entwicklungsprozesse. Je nach dem Alter und zuvor erreichtem Stand bildungsbezogener Kompetenzen und der Reifung der Persönlichkeit vor Hirnverletzung sind wesentliche Entwicklungsschritte noch nicht vollzogen, auf denen nachfolgende erst aufbauen können. Schulische Rehabilitation bedeutet vielfach auch Wiedergewinnung von Kompetenzen, die vor der Verletzung bereits erworben worden waren. Ebenso geht es um die Fortentwicklung von Fähigkeiten unter erschwerten Bedingungen. Infolge der kognitiven Einschränkungen durch die Hirnverletzung bestehen häufig Probleme bei der Neuaneignung von Wissen, verminderte Lern- und Aufmerksamkeitsspanne bis hin zu Gedächtnisstörungen. Teilweise ist auch die Erfassung von Lerninhalten durch Störungen des planerischen und kombinierenden Denkens und Handelns beeinträchtigt. Ebenso ist die Belastungsfähigkeit in der Regel lange Zeit hochgradig eingeschränkt. Daher sind vermehrte Pausenzeiten einzuhalten und eine an den individuellen Möglichkeiten jeweils auszurichtende Bildungsförderung. Dies ist eine Herausforderung an bestehende Schulstrukturen und Lernkonzepte.

Nach der Entlassung aus der stationären Rehabilitation wird dabei meist zunächst die schrittweise Wiedereingliederung in die Schule angestrebt, die vor dem Unfall besucht wurde. Dauer und Schwere der Erkrankung bewirken zum Teil Rückstufungen in andere Klassen, Wechsel in eine andere Schulform oder häufig sonderpädagogische Fördermaßnahmen.

Sehr wichtig ist daher die Entscheidung über die Eingliederung des Betroffenen in eine seiner Leistungsfähigkeit angemessene Schule. Kommt es hierbei zu einer Fehleinschätzung, kann es nach vorliegenden Erfahrungsberichten zu langfristig anhaltenden Psychotraumatisierungen kommen (Rensinghoff, 2004).

Durch zunehmende Anforderungsprofile können sich fortbestehende neuropsychologische Beeinträchtigungen im weiteren schulischen Verlauf verstärkt herauskristallisieren. Damit sind die Betroffenen nicht mehr in der Lage, den geforderten Leistungsprofilen zu entsprechen. Erschwerend können sich auch in Verbindung mit den Verletzungsfolgen und deren Verarbeitung auftretende Gefühle von krankheitsbedingter Stigmatisierung, Einsamkeit, Angststörungen oder Depressionen auswirken (Klonoff et al., 1993; Yeates et al., 2007).

Dies kann sich in psychosozialer Hinsicht negativ auf die Anpassungsfähigkeit der Betroffenen bemerkbar machen. Infolge des von den Altersgenossen häufig als andersartig empfundenen Verhaltens kann es auf deren Seite auch zu ablehnendem oder sich zurückziehenden Reaktionen kommen. Um solchen Fehlentwicklungen vorzubeugen und die notwendige entwicklungsneu-



rologische Förderung über Jahre zu gewährleisten, sind in ausreichendem Maße Unterstützungs- und Förderangebote, nicht nur in medizinischer Hinsicht, sondern auch im sozialtherapeutischen, sprachheilpädagogischen oder neuropsychologischen Bereich zu gewährleisten. Ziel ist die Entwicklung kognitiver, emotionaler und sozialer Kompetenzen sowie die Minimierung von Risiken wie Motivationsverlust, sozial unverträgliches Verhalten bis hin zu sozialem Rückzug und Aggressivität. Priorität hat dabei die schulische Förderung, die jeweils den Grenzen der jeweiligen Fähigkeitsprofile angepasst werden muss.

Sonderpädagogischer Förderung, neuropsychologischen Trainingsmaßnahmen und medizinischtherapeutischen Leistungen kommt eine hohe Bedeutung zu, um Art und Ausmaß schulischer Beeinträchtigungen zu behandeln und zu reduzieren.

Wie groß das tatsächliche Ausmaß der Störungen ist, lässt sich in der Regel nur aufgrund persönlicher Erfahrungsberichte erahnen, da die Daten schwer erfassbar sind, häufig neuropsychologische Diagnostik aber auch kaum durchführbar ist. Somit sind kaum Daten vorhanden. Es muss jedoch mit einem gravierenden Ausmaß gerechnet werden, da bereits vorliegende Untersuchungsergebnisse bei leichten Hirnverletzungen deutliche Auswirkungen auf kognitive Kompetenzen zeigen (Ewing-Cobbs et al., 1997). Hawley et al. (2002) konnte bei 20% von insgesamt 974 Kindern aus England Konzentrationsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen und Erziehungsprobleme feststellen, die sich in der schulischen Integration negativ auswirkten. Nur wenige Schulen, d.h.

jede fünfte Schule in England, setzte spezielle Fördermaßnahmen ein.

Infolge der Verkennung von Art und Ausmaß der neuropsychologischen Beeinträchtigungen besteht die Gefahr, dass es zu einer Unterschätzung der Folgen und des Förderbedarfs kommt. Es kann aber auch dazu kommen, dass die entwicklungsfähigen Leistungspotentiale nicht ausreichend erkannt werden, was ebenso zu einer Fehlbeurteilung führen kann.

Die schulische Rehabilitation bedeutet dabei nicht nur Aufarbeitung der durch die Schädigung entstandenen Lücken, sondern auch das Schließen von Lücken im Grundlagenbereich der verschiedenen Schulfächer (Bürkle, 1998).

Gemäß einer Studie von Berger et al. (1997) aus Österreich konnten Zweidrittel der schwerhirnverletzten Kinder und Jugendlichen in die vor dem Unfall besuchte Schule zurückzukehren. Nach einer Untersuchung von Massagli et al. (1996) in den USA bestand bei 70% aller Schüler 5–7 Jahre nach schwerer Hirnschädigung weiterhin eine sonderpädagogische Förderung. Lediglich 24% der Betroffenen waren in kognitiver Hinsicht von fremder Hilfe unabhängig. Langfristig anhaltende Probleme der Erziehung und der Sprache standen dabei im Vordergrund. Fortbestehende kognitive Beeinträchtigungen einschließlich einer reduzierten Aufnahme- und Speicherfähigkeit des Gedächtnisses schränken häufig über Jahre den Erwerb neuer Kompetenzen ein (Ewing-Cobbs et al., 1997).

Nach einer Studie von Costeff et al. (1990) aus den USA an 30 Kindern mit schwerer Schädelhirnverletzung (Koma mindestens



7 Tage) im Alter von 3–15 Jahren zeigten kognitive Beeinträchtigungen im Langzeitverlauf nur langsame Besserung. Bei 10 der Betroffenen hatten aber bereits vor der Hirnverletzung kognitive Beeinträchtigungen bestanden, so dass sie zur isolierten Beurteilung der Hirnverletzungsfolgen aus der Studie auszuschließen waren. Auch wurden vier weitere Betroffene wegen unklarer Beurteilungskriterien ausgeschlossen, die psychotherapeutisch behandelt wurden. Von den verbleibenden 16 Betroffenen, die ausschließlich unter Hirnverletzungsfolgen litten, waren 6 zum Nachuntersuchungszeitpunkt bereits im Erwachsenenalter. Von den 10 Schülern zeigten nur 3 keine Probleme in der allgemein bildenden Schule. Nach Scheitern in der allgemein bildenden Schule waren 4 Personen in eine Förderschule gekommen. Wegen der Erkrankungsschwere lag bei 3 Betroffenen zum Untersuchungszeitpunkt keine Schulfähigkeit vor. Von den 6 Personen im Erwachsenenalter hatte die Hälfte einen Schulabschluss erreicht. Art und Ausmaß der schulischen bzw. beruflichen Integration werden in Tab. 4 dargestellt.

Zunehmende Anforderungsprofile im weiteren schulischen Verlauf bewirken oftmals, dass sich die Auswirkungen fortbestehender neuropsychologischer Beeinträchtigungen verstärkt herauskristallisieren. Damit sind die Betroffenen nicht mehr in der Lage, den geforderten Leistungsprofilen zu entsprechen. Folgen sind häufig auftretende Gefühle von krankheitsbedingter Stigmatisierung, Einsamkeit, Anpassungs-, Angst- und Verhaltensstörungen oder Depressionen (Klonoff et al., 1993; Yeates et al., 2007). In psychosozialer Hinsicht reagieren Alters-

Tab. 4: Schulische und berufliche Integration

Schulische Integration (n=10)

- ▷ Alle Schüler haben vor Erkrankung eine Regelschule besucht
- ▷ Nur bei 3 Kindern zeigten sich keine Probleme in der Regelschule.
- ▷ Wegen Versagens in der Regelschule benötigten weitere 4 Kinder eine sonderpädagogische Förderung, die in einer Schule für Lernbehinderte oder Verhaltensauffällige durchgeführt wurde.
- ▷ Bei den übrigen 3 Betroffenen bestanden seit der Hirnverletzung fortdauernde hochgradige Intelligenzdefizite im Sinne einer Demenz. Eine schulische Förderung erwies sich als nicht möglich.

Berufliche Integration (Nachuntersuchungszeitpunkt im Erwachsenenalter, n=6)

- ▷ 2 der Betroffenen hatten die allgemeine Hochschulreife erreicht
- ▷ Ein Betroffener konnte auf der Regelschule die Hochschulreife nicht erlangen.
- ▷ 3 Personen waren in der schulischen Förderung gescheitert. Von diesen nahmen 2 eine unqualifizierte Berufstätigkeit auf.

genossen hierauf häufig mit ablehnendem Verhalten.

Unterstützungsangebote und entwicklungsneurologische Therapien und Förderung müssten über Jahre sichergestellt werden, um Gefahren zu verhindern, dass die Bildungs- und Ausbildungschancen verschlechtert werden.

7 Langfristige Förderung und Befähigung

Die Rückbildung neurologischer und neuropsychologischer Symptome bei Kindern und Jugendlichen mit schwerer Hirnverletzung erstreckt sich in der Regel über viele Jahre. Chancen und drohende Gefahren der Integration in schulischer, sozialer und be-



ruflicher Hinsicht lassen sich daher nur im Langzeitverlauf adäquat beurteilen. Das für eine Förderung relevante Wissen hierzu ist nach wie vor begrenzt. Die Gewinnung solcher Ergebnisse bedingt einen entsprechenden Aufwand über eine längere Zeit, was die geringe Zahl systematischer Studien belegt. Hierzu zählt eine Studie aus Italien von Cattelan et al. (1998). Hierbei ist es ermöglicht worden, bei 20 von 49 ehemaligen Patienten im Alter bis 14 Jahre mittels einer Nachuntersuchung im Erwachsenenalter die Qualität gesellschaftlicher und familiärer Anpassungsfähigkeit sowie beruflicher Integration im Langzeitverlauf zu erfassen. Bei der Hälfte der 20 Patienten haben bereits vor der Hirnverletzung Verhaltensauffälligkeiten bestanden. Zum Entlassungszeitpunkt nach Erstversorgung der Hirnverletzung hatten 90% der 20 Betroffenen Verhaltensauffälligkeiten. Nach ca. 10 Jahren wiesen noch 55% von ihnen fortbestehende Störungen nach, wovon bei der Hälfte psychiatrische Unterstützung erforderlich war. Von den 20 Studienteilnehmern beklagten 38% in persönlichen Beziehungen ausgeprägte Anpassungsstörungen und 32% soziale Konflikte.

Nach der gleichen Studie befanden sich von den 20 Studienteilnehmern 13 im Arbeitsleben, 7 waren nicht beruflich integriert. In beiden Gruppen bestanden schwere Anpassungsstörungen, die allerdings bei der zweiten Gruppe ausgeprägter waren und alle untersuchten Bereiche umfassten. Hierzu zählten Konflikttoleranz, Kommunikationsfähigkeit, persönliche Abhängigkeit, emotionale Ausdrucksfähigkeit, Gefühl der Minderwertigkeit, Hobbies, Sozialkontakte,

enge Beziehungen, persönliches Wohlbefinden, Gesundheit, Körperpflege, Einsamkeit und Unsicherheit. Fast alle 20 Studienteilnehmer waren unverheiratet geblieben und lebten bei ihren Eltern. Eine stabile gefühlsmäßige Bindung bestand nur bei 2 Personen. Obwohl sich bei den meisten der Betroffenen keine schweren funktionellen Beeinträchtigungen mehr fanden, beurteilten sie ihre Lebensqualität eher als gering. Die Eltern bestätigten die Schwere der fortbestehenden Anpassungsstörungen. Dies betrifft hauptsächlich die innerfamiliäre Situation, Sozialisation und persönliches Wohlbefinden.

Nach Meinung der Eltern war eine fehlende berufliche Integration das Hauptproblem sozialer Anpassungsstörungen. Demgegenüber wiesen die Untersuchungen der Betroffenen nach, dass für diese das Kernproblem im häuslichen Umfeld und der mangelnden sozialen Integration lag. Es überraschte die Autoren der Studie, dass gerade die jungen Erwachsenen, welche im Produktionsprozess beruflich eingebunden waren, am häufigsten über Anpassungsstörungen im Hinblick auf beeinträchtigtes persönliches Wohlbefinden und Einsamkeit klagten. Offenbar wird der Arbeitsplatz nicht als Möglichkeit zur Sozialisation, sondern als Ort der „Konfrontation“ gesehen, wo sich die Betroffenen durch ihr Anders-Sein ausgegrenzt und damit isoliert fühlen. Mit hoher Wahrscheinlichkeit leben Kinder nach schwerer Hirnverletzung bis in das Erwachsenenalter in ihren Familien wegen ihrer extrem begrenzten Aussichten eines unabhängigen und autonomen Lebens. Die Studie kommt zu dem Schluss, dass innerhalb der Rehabilitationsprogramme mehr Aufmerksam-



keit auf die Förderung der Emotionalität, des Verhaltens und der sozialen und familiären Beziehungen gelegt werden muss.

8 Rehabilitation und Qualifizierung zur beruflichen Teilhabe

Trotz vielfältiger Bemühungen können vorhandene Daten zur beruflichen Qualifizierung nicht oder kaum erreicht werden. Die wenigen verfügbaren Daten sind kaum aussagekräftig. Datengrundlagen sind nur bekannt seitens der involvierten Ministerien, der unterschiedlichen Leistungsträger, des Statistischen Bundesamtes und seitens beider Arbeitsgemeinschaften der Berufsbildungsträger und der Berufsförderungswerke. Gleiches gilt für Daten zu Chancen und Problemen der Zielgruppe schwer schädelhirnverletzter Menschen. Unbekannt ist daher, in welchem Umfang berufliche Teilhabe erfolgt.

Der Anteil der Betroffenen scheint aber hoch zu sein, der in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen arbeitet. Hierauf weisen vorliegende Erkenntnisse der ärztlichen Beobachtung und aus Sicht der Betroffenenverbände sowie der Berufsbildungseinrichtungen hin.

Die bisherigen Angebote der Werkstätten sind nur selten auf die spezifischen Bedürfnisse der Betroffenen ausgerichtet. Die bislang gewonnenen Erkenntnisse eines Forschungsprojektes zur Erfassung der Entwicklungsverläufe scheinen aber zu bestätigen, dass eine Diskrepanz bestehen kann. Dies bedeutet, dass Betroffenen für die Tätigkeit in einer Werkstatt zu qualifiziert sind, jedoch aufgrund ihrer Leistungseinschränkungen den Anforderungen einer Integra-

tion am ersten Arbeitsmarkt erst nach entsprechender Weiterbildung gewachsen sind. So setzt auch der Beginn der Ausbildung in einem Berufsbildungswerk nach Vorgaben der lokalen Arbeitsagenturen als Leistungsträger eine ganztägige Belastungsfähigkeit voraus. Diese wird oft erst nach Jahren der Erholung oder auch niemals erreicht. Obwohl §38 SGB IX z.B. unterstützte Beschäftigung, zweijährige Berufsvorbereitung und Training beruflicher Kompetenzen am Übergang von Schule zu Beruf vorsieht, sind die Angebote in praxi für die Zielgruppe wenig bedarfsgerecht. Gegenstand der Studie ist, dies zu klären.

Selbst unter den günstigen Rahmenbedingungen, dass eine mehrjährige berufliche Qualifizierung in einem Berufsbildungswerk erreicht werden kann, fehlt es an Informationen über den mittelfristigen Integrationserfolg im Arbeitsleben. Gleiches gilt für die Kenntnisse zu Chancen und Problemen. So ist bislang auch kaum bekannt, in welcher Weise und in welchem Umfang individueller Unterstützungs- und Hilfebedarf besteht. Aus den Einzelfallbeobachtungen des Projektes liegt aber der Schluss nahe, dass vermehrter Einsatz der Arbeitsassistenten und des trägerübergreifenden Budgets die Integrationschancen erhöhen könnten.

Da in Deutschland nicht bekannt ist, in welchem Umfang überhaupt eine Teilhabe am ersten und zweiten Arbeitsmarkt erfolgt, mangelt es auch an Ergebnissen zur Berufs- und Erwerbsfähigkeit (Rickels et al., 2006). Eine aus diesem Grunde von Rickels et al. (2006) erstellte Studie ergab erste Informationen über die Auswirkungen von Hirnverletzungen auf die berufliche Perspektive. Al-



lerdings sind dabei fast ausschließlich leichte und mittelschwere Schädigungen eingeschlossen. Sie erlauben fast keine Aussagen über die im Projekt behandelten Betroffenen mit schweren Hirnschäden. Nach den Ergebnissen der Studie von Rickels et al. (2006) führt das Schädelhirntrauma bei Berufstätigen aufgrund der Unfallfolgen bei 53% zu einer beruflichen Veränderung. Da bei Betroffenen nach schweren Hirnverletzungen erheblich gravierendere Folgen vorliegen, muss für diese Gruppe mit einem deutlich ungünstigeren Ergebnis gerechnet werden.

Für diesen Personenkreis gewinnt damit berufliche Rehabilitation und Bildung mit Ausbau von Maßnahmen zur Eingliederung und Teilhabe am Arbeitsmarkt eine noch höhere sozialmedizinische und versicherungsrechtliche Relevanz als bei Betroffenen mit geringer ausgeprägten Verletzungsfolgen. Drohende Risiken von Langzeitarbeitslosigkeit und Erwerbsunfähigkeit sind nur durch Fördermaßnahmen zu reduzieren. Besondere Maßnahmen der Ausbildung und Qualifizierung in überregional ausgerichteten Einrichtungen sind häufig der einzige Weg, den schwer behinderten Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine Ausbildung oder Umschulung zu ermöglichen. Innerbetriebliche Maßnahmen der Qualifizierung könnten eine berufliche Perspektive unterstützen. Erschwerend wirken sich dabei die höheren Anforderungen am Arbeitsmarkt und die zum Teil zurückhaltende Einstellung von Arbeitgebern aus, Arbeitsplätze für schwer behinderte Betroffene zu schaffen. Um im Arbeitsleben behinderungsbedingte Nachteile auszugleichen sollten zusätzliche Leistungs- und Hilfsangebote begleitend zum

Beruf eingesetzt werden. Hierdurch wären die Chancen einer dauerhaften Teilhabe am Beruf zu stärken.

Zu den wenigen systematischen Studien zur Eingliederung und Teilhabe schwer behinderter Betroffener am beruflichen Leben zählt eine Verlaufsuntersuchung aus Italien von Cattelani et al. (1998). Nach Hirnverletzung im Kindesalter erfasst sie bei 20 Studienteilnehmern die Qualität gesellschaftlicher und familiärer Anpassungsfähigkeit sowie beruflicher Integration im Erwachsenenalter. Zum Zeitpunkt nach Erstversorgung der Hirnverletzung hatten 90% Verhaltensauffälligkeiten. Nach ca. 10 Jahren wiesen noch 60% fortbestehende Störungen nach, wovon bei der Hälfte psychiatrische Unterstützung erforderlich war.

Im Arbeitsleben befanden sich 13 der 20 Teilnehmer (65%), 7 waren nicht beruflich integriert. Allerdings fehlen in der Gruppe der beruflich integrierten Betroffenen Angaben zu den beruflichen Tätigkeitsfeldern und zum Ausmaß der Teilhabe am Arbeitsmarkt. Bei der Gruppe Betroffener ohne Integration in den Beruf mangelt es an Aussagen, ob und welche Anstrengungen erfolgten, Teilhabe zu ermöglichen. Ebenso ist es nicht Ziel der Studie, weitere Lösungswege aufzuzeigen, um Teilhabe zukünftig möglicherweise zu erreichen. In beiden Gruppen bestanden schwere Anpassungsstörungen, vor allem aber bei fehlender beruflicher Teilhabe. Hierzu zählten Minderwertigkeitsgefühle, mangelnde Konflikttoleranz und gestörte kommunikative und emotionale Ausdrucksfähigkeit. Die Abhängigkeit von Bezugspersonen war hoch. Eingeschränkt waren Hobbys, Sozialkontakte, Gesundheit und Körperpflege. Fast



alle Studienteilnehmer waren unverheiratet und lebten bei ihren Eltern. Eine stabile gefühlsmäßige Bindung bestand nur bei 2 Personen. Die Lebensqualität wurde von Betroffenen und Eltern oft als gering eingestuft.

Hauptproblem war nach Meinung der Eltern die fehlende berufliche Integration. Die Betroffenen dagegen sahen das Kernproblem in der mangelnden sozialen Integration und im häuslichen Umfeld. Besonders junge Erwachsene, die beruflich integriert schienen, klagten am häufigsten über beeinträchtigtes persönliches Wohlbefinden und Einsamkeit. Der Arbeitsplatz wird offenbar nicht als Möglichkeit zur Sozialisation gesehen. Stattdessen stellt er nach den Studienergebnissen eher einen Ort der „Konfrontation“ dar. Hier fühlen sich die Betroffenen durch ihr Anders-Sein ausgegrenzt und damit isoliert. Dies wird aus eigener Sicht als Indiz für die Notwendigkeit von Beratungs- und Hilfeangeboten begleitend zum Beruf angesehen.

8 Datenlage zur Erfassung der Heilungsverläufe

Das Wissen zu Langzeitverläufen resultiert vorrangig auf Dokumentationen von kleineren Gruppen von ca. 18–70 Betroffenen (Benz et al., 1999; Cattalani et al., 1998; Colantonio et al., 1998; Costeff et al., 1990; Emanuelson et al., 1998; Yeates et al., 2005). Die wenigen umfangreicheren Studien haben überwiegend Daten aus klinischen Verlaufsdokumentationen mit Hilfe von Fragebögen ermittelt. Klinische Untersuchungen und persönliche Befragungen haben nicht stattgefunden.

Daher sind für alle Altersgruppen gemeinsam im Rahmen einer seitens der ZNS-Han-

nelore Kohl Stiftung unterstützten Untersuchung aktuelle Daten zur genaueren Ermittlung der Häufigkeit und Folgen von Schädelhirnverletzungen innerhalb des ersten Jahres nach Unfall erfasst worden (Rickels et al., 2006). Diese Studie hat verdeutlicht, dass viele Betroffene besonders bei leichten und mittelschweren Verletzungen nach Entlassung aus der Akutklinik keine ausreichenden ärztlichen und neuropsychologischen Behandlungen erreichen.

Die Rückbildung neurologischer und neuropsychologischer Symptome bei Kindern und Jugendlichen mit schwerer Hirnverletzung erstreckt sich in der Regel über viele Jahre. Chancen und drohende Gefahren der Integration in schulischer, sozialer und beruflicher Hinsicht lassen sich daher nur im Langzeitverlauf adäquat beurteilen. Das für eine Förderung relevante Wissen hierzu ist nach wie vor begrenzt.

9 Zusammenfassung und Perspektiven

Durch die Gewinnung von detaillierten Informationen zu individuellen Krankheits und Heilungsverläufen und die Unterstützung bei der Entwicklung möglichst passgenauer Förderung soll ein Beitrag geleistet werden, betroffene Kinder und Jugendliche so weit wie möglich sozial, schulisch und beruflich zu integrieren. Dabei ist es unter Berücksichtigung der in der Literatur dargestellten schwierigen schulischen Reintegration besonders wichtig zu versuchen, hierzu individuell wirksame Ursachen und Faktoren von Erfolg oder Misserfolg aufzuzeigen. Das Vorhaben bedeutet einen modellhaften Aufbau und die Erprobung von fachübergreifendem

Case Management von Kindern und Jugendlichen mit Schädelhirnverletzungen. Ziel ist eine sinnvolle Nutzung vorhandener Ressourcen, durch die eine Verbesserung individueller Heilungs- und Integrationschancen angestrebt wird.

Erwartet werden nähere Informationen über Krankheits- und Heilungsverläufe in der Phase der ambulanten Rehabilitation und Nachsorge sowie die Nutzung oder fehlende Nutzung von Therapie- und Förderangeboten. Auch gilt es Chancen und Probleme an den Schnittstellen zu eruieren sowie hemmende Entwicklungen in der Prozessanalyse aufzuzeigen und unter Nutzung vorhandener Möglichkeiten zu korrigieren. Individuelles Fallmanagement mit Planung und Einleitung weiterführender Behandlungen und Beratungen sind hierbei zentrales Anliegen des Vorhabens. Die Vermeidung oder Korrektur von Fehlentwicklungen in der Versorgungs- und Behandlungskette kann sich sowohl für Betroffene im Hinblick auf Heilung und Integration positiv auswirken und gleichzeitig langfristig erhebliche Kosten ersparen. Die aus dem Vorhaben gewonnenen Erkenntnisse sollen in die Therapie- und Förderangebote einfließen und drohenden oder bestehenden Entwicklungsbeeinträchtigungen entgegenwirken. Die aufgezeigten Themenschwerpunkte sind in der Lage sich in ihrer Gesamtheit positiv auf die Integration der Betroffenen auszuwirken.

1. Individuelle Heilungs- und Integrationsverläufe ermitteln, um Therapie und Förderung zu verbessern
2. Chancen und Probleme der Integration an der Schnittstelle wohnortferner stationärer Rehabilitation zu ambulanter

Rehabilitation und Nachsorge auf der Wohnortebene aufzeigen

3. Stärkung ambulanter Rehabilitation und sozialmedizinischer Nachsorge zur Verbesserung der Heilungsprognose und Integration
4. Individuelle Wege zur Förderung der Integration ermitteln und anwenden
5. Organisation von Netzwerken von Schulen und Ärzten

Aufgrund eigener Erfahrungen habe ich ein Projekt initiiert, das eine Stärkung der Integration von Kindern und Jugendlichen nach Schädelhirnverletzungen in der Phase der ambulanten Rehabilitation und Nachsorge vorsieht. Der Bundesverband „Schädelhirnpatienten in Not“ unterstützt dieses Vorhaben.

Im Rahmen dieses Projektes ist es Ziel, zu versuchen, bei den individuellen Krankheits- und Erholungsverläufen Maßnahmen zur Stärkung der schulischen Integration zu fördern. Hierzu wird eine an den individuellen Fähigkeiten ausgerichtete heil- und sonderpädagogische Förderung angestrebt, die an einer Regel- oder Förderschule erfolgen sollte. Dies stellt an die Lehrkräfte hohe Anforderungen, zu denen auch entsprechende Kenntnisse zu Krankheits- und Heilungsverläufen zählen. Es beinhaltet auch entsprechend ausreichende und verfügbare Förderangebote. Die Integration scheint bislang nur teilweise zu gelingen,

„Diesbezüglich bin ich an persönlichen Erfahrungsberichten der in der ambulanten Rehabilitation tätigen Kollegen, Psychologen, Therapeuten und Lehrkräfte interessiert. Gleichzeitig würde ich mich freuen,



vermehrt Kontakt zu Familien aufzubauen, deren Kinder sich in der Phase der schulischen Integration befinden. Es ist oftmals ein schwieriger und dorniger Weg. Um ein solches Projekt schrittweise weiter entwickeln zu können, wäre ich auch an einer Zusammenarbeit mit Eltern interessiert, welche sich politisch für die Förderung der Teilhabe im Rahmen ambulanter Rehabilitation und in schulischer Hinsicht engagieren wollen und können und beim Aufbau eines Netzwerkes zwischen den Betroffenen, den Schulen, Institutionen und der ärztlich therapeutischen Seite mitwirken.

Daher wäre ich Ihnen dankbar für Ihre Hilfe. Gleichzeitig würde ich mich freuen, so auch die Interessen der Betroffenen sowie der Heil- und Sonderpädagogen und ihres Verbandes ambulant tätiger Kollegen zu unterstützen. Gleiches gilt für die angestrebte Fortentwicklung der Zusammenarbeit mit ZNS-Hannelore-Kohl-Stiftung und dem „Bundesverband Schädelhirnpatienten in Not“.

Auch die Behindertenbeauftragte der unterschiedlichen im Bundestag vertretenen Fraktionen haben das Vorhaben sehr positiv bewertet und dessen Umsetzung als wichtiges Ziel erachtet.

Literatur

- ▷ Anderson V, Catroppa C, Morse S, Haritou F, Rosenfeld J: Functional plasticity or vulnerability after early brain injury? *Pediatrics* 2005, 116, pp. 1374–1382
- ▷ Benz B, Ritz A, Kiesow S: Influence of age-related factors on long-term outcome after traumatic brain injury (TBI) in children: A review of recent literature and some preliminary findings. *Restor Neurol Neurosci* 1999, 14, pp. 135–141
- ▷ Berger E, Worgotter G, Oppolzer A, Kessler J, Vavrik K, Fiala S: Neurological rehabilitation in children and adolescents. *Pediatr Rehabil* 1997, 1, pp. 229–233
- ▷ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe schädel-hirn-verletzter Kinder und Jugendlicher. Frankfurt am Main, 2007
- ▷ Bundesministerium für Gesundheit: Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 2001, Band 137. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2001
- ▷ Cattelani R, Lombardi F, Brianti R, Mazzucchi A: Traumatic brain injury in childhood: intellectual, behavioural and social outcome into adulthood. *Brain Inj* 1998, 12, pp. 283–296
- ▷ Chamberlain AM: Head injury: the challenge. Principles and practice of service organization. In: Chamberlain AM, Neumann V, Tennant A (Eds): *Traumatic Brain Injury Rehabilitation: Services, Treatments and Outcomes*. Chapman & Hall, London, 1995, pp. 3–11
- ▷ Coie JD: Toward a theory of peer rejection. In: Asher SR, Coie JD (Eds): *Peer rejection in childhood*. Cambridge University Press, Cambridge, 1990, pp. 365–401
- ▷ Colantonio A, Dawson DR, McLellan BA: Head injury in young adults: longterm outcome. *Arch Phys Med Rehabil* 1998, 79, pp. 550–558
- ▷ Colantonio A., Croxford R., Farooq S., Laporte A., Coyte P.C.: Trends in hospitalization associated with traumatic brain injury in a publicly insured population, 1992–2002. *J Trauma* 2009, 66, pp. 179–183
- ▷ Costeff H, Groswasser Z, Goldstein R: Long-term follow-up review of 31 children with severe closed head trauma. *J Neurosurg* 1990, 73, pp. 684–687
- ▷ Dennis M, Barnes MA, Wilkinson M, Humphreys RP: How children with head injury represent real and deceptive emotion in short narratives 1998, 61, pp. 450–483
- ▷ Emanuelson I, von Wendt L, Beckung E, Hagberg I: Late outcome after severe traumatic brain injury in children and adolescents. *Pediatr Rehabil* 1998, 2, pp. 65–70
- ▷ Eslinger PJ, Biddle KR, Grattan LM: Cognitive and social development in children with prefrontal cortex lesions. In: Krasnegor NA, Lyon GR, Goldman-Rakic (Eds): *Development of the prefrontal cortex: Evolution, neurobiology, and*



behavior. H. Brookes, Baltimore, 1997, pp. 295–336

▷ Ewing-Cobbs L, Fletcher JM, Levin HS, Francis DJ, Davidson K, Miner ME: Longitudinal neuropsychological outcome in infants and preschoolers with traumatic brain injury. *J Int Neuropsychol Soc* 1997, 3, pp. 581–591

▷ Fay GC, Jaffe KM, Polissar NL, Liao S, Rivara JB, Martin KM: Outcome of pediatric traumatic brain injury at three years: a cohort study. *Arch Phys Med Rehabil* 1994, 75, pp. 733–741

▷ Groswasser Z, Costeff H, Tamir A: Survivors of severe traumatic brain injury in childhood. I. Incidence, background and hospital course. *Scand J Rehabil Med Suppl* 1985, 12, pp. 6–9

▷ Hawley CA, Ward AB, Magnay AR, Long J: Children's brain injury: a postal follow-up of 525 children from one health region in the UK. *Brain inj* 2002, 16, pp. 969–985

▷ Hoffmann B, Duwecke C, von Wild KR: Neurological and social longterm outcome after early rehabilitation following traumatic brain injury. 5-year report on 240 TBI patients. *Acta Neurochir Suppl* 2002, 79, pp. 33–35

▷ Johnson P, Thomas-Stonell N, Rumney P, Oddson B: Long-term outcomes of pediatric acquired brain injury. *Brain Cogn* 2006, 60, pp. 205–206

▷ Keenan HT, Bratton SL: Epidemiology and outcomes of pediatric traumatic brain injury. *Dev Neurosci* 2006, 28, pp. 256–263

▷ Klonoff H, Clark C, Klonoff PS: Longterm outcome of head injuries. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1993, 56, pp. 410–415

▷ Lippert-Grüner M., Quester R. (Hrsg.): *Schädel-Hirn-Trauma*. Paroli Verlag, Münster 1996.

▷ Lippert-Grüner M., Quester R., Terhaag D.: Frühstimulation, ein Bestandteil des frührehabilitativen Behandlungskonzeptes auf der neurochirurgischen Intensivstation. *Rehabilitation* 2, 111–115 (1997).

▷ Massagli TL, Michaud LJ, Rivara FP : Association between injury indices and outcome after severe traumatic brain injury in children. *Arch Phys Med Rehabil* 1996, 77, pp. 125–132

▷ National Institutes of Health Consensus Development Panel on Rehabilitation of Persons With Traumatic Brain Injury: Rehabilitation of Persons With Traumatic Brain Injury. *JAMA* 1999, 282, pp. 974–983

▷ Nelson JE, Kelly TP: Longterm outcome of learning and memory in children following severe closed head injury. *Pediatr Rehabil* 2002, 5, pp. 37–41

▷ Parker J, Rubin KH, Erath S, Wojslawowicz JC, Buskirk AA: Peer relationships and developmental psychopathology. In: Cicchetti D, Cohen D (Eds.): *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation*, Vol. 2, 2nd Ed, Wiley, New York, 2006, pp. 419–493

▷ Parslow RC, Morris KP, Tasker RC, Forsyth RJ, Hawley CA, UK Paediatric Traumatic Brain Injury Study Steering Group; Paediatric Intensive Care Society Study Group. Epidemiology of traumatic brain injury in children receiving intensive care in the UK. *Arch Dis Child* 2005, 90, pp. 1182–1187

▷ Quester R., Lippert-Grüner M. (Hrsg.): *Wege zum Licht*. Correct Printing B. Müller, Köln 1999a

▷ Quester R., Lippert-Grüner M. (Hrsg.): *Kreative Therapie nach Schlaganfall und Hirnblutung*. Correct Printing B. Müller, Köln, 1999b

▷ Quester R.: Neurologische Syndrome und Krankheitsbilder. In: Jochims S. (Hrsg.): *Musiktherapie in der Neurorehabilitation*. Internationale Konzepte, Forschung und Praxis. Hippocampus Verlag, Bad Honnef, 2005, S. 21–52

▷ Quester R, Klug N: Diagnostik, Therapie und Verlauf nach Frontalhirnschädigung. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2003, 71, S. 306–311

▷ Quester R., Schmitt E.W., Lippert-Grüner M. (Hrsg.): *Stufen zum Licht – Hoffnungen für Schädel-Hirnpatienten*. Fachverlag h-w-studio weber, Leimersheim 1999, ISBN 3-9805623-0-1.

▷ Quester R.: *Prävention – Rehabilitation – Integration im Fokus von Neurologie, Humanwissenschaften und Recht*. Hippocampus Verlag, Bad Honnef, 2008

▷ Rickels E, von Wild K, Wenzlaff P, Bock WJ (Hrsg.): *Schädel-Hirn-Verletzung*. Epidemiologie und Versorgung. Ergebnisse einer prospektiven Studie. W. Zuckschwerdt Verlag, München, Wien, New York, 2006

▷ Rensinghoff C: Das Problem der beruflichen Teilhabe schwer hirntraumatisierter junger Menschen. *Berufliche Rehabilitation* 2004, 18, S. 157–167

▷ Ritz A: Neurologische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen nach sekundär erworbenen Hirnschädigungen, insbesondere Schädel-

hirntraumen. In: von Wild K (Hrsg.): Spektrum der Neurorehabilitation. W. Zuckschwerdt Verlag, München, Bern, Wien, New York, 1993, S. 208–217

▷ Rubin KH, Bukowski W, Parker J: Peer interactions, relationships, and groups. In: Eisenberg N (Ed.): Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development, 6th Ed, Wiley, New York, 2006, pp 571–645

▷ Shames J, Treger I, Ring H, Giaquinto S: Return to work following traumatic brain injury: trends and challenges. Disabil Rehabil 2007, 29, pp. 1387–1395

▷ Watanabe T, Miller M, McElligott J: Congenital and acquired brain injury: Outcomes after acquired brain injury. Arch Phys Med Rehabil 2003, 84 Suppl, pp. 23–27

▷ Yeates KO, Armstrong K, Janusz J, Taylor HG, Wade S, Stancin T, Drotar D: Longterm attention problems in children with traumatic brain injury. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2005, 44, pp. 574–584

▷ Yeates KO, Bigler ED, Dennis M, Gerhardt CA, Rubin KH, Stancin T, Taylor HG, Vannatta K: Social Outcomes in Childhood Brain Disorder: A Heuristic Integration of Social Neuroscience and

Developmental Psychology. Psychological Bulletin 2007, 133, pp. 535–556

▷ Wieland A, Möhrle C, Loew M: Jugendliche Aphasiker. Schriftenreihe Hegau-Jugendwerk. Beiträge zur neurologischen Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Band 13, Hegau-Jugendwerk, Gailingen, 2001

▷ Williamson LM, Morrison A, Stone DH: Trends in head injury mortality among 0–14 year olds in Scotland (1986–95). J Epidemiol Community Health 2002, 56, pp. 285–288

Der Autor

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

Klinik für Stereotaxie und funktionelle Neurochirurgie, Bereich Neurologische-psychiatrische Rehabilitation,

Herr Priv. Doz. Dr. Ralf Quester,
Kerpener Str. 62, 50937 Köln
ralf.quester@uni-koeln.de

H. Poimann

Mangelnde Kommunikation und die Folgen: 380 Tote pro Woche in Deutschland aufgrund vermeidbarer Fehler

1 Medizinische Versorgung und Fehlerquoten

Laut statistischem Bundesamt wurden im Jahr 2014 19,1 Mio. Patientinnen und Patienten stationär im Krankenhaus behandelt. Durchschnittlich waren sie 7,4 Tage dort. 1980 Krankenhäuser standen in Deutschland für diese Behandlung zur Verfügung. Zusätzlich wurden 1,97 Mio. Patientinnen und Patienten stationär in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt, von denen es in Deutschland 1158 gibt.

2013 lag die Zahl der chirurgischen Eingriffe bei 15,8 Mio..

Im ambulanten Bereich wurden 76,5 Mio. Patienten behandelt, die insgesamt 693 Mio. Krankheitsfälle produzierten (Statista, 2015).

In den Schlichtungsstellen wurden laut Bundesärztekammer 2014 für Praxen 2362 Anfragen behandelt, von denen 661 mit einem Behandlungsfehler oder Risikoklärungsman gel bejaht wurden. Alleine Aufklärungsman gel fanden sich bei 26 Patienten. Im Krankenhaus wurden im Jahr 2014 bei 6334 Anträgen in 1634 Fällen ein Behandlungsfehler erkannt, in 37 Fällen ein alleiniger Aufklärungsfehler (www.bundesaerztekammer.de).

Nach den Berechnungen des Deutschen Sachverständigenrates im Rahmen eines systematischen Reviews auf der Basis von mehr als 25 000 Studien ergab sich eine Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen zwischen 5 und 10 % aller Krankenhauspatienten, wovon 2–4 % vermeidbar wären. Man

kann von 1 % Behandlungsfehlern und einer Sterblichkeit von 0,1 % im Krankenhaus aufgrund vermeidbarer unerwünschter Ereignisse auszugehen (Deutscher Sachverständigenrat 2007). Dies bedeutet bei vorsichtiger Berücksichtigung der deutschen Behandlungszahl zur Zeit von ca. 19 000 Todesfällen aufgrund vermeidbarer unerwünschter Ereignisse.

Auch im ambulanten Bereich passieren Fehler (Gehring et al., 2011) (Gandhi et al. 2003) (Rubin et al. 2003). Wenn man die Behandlungszahlen und die Zahlen der Schlichtungsstellen in Relation setzt, kann man davon ausgehen, dass im ambulanten Bereich pro Jahr auch von einer mindestens 5-stelligen Anzahl von Todesfällen aufgrund vermeidbarer Fehler ausgegangen werden muss.

Das heißt in Deutschland sterben ca. 380 Patienten jede Woche im Krankenhaus aufgrund vermeidbarer Fehler und ca. 100 Patienten im ambulanten Bereich aufgrund vermeidbarer Fehler.

Werden Mediziner mit solchen Zahlen konfrontiert, reagieren sie in der Regel stark bewegt, es geht doch um Menschenleben und um ihre Behandlungskompetenz.

Wenn 150 Fluggäste einer deutschen Maschine in Spanien ums Leben kommen, hat dies einen wochenlangen Fokus der Aufmerksamkeit durch die Medien. Der Bundespräsident und die Bundeskanzlerin nehmen dazu Stellung und positionieren sich. 71 tote Flüchtlinge in einem Kühlwagen auf der



Autobahn und 400 Tote auf einem Schiff im Mittelmeer finden ebenfalls eine lange Aufmerksamkeitsphase in der Presse und entsprechende politische Resonanz.

Komplexen Systemen wie medizinischen Behandlungseinrichtungen gehören zu hoch relevanten Risikobereichen wie Atomindustrie, chemische Industrie oder Flugzeugträger (Luxembourg Declaration on patient safety, 2005) (Weick/Sutcliffe, 2007).

Selbst unter idealen Bedingungen, das heißt gute Qualifikation, Sachkompetenz, körperliche Fitness, adäquate Auslastung und sehr wenig Stress, entstehen bei den menschlichen Tätigkeiten zwischen 3 und 10 Promille Fehler, wenn Menschen 1000 Tätigkeitsschritte durchführen. Dies steigt mit zunehmendem Stress, mit Unterbesetzung, wenig Qualifikation und körperlicher Ermüdung um den Faktor 10–30 (Bubb, 2013).

2 Kritische Versorgungsbeispiele

Seit dem Jahr 2004 zeigt die Joint Commission durch die Analyse von Fehlern und Schadensfällen kontinuierlich und wiederholt, dass 65–80 % der Fehler und Schadensfälle aufgrund von Kommunikationsstörungen, Kommunikationsmängel und Kommunikationsfehlern auftreten (Joint Commission, 2012).

Dies lässt sich weltweit bestätigen (Poimann, 2013). In der Analyse von über 4800 solcher Schadensfälle findet sich die Kommunikation immer an der Spitze der entsprechenden Ursachenfaktoren (Joint Commission, 2012).

Auch im Bereich der Fehler bei der Verordnung von Medikation, sowohl im ambulan-

ten, als auch im stationären Bereich, findet sich ein hoher Anteil von Kommunikationsfehlern als Ursache (Huges 2008). Insbesondere in den medizinischen Abteilungen mit hoher Arbeitsdichte und komplexen Vorgängen, wie zum Beispiel OP, Aufwachraum und Intensivstation, finden sich Kommunikationsmängel als Ursache für Fehler und daraus folgenden Schäden am Patienten inkl. Todesfälle (Lingard et al. 2004, Provonost et al. 2000).

Insbesondere beim Transfer von einem Bereich in den nächsten, zum Beispiel vom OP zur Intensivstation, oder von der Intensivstation auf die Normalstation, oder einfach beim Verlegen von einer Station auf die andere, oder zum Zeitpunkt der Entlassung vom Krankenhaus in den ambulanten Bereich, finden sich bis zu 80 % Kommunikationsfehler, die zu einer hohen Schadens- und Fehlerquote durch diese Tätigkeiten führen (GQMG 2015). Vermeidbare Todesfälle in deutschen Krankenhäusern zwischen 16 000 und 40 000 pro Krankenhäuser und Jahr (Rall et al. 2001, APS 2007) sind überwiegend auf Kommunikationsmängel des Fachpersonals zurückzuführen.

Diese Zahlen sind vergleichbar mit Ergebnissen aus den USA (Brennan et al. 1993), in Australien (Wilson et al. 1995) oder in England (Vincent et al, 2001). Auch wenn diese Zahl sehr sorgfältig erhoben worden sind, muss man zum jetzigen Zeitpunkt davon ausgehen, dass sich eine deutlich höhere Anzahl an Todesfällen in den Krankenhäusern der westlichen Welt ereignet. Bereits 2006 werden von Porter und Teisberg die ursprüngliche Zahl von Leape (2000) von 98 000 auf

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.



250 000 in den USA korrigiert. Aktuelle Arbeiten benennen die Anzahl der Todesfälle aufgrund fehlerhafter Behandlungen im Krankenhaus mit 400 000 und höher (James, 2013).

Entsprechend der Joint Commission und deren sorgfältigen Analysen von Sentinel Events finden sich 3 Punkte jeweils als grundlegende Ursachen: Kommunikation, human factor und Führung. Dies trifft sowohl für Verwechslungen im OP, das Vergessen von Objekten im Situs, operative und postoperative Komplikationen und vor allem für Verzögerungen einer adäquaten rechtzeitigen Behandlung zu. (Joint-Commission, Sentinel Event-Data, 2004-2012).

Speziell für die operative Situation konnte die Arbeitsgruppe um Lingard und Kollegen (2004) in mehreren Arbeiten die Bedeutung der Kommunikation für den OP nachweisen. Bei 48 genau analysierten operativen Eingriffen mit 421 Kommunikationsinteraktionen wurden 129 kommunikative Mängel nachwiesen. In 45 % war der zeitliche Einsatz unpassend, zum Beispiel zu spät, nicht angefragt und zum ungünstigen Zeitpunkt. In 35 % war die Information nicht vorhanden oder falsch, in 24 % wurde vorsätzlich ein Thema nicht abgeschlossen und in 20 % wurden die betroffenen Personen nicht mit einbezogen. Insgesamt waren 36 % der Kommunikationsmängel verantwortlich für ineffizientes Verhalten, Teamspannung, Ressourcenverschwendung, Verzögerungen, falsche Vorgehensweise, Unannehmlichkeiten für den Patienten und unkoordiniertes Arbeiten. (Lingard et al., 2004). Weitere Arbeiten zeigen, dass entsprechende Trainingsmaßnahmen im OP-Saal zu einer deutlichen

Verbesserung der Kommunikation führen mit einer Reduktion der entsprechenden Kommunikationsmängel (Lingard et al. 2008, Halverson et al. 2010).

Desweiteren kann gezeigt werden, dass speziell im neurochirurgischen Bereich selten die ganze Behandlungskette vom OP bis zurück auf die Normalstation die entsprechenden Übergaben nicht klar festgelegt und deshalb bei den Mitarbeitern schlecht mental repräsentiert sind und es deshalb zu den Fehlern kommt. (Buba et al. 2012; McElroy et al., 2015)

Speziell für den Übergabebereich (Hand-Off) gibt es eine umfangreiche Literatur, die belegt, dass hier ein Großteil der Fehler mit Schadensfolgen für die Patienten entstehen (GQMG, 2015).

Die Kommunikationsmängel spielen mit über 53 % auch bei tödlichen Ausgängen von Übergaben eine entscheidende Rolle. Im Vergleich zu Übergabeproblemen ohne Schaden für den Patienten. Obgleich finden sich auch noch 25 % Kommunikationsmängel in Kombination von Wissensdefiziten um die 25 % und Handlungsdefiziten von 13 % (Dunn et al., 2008).

Ein weiterer kritischer Bereich stellt die medikamentöse Behandlung dar, die sowohl im ambulanten Bereich, als im klinischen Bereich einen hohen Prozentsatz an Fehlern aufweist (Gandhi et al. 2003) (Gehring et al. 2011) (Deutscher Sachverständigenrat 2007). Ein Bericht des IMS-Instituts für Healthcare-Informationen vom Juni 2013 spricht von vermeidbaren 213 Mrd. US-Dollar Schäden durch die inadäquate Verwendung von Medikamenten: allein 105 Mrd. durch non-adherence-Phänomene, des weiteren Ein-



bußen durch verzögerte evidenzbasierte Behandlung (39,5 Mrd.), Antibiotika-Fehlverordnung (35,1 Mrd.) und Medikationsfehler (20 Mrd.).

All dies macht über 8 % des Gesamtaufkommens für die Gesundheitsversorgung in den USA von 2,7 Billionen US-Dollar aus. Auch in Deutschland kann die Problematik von Medikationseinsatz und den daraus resultierenden Folgen in Form von Fehlbehandlung, Fehlern und Schäden, entsprechend dargestellt werden (Deutscher Sachverständigenrat, 2007).

Die Auswertung von 17000 medikationsbedingter Vorfällen in Australien erbrachten in News South Wales eine Fehlerursache von 25 % Kommunikationsmängel und 18 % Wissensfehler (Huges, 2008).

3 Normen und Standards

Abgesehen von den ethischen und moralischen Fragen, die sich dadurch aufwerfen, inwieweit durch fahrlässiges oder grob fahrlässiges Handeln die Patienten zu einem Schaden kommen, stellt sich speziell für Deutschland natürlich die Frage, welche Bedeutung die Kommunikation im ärztlichen Handeln einnimmt. Dass Kommunikation in der Behandlung einen wesentlichen Faktor darstellt, wird von niemandem ernsthaft bestritten. (Poimann, 2015a)

Neuere Gesetzgebung, z. B. Patientenrechtegesetz fordert klare Hinwendung zum Patienten in Form von Informationspflichten, die dem Arzt obliegen, die Aufklärungspflichten, zum Beispiel vor Behandlungsbeginn oder vor Operationen, aber auch Sicherungsaufklärung, um postoperative Be-

handlungen sicherzustellen. (www.bmj.de, 2013/Infoblatt Patientenrechte)

Auch das neue Datenschutzgesetz 2012 (www.datenschutzgesetz.de) mit der besonderen Schutzbedürftigkeit patientenbezogener persönlicher Daten stellten die kommunikativen Wege, Mittel und Möglichkeiten im ärztlichen Bereich und im Verantwortungsbereich medizinischer Organisation insgesamt vor eine neue Herausforderung (www.datenschutzgesetz.de, 2012). Des Weiteren zeigt der Gemeinsame Bundesausschuss Flagge, wenn er im ambulanten Bereich die Etablierung von Qualitätsmanagement und neuerdings auch Risikomanagement als Richtlinie für die ambulante Patientenversorgung herausgibt (G-BA, 2015).

Dies zeigt sich auch in relevanten aktuellen Qualitätsnormen für die medizinische Versorgung, z. B. durch die DIN 15 224, in der in deutlicher Form die Kriterien für eine adäquate Versorgung und Kommunikation des Patienten festgelegt werden, sowie das Einführen eines funktionierenden Risikomanagementsystems im Rahmen des QM. (DIN EN ISO 15224, 2014)

Auch die jetzt im September veröffentlichte neue Fassung der ISO 9001:2015 trägt zur besseren Versorgung durch ein eigenes Kapitel zur Kommunikation in Verbindung mit bereits vorbestehenden Kapiteln zur internen und externen Information bei (DIN ISO 9001:2015).

4 Fehlerkosten

Jeder Fehler kostet Geld. Dies ist unbestritten, denn selbst kleinere Fehler sorgen für Verzögerungen im Ablauf, müssen korrigiert



werden, finden Beachtung und ziehen Konzentration, Aktivität und Einsatzmöglichkeit der Beteiligten ab. Aggarwal (2010) und Kollegen konnten den ökonomischen Aspekt von ineffizienter Kommunikation in amerikanischen Krankenhäusern quantifizieren. Kommunikationsfehler in den ca. 6000 Krankenhäusern der USA wurden anhand von 4 Ausgangsvariablen untersucht, nämlich Effizienz der Ressourcennutzung, Zielerreichung von Kernprozessen, Qualität der Arbeitsbedingungen und Servicequalität. Aufgrund ineffizienter Kommunikation kommt es zu 12 Mrd. US-Dollar Verschwendung durch verlängerte Behandlungsdauer und vermehrter ärztlicher und pflegerischer Aktivitäten. Das bedeutet, dass ein durchschnittliches 500-Betten-Krankenhaus über 4 Mio. US-Dollar jährlich aufgrund von Kommunikationsmängeln verliert. Dies entspricht etwa 1,93 % der Erlöse eines Krankenhauses, bei einer Gewinnmarge von 3,6 %. (Aggarwal et al. 2008). Für England entspricht dies hochgerechnet der Summe von 1,1 Mrd. Pfund was ungefähr 3–4 % der Gesamterlöse entspricht. Für die 1980 deutschen Krankenhäuser entspräche das etwa 4 Mrd. € was ebenfalls 3–4 % der Gesamteinnahmen der deutschen Krankenhäuser im Jahr 2013 entspräche (siehe auch Poimann 2011).

In diesen Kostenaufwendungen sind noch nicht Kosten für juristische Auseinandersetzungen und Schadensersatzleistungen enthalten. Auch dafür lassen sich relativ einfache Zahlen auf internationaler Ebene aufzeigen (Rosenstein 2011)

Die Mitarbeit des Patienten und seine Kenntnisse bezüglich Gesundheit spielen eine be-

deutsame Rolle im Bereich der Fehler und Fehlerkosten (Hill 2010). So kann man bei den Diabetikern zeigen, dass sich bei einer geringen Adhärenz die Kosten signifikant steigern im Vergleich zu Patienten, die Medikation wie verordnet durchführen. Gleiches kann man auch signifikant für Bluthochdruckpatienten zeigen und für die Patienten mit Hypercholesterin oder Herzerkrankungen (Sokol et al. 2005). In den Vereinigten Staaten finden jährlich vermeidbare Medikationsfehler bei 3,8 Mio. Patienten im Krankenhaus und bei 3,3 Mio. Patienten im ambulanten Bereich statt (Burton et al. 2007). Ähnliche Zahlen konnte für unerwünschte Arzneimittelwirkungen der deutsche Sachverständigenrat 2007 anführen (Deutscher Sachverständigenrat 2007). Ausführliche Zahlen für die Kosten durch perioperative und intraoperative Komplikationen, konnte Zhan & Miller im Jahr 2003 publizieren.

In Vorträgen des Berufsverbandes für Neurochirurgen konnte Poimann 2011 und Kruse 2013 bereits auf diese kritischen Sachverhalte ausführlich eingehen (Poimann 2011; Kruse 2013).

Inadäquates Verhalten zwischen den Mitarbeitern, insbesondere kommunikative Fehler und Verfehlungen, führen zu zusätzlichen Kosten in Höhe von vermehrter Fluktuation mit ca. 60–100 000 US-Dollar pro Positionswechsel, Medikationsfehler zwischen 2 und 5800 Euro pro Fall, im Krankenhaus erworbene Infektionen zwischen 20 000 und 38 000 US-Dollar pro Fall, beatmungsbezogene Pneumonien mit 49 000 US-Dollar pro Fall, Dekubitus mit 22 000

Euro pro Fall und tiefe Venenthrombose mit durchschnittlich 36 000 US-Dollar pro Fall. Zusätzlich kommen Kosten für mögliche gerichtliche Auseinandersetzungen in Höhe von durchschnittlich 521 000 US-Dollar pro Fall und mögliche Strafen bis zu 100 000 US-Dollar hinzu. Ineffiziente Kommunikation errechnet zusätzlich mit 4 Mio. US-Dollar in Bezug auf ein 500-Bettenhaus (Rosenstein 2011).

Zusammengenommen rechnet das Journal of Healthcare im Oktober 2012 die Kosten für das Gesamtsystem in den Vereinigten Staaten auf 735-980 Mrd., nur für die Personen, die aufgrund vermeidbarer Fehler sterben. Wenn man die entsprechenden Kosten für Überle-

bende von medizinischen Schäden zuzieht, kommt man weit über 1000 Mrd. US-Dollar.

5 Wie soll man kommunikative Fehler verhindern?

Trainingsmaßnahmen können auf Teamebene angesetzt werden, z. B. wurden Teamstepps in den USA, Kanada und Australien erfolgreich eingesetzt. Medizinisches Teamtraining ebenfalls in USA und England. Diese Trainingsmaßnahmen wurden vom Crew-Ressourcen-Management der Luftfahrt übernommen und für den medizinischen Bereich adaptiert (Teamstepps 2012).



BY SPINEART

MOTION

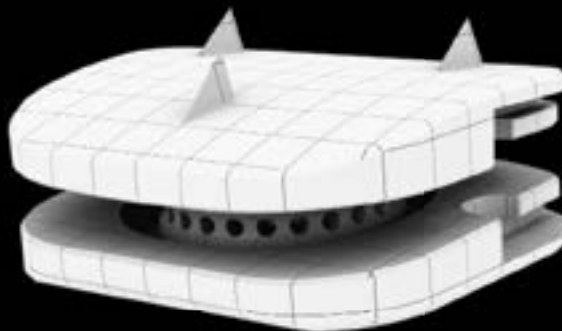
BAGUERA[®]_C

GEFÜHRTER MOBILER KERN

ANATOMISCHES DESIGN

GERINGERE MRT ARTEFAKTE

RÖNTGENDURCHLÄSSIGE GABEL



CERVIKALE

BANDSCHEIBEN

PROTHESE



Als äußerst erfolgreiche Einzelmaßnahme mit mittlerweile gesichertem Nachweis zur Verbesserung der intraoperativen Sterblichkeit und postoperativen Komplikationen, hat sich die Checkliste der WHO erwiesen. Im Bereich vom Transfer des Patienten ist das Werkzeug SBAR, eine Weiterentwicklung aus anderen hochrisikorelevanten Bereichen, wie zum Beispiel Luftfahrt, Atomindustrie, etc. ausführlich belegt und gesichert (GQMG, 2015).

Mittlerweile gibt es eine Reihe von Maßnahmen die dem entgegenwirken sollen. Der Einsatz von Qualitätsmanagement hat in den letzten 10 Jahren bedauerlicherweise wenig Nachweise auf nationaler Ebene für die Verminderung von Fehlern und Schadensfällen bringen können, so zeigen zertifizierte Brustzentren bessere Behandlungsergebnisse, als solche ohne QM-Zertifizierung. International lassen sich durch Einführung von Teamtraining und kommunikativen Maßnahmen in Verbindung mit dem Großeinsatz von Checklisten auf evidenzbasierter Ebene deutliche Verbesserungen aufzeigen: Reduktion von Fehlern insgesamt, dadurch die Reduktion von Schadensfällen und deutliche Verbesserungen von medizinischen Ergebnissen. Ansatzpunkte finden sich an kritischen Punkten der Versorgung, zum Beispiel im OP, bei Übergang und bei der Kommunikation nach Schadensfällen. In allen Bereichen spielt die Kommunikation, die es zu verbessern gilt, als ein kritischer Erfolgsfaktor. So führten nur 5% Veränderungen im Teamverhalten zu signifikante Veränderungen in den kommunikativen Fertigkeiten (11% Verbesserung), im Teamverhal-

ten mit anderen Abteilungen (15%), im Austausch von wichtigen Patienteninformationen während der Übergabe (42%) sowie eine Steigerung der Wahrnehmung für riskante Situationen (25%) (Jones et al. 2013).

Eine ausführliche Studie zur Verbesserung der Medikationsbehandlung zeigen für Schweden, USA und England deutliche, durch den Einsatz elektronischer Systeme mit relativ hohen Kosten, gute Ergebnisse in einem Zeitraum von 3-5 Jahren erreichen lassen. Andere Arbeiten zeigen eine verbesserte Kommunikation zwischen Ärzten, Pharmazeuten und Pflege reduzieren 85% ernsthafter Medikationsfehler. Ein Pharmazeut der routinemäßig an Visiten teilnimmt, führt zu 78% Verringerung der Medikationsfehler. Wenn ein Pharmazeut Ärzte bei der Visite auf der Intensivstation begleitet, führt das bis zu 270 000 US-Dollar Kostenersparnis (Fortescue et al. 2003; Kucukaraslan et al. 2003; Leape et al. 1999).

Die Universität Michigan konnte in jeder ihrer Klinik zeigen, dass ein systematisches Management mit Kommunikationstraining und das Einhalten von Kommunikationsstandards nach Auftreten von Patientenschäden die Kosten dafür um mehr als die Hälfte senken kann. (Kachalia et al., 2010).

Provonost (2003) konnte in 19 Intensivstationen eine Verbesserung der Sepsisraten und die daraus resultierende Sterblichkeit um 69% reduzieren, die Aufenthaltszeiten auf Intensivstation wurden um 36% gesenkt.

Interessanterweise ließen sich postoperative Sepsisraten hochsignifikant mit dem



Arbeitsklima im OP korrelieren (Teamstepps 2007).

Verbesserte Teamarbeit ist korreliert mit verbesserten klinischen Abläufen, Reduktion von medizinischen Fehlern, verbesserter Performance von chirurgischen Teams, vermehrte Beachtung von Leitlinien, Reduzierung der Aufenthaltstage in der Klinik der Patienten, verbesserter funktioneller Status der Patienten und eine reduzierte Sterblichkeit (Salas al 2009).

Im Bereich der Übergaben, d.h. Transfer von Patienten, unabhängig ob von Intensivstation auf Normalstation oder vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung, können standardisierte kommunikative Übergabeverfahren wie SBAR ebenfalls evidenzbasiert deutliche Verbesserungen der klinischen Ergebnisse bringen. Eine ausführliche Analyse der vorliegenden Evidenz und praktischer Handlungsanweisung zum Umsatz in der Routine werden von der Arbeitsgruppe Kommunikation im Qualität- und Risikomanagement der GQMG geliefert (GQMG, 2015).

Eigene Untersuchungen zeigen den Bedarf an zusätzlicher kommunikativer Kompetenz von Pflegepersonal und Ärzten und die positiven Folgen nach gezielten Trainingsmaßnahmen in Bezug auf Umgang mit Patienten und Behandlungsergebnis (Poimann, 2015b) (Hewig & Poimann, 2015).

Zur Verwendung einer einfacher Sprache und des Informationsprozesses durch den Arzt, gibt es ebenfalls eine Reihe von guten Untersuchungen, die zeigen, dass am meisten Vertrauen nicht etwa dann dem Arzt entgegengebracht wird, wenn er wissenschaftlicher Ergebnisse oder Leitlinien zitiert, son-

dern wenn er einfach sagt, was sich als bislang in der Behandlung als am besten erwiesen hat. Letzterer Formulierung vertrauen 79 % der Patienten, dem Zitieren von nationalen Leitlinien und deren Ergebnissen nur zu 65 % (Carmen et al. 2010).

6 Zusammenfassung:

Im medizinischen Alltag, insbesondere in der chirurgischen Praxis, führen Fehler zu unerwünschten Ereignissen, bis hin zu schweren Infektionen und Todesfolgen. Als grundlegende Ursache lassen sich unter anderem in 60-80 % der vermeidbaren Fehler kommunikative Mängel und Führungsschwäche aufspüren. Evidenzbasierte Zahlen lassen sich dabei für alle Länder der westlichen Medizin belegen. Seit über 10 Jahren gibt es Möglichkeiten, diese kommunikativen Lücken mit einfachen, klaren Schulungen und Regelungen zur Kommunikation auf verschiedenen Ebenen verbessern, um damit Fehler zu reduzieren, Kosten zu senken und Patientenschäden zu vermeiden. Als positiver „Nebeneffekt“ steigt die Zufriedenheit der Beteiligten (Personal, Patienten, etc.) und die Arbeits- und Lebensqualität in der Gesundheitsversorgung.

Literatur beim Verfasser

Der Autor

Dr. med. Dipl. Psych.

Horst Poimann

H. Poimann

Die neue DIN EN ISO 9001:2015: Was ändert sich?

Mit der DIN EN ISO 9001:2015 wird ein neuer Schritt in Richtung eines umfassenden Qualitätsmanagements unter Einbezug von Risikomanagement und Wissensmanagement vollzogen. Durch die Änderung der Struktur in eine High-Level-Struktur, welcher auch andere Managementsysteme folgen, ist eine einfache Harmonisierung verschiedene Managementsysteme in einer Organisation durchführbar.

Die ISO 9001:2015 macht es einfach, die Gesetzesforderungen zu integrieren und deren Umsetzung gut zu überwachen. Im Vergleich zur DIN EN 15224 ist sie branchenübergreifend und nicht medizinisch spezifisch, ist aber mit Einbezug des Risikomanagementsystems, des Kontextes der Organisation und des Wissensmanagements besonders für HRO (High Reliable Organisation) eine exzellente Grundlage zur Qualitätssicherung und zur -entwicklung. Sie eignet sich für jede Form der Organisation im Gesundheitswesen und wird sich vor allem im Umfeld von Zertifizierungen von Tumorzentren oder größeren umfassenden Zentren ihre Anwendung finden.

Im Sinne einer Harmonisierung gibt es eine übergeordnete High-Level-Struktur mit 10 Kapiteln. Es ist ein risikobasierter Ansatz integriert. Die Kontrolle externer Prozesse, Produkte und Dienstleistungen, die heute in zunehmendem Maße durch ausgelagerte Prozesse und Lieferketten entstanden ist, erfordert eine deutlich größere Beachtung. Planung und Kontrolle von Änderungen, inklusive der von Prozessen und notwendige Änderungen im Management-System, erhalten mehr Aufmerksamkeit. Die Verpflichtung

des Topmanagements wird stärker betont, indem es mehr Verantwortung für die Effektivität des Qualitätsmanagements zu übernehmen, und mehr Fokus auf die Ziele und entsprechende Planungen zu legen hat, auch um strategische Ziele zu erreichen. In diesem Zusammenhang sind die erforderlichen Ressourcen umfassender und klarer in den Anforderungen der Norm berücksichtigt.

In der Terminologie wird kein Unterschied mehr zwischen Dokumenten und Aufzeichnungen gemacht, beides wird jetzt als dokumentierte Information bezeichnet. Ein QM-Handbuch ist nicht mehr erforderlich, das alte kann jedoch beibehalten werden. Für die benannten Ziele müssen auch konkrete Maßnahmen zur Erreichung der Ziele definiert werden.

Die Kommunikation intern und extern wird deutlich gestärkt, es sind dafür klare Festlegungen erforderlich.

Ein komplett neues Kapitel zum Wissen der Organisation in Form eines Wissensmanagements ist gefordert. Bisher war eine Darstellung in der ISO 9004 zu finden. Die Kontrolle extern bereitgestellter Dienstleistungen und Produkte wurde besonders betont und verstärkt. Insgesamt müssen ausgelagerte Prozesse explizit überwacht werden. Sie verbleiben nach der ISO 9001:2015 im Anwendungsbereich der Organisation.

Zusammenfassend bietet die neue DIN EN ISO 9001:2015 Gesundheitsorganisationen eine solide Grundlage zur Integration verschiedener Managementsystemen für die zukünftige Herausforderung einer modernen Gesundheitsversorgung.

H. Poimann

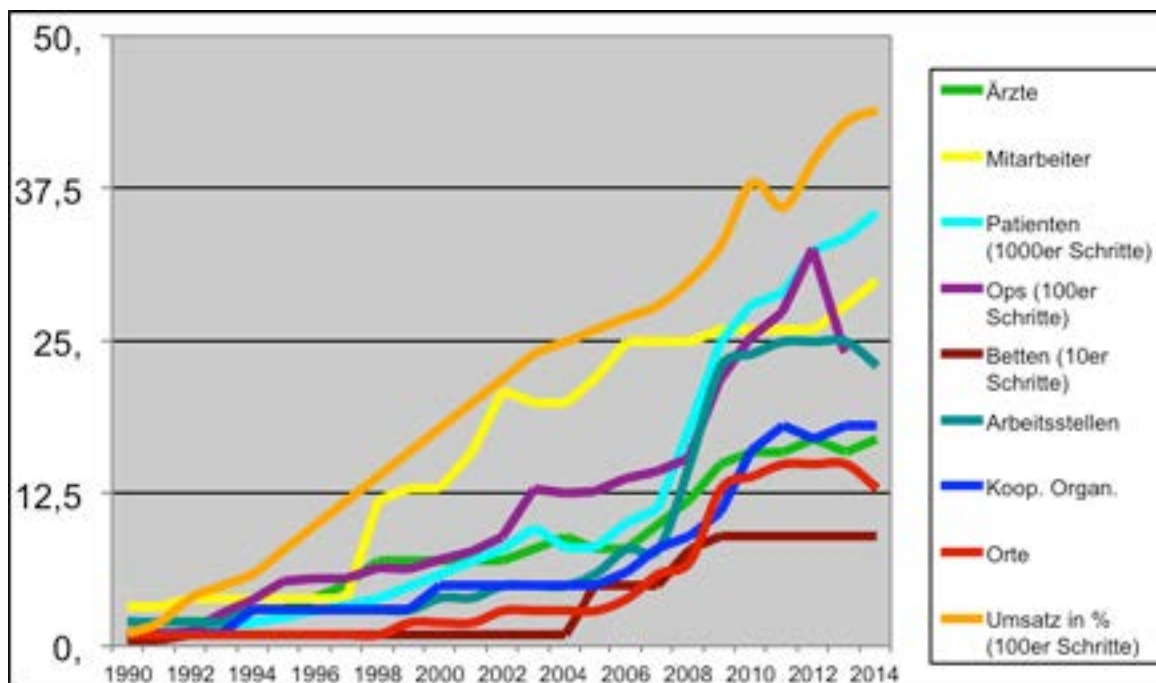
Erfahrungsbericht über den Einsatz der DIN EN 15224

1 Der Status quo

Die DIN EN 15224 ist eine europäische/deutsche Norm mit spezieller Zielrichtung auf das Gesundheitswesen, das auf der Grundlage der ISO 9001:2008 weg vom branchenübergreifenden Ansatz der ISO 9001 hin zur fachspezifischen Zertifizierungsmöglichkeit eines QM-Systems führt. Das MVZ für Neurochirurgie und Rehabilitationsmedizin, der Neurologie und Allgemeinmedizin in Würzburg, konnte bereits seit 1998 auf die Zertifizierungen nach ISO 9001 der vorbestehenden Gemeinschaft-

praxis aufbauen. Über viele Jahre wurde ein QM-System konsequent umgesetzt mit Integration von EFQM-Anteilen (Bewerbung um den Ludwig-Erhard-Preis in Deutschland). Pilotpraxis für QEP sowie integrativen Arbeitsschutz. Die ehemals kleine neurochirurgische Praxis hat sich innerhalb von 25 Jahren deutlich vergrößert und entwickelt. (Abb. 1). Seit Ende der 90-er Jahre war dies mit Hilfe des Qualitätsmanagements in viel einfacherer Form möglich. Die Schwerpunktpraxis zur ganzheitlichen Versorgung von Wirbelsäulenpatienten findet sich somit im deutschen

Abb 1 Entwicklung der Neurochirurgischen Praxis von 1990-2014





Deutsches Qualitätsnetz für neurochirurgische Wirbelsäulenbehandlung

Evaluierung/Audits

- intern:
 - individuelle Ebene
 - Gruppenebene
 - Organisationsebene
- extern:
 - Ärztekammer Nordrhein
 - peer review system

Excellence der Organisation

- Krankenhaus-/Praxiszertifizierung
DIN EN ISO 9001/ KTQ*/QEP*/EFQM
- Abläufe & Prozesse
 - Personal
 - technische Standards
 - Ergebnisse
 - Sicherheit

Risikomanagement und Patientensicherheit

Dokumentation

- klinische Daten
- Aufklärung
- Behandlung



U.E.M.S.
charter on quality
assurance 1996

DGNC BDNC
↓ ↓
Neurochirurgische Akademie für Fort-
und Weiterbildung, Abteilung
Qualitätssicherung

AWMF
Nationale Leitlinien

BÄK/KVB

- medizinische
Aus-, Fort- und
Weiterbildung
- berufl. Regelungen
und Anforderungen

Abb 2 Deutsches Qualitätsnetz für Wirbelsäulenoperationen

Qualitätsnetz für neurochirurgische Wirbelsäulenbehandlung, welches 2008 ausführlich dargestellt worden ist. (Abb. 2)

2 Die DIN EN 15224 erfüllt neue gesetzliche Rahmenvorgaben

Die erweiterten Qualitätsrichtlinien zum Jahresanfang 2015 durch den gemeinsamen Bundesausschuss fordern zusätzlich zum QM-System auch ein etabliertes Risikomanagement (G-BA 2015). Die Forderungen nach einem Risikomanagement bestehen auf europäischer Ebene seit dem Jahr 2005 (Literatur). Im

Wesentlichen fordert die DIN EN ISO 15224 zusätzlich zu ISO 9001:2008, definierte klinische Prozesse und Abläufe und ein klinisches Risikomanagement, was sich ebenso wie die klinischen Prozesse an 11 Qualitätsmerkmalen orientiert. Zudem werden konsequent Wirksamkeitsnachweise für die verschiedenen Tätigkeitsformen gefordert. Gleichzeitig werden die Ziele des Patientenrechtegesetzes wie Kodifizierung der Behandlung und Arzthaftung im BGB, Förderung der Fehlervermeidungskultur, Stärkung der Verfahrensrechte bei Behandlungsfehlern sowie die Stärkung der Patientenbeteiligung und Patienteninformation

in Form der Qualitätsmerkmale durch die DIN EN 15224 gut umsetzbar.

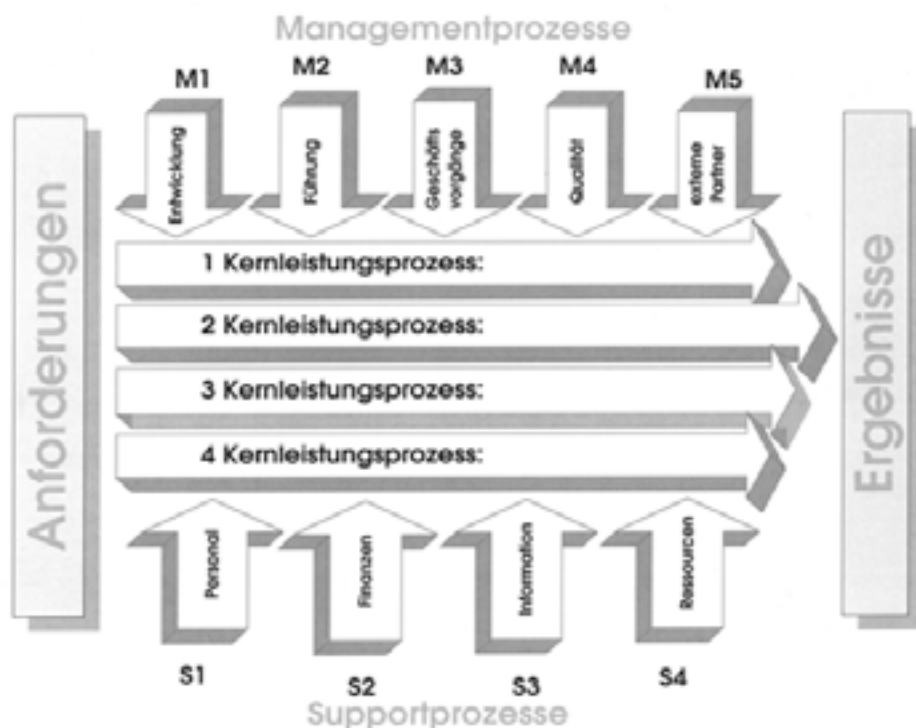
3 Umsetzung in der Praxis

Nach intensiver Vorbereitung über 1 Jahr, unter Einbezug der leitenden Ärzte und der Geschäftsführung 1x in der Woche, konnten wir eine erste Zertifizierung nach DIN EN 15224 im Juni 2014 und die Rezertifizierung im Juni 2015 erfolgreich absolvieren. Insbesondere die starken Regelungsänderungen der gesetzlichen Vorgaben, zum Beispiel Datenschutzgesetz, Hygienegesetz, Forderung nach Risikomanagement und das Patientenrechtegesetz waren ein Ansporn, ein umfassenderes, medizinspezifisches QM-System zu etablieren.

4 Vorgehen

Die in unserem Prozessmanagementsystem bestehenden Prozesse wurden um einen Prozess ergänzt, nämlich Risikomanagement, welche bereits in verschiedenen anderen Prozessen mit Teilkomponenten etabliert war. Allen Prozesseignern wurde ein Stellvertreter beige stellt. Die für uns vorbestehenden Prozesse (Abb. 3) wurden in kontinuierlicher Form überarbeitet, indem Bezug genommen wurde auf die 11 Qualitätsmerkmale unter der Berücksichtigung von Wirkungsnachweisen. Jeder einzelne Prozess, unabhängig ob aus dem Management-Bereich, den Kernleistungen oder den Unterstützungsprozessen, wurde systematisiert und in 8 Teilschritten untergliedert. Im 1. Teilschritt er-

Abb 3 Prozessdarstellung der Organisation



folgte die Definition des jeweiligen Prozesses, im 2. Festlegung der Prozesseigner. Im Teilschritt 3 wurde jeder Prozess einheitlich in 7 Teilschritte unterteilt, die jeweils mit Unterprozessen versehen sind. Im Teilschritt 4 erfolgte die Nennung von spezifischen Kennzahlen für den Kernprozess, im Abschnitt 5 die entsprechenden Ziele. Im Abschnitt 6 die Zuordnung zu den Qualitätsmerkmalen und deren Auswirkung auf den jeweiligen Prozess, in Teilschritt 7 wurden die entsprechenden Risiken benannt. Letztlich erfolgte im Teilschritt 8 eine Kosten-/Nutzen-Analyse und entsprechender Finanzbedarf. (Abb. 4).

5 Unsere Erfahrungen

- ▶ Eine solide Vorarbeit mit der ISO 9001:2008 ist hilfreich.
- ▶ Durch die Auseinandersetzung mit der DIN EN 15224 gewannen wir neue Aspekte und Blickweisen auf unser vorbestehendes QM-System mit vielen Verbesserungskomponenten.
- ▶ Alle Mitarbeiter wurden aktiviert und eingebunden.
- ▶ Es gab eine starke Motivation, sich gründlich über die in der DIN EN 15224 verwendete Terminologie auszutauschen

Abb 4 Prozessdarstellung Risikomanagement

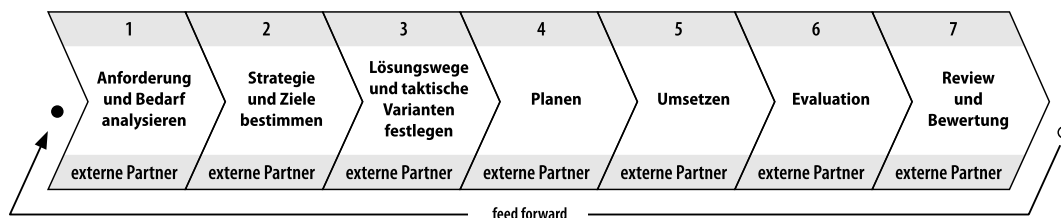
Risk Management

I Definition

In diesem Prozess werden alle Tätigkeiten und Abläufe geregelt, die zur Erfassung, Bewertung von Fehlern und Risiken notwendig sind, um entsprechende Maßnahmen durchzuführen, welche Risiken für Patienten verkleinern bzw. minimieren

II Prozesseigner

Prozesseigner: PD Dr. Martin Engelhardt und Dipl.-Psych. Dr. Horst Poimann



III A Riskmanagement in Teilschritten

III B Teilschritte mit Unterprozessen

IV Kennzahlen

V Ziele

VI Qualitätsmerkmale

VII Risiken

VIII Kosten-Nutzen-Analyse, Finanzbedarf

und deren Bedeutung für den Praxisalltag festzulegen.

- ▶ Das Bewusstsein für QM wurde sicherlich neu geschärft.
- ▶ Wir fanden im Anhang der DIN EN 15224 eine gute Anleitung zur Etablierung und Umsetzung der Norm. Es gibt viele hilfreiche Definitionen.

6 Zusammenfassung

Aus unserer Sicht ist eine klare Prozessstruktur notwendig, die Führung muss sichtbar mitmachen und sich engagieren. Es erfordert qualifizierte und motivierte Mitarbeiter. Eine umfangreiche Darstellung unserer Erfahrungen wurden am 20.8.2015 in Essen

durch Horst Poimann gegeben: DIN EN 15224 in der ambulanten Versorgung.

Literatur

- ▶ Poimann, H. (2001): How can the ISO 9000, Concept be Applied to Neurosurgery? Acta Neurochirurgica 78: 197-200
- ▶ Poimann, H, Simons Prof., Conzen, M. (2004): QM Handbuch für die Neurochirurgische Praxis. Würzburg, Huttenscher Verlag 507
- ▶ Poimann H., Schuster G., (2004): Fünf kostenfreie Schritte: Zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement, Würzburg, Huttenscher Verlag 507
- ▶ Poimann, H., Schuster G., (2014): Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement in: Moskop D., Wassmann, H. (eds) Neurochirurgie-Handbuch

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

J. Zieher

Einnahmen und Honoraroptimierung in der PKV

Viele Ärzte sind der Ansicht, dass ohne ihre Privatpatienten ein wirtschaftliches Überleben kaum noch möglich wäre. Im Gegenteil, die Zahl der Ärzte, die ernsthaft in Erwägung ziehen, ihren Kassensitz zu verkaufen, um künftig nur noch privatärztlich tätig zu sein, steigt.

Offensichtlich können im Bereich der Privatliquidation erheblich höhere Einnahmen generiert werden, als dies im GKV-Bereich möglich ist. Ein Blick in die für die Abrechnung von „Privatleistungen“ zuständige Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zeigt schnell, dass dies unzweifelhaft zutrifft.

Dennoch gibt es erhebliche Unterschiede in der Höhe des tatsächlich erlösten Privathonorars unter den Arztpraxen. Und diese Unterschiede erklären sich nicht nur an der „Größe“ der Praxis (Anzahl der Ärzte, Anzahl Patienten) oder dem Fachbereich (Allgemeinmedizin, Radiologie, etc.). Auch sogenannte „weiche Faktoren“ beeinflussen nachhaltig die Höhe des Privatumsatzes.

Diese weichen Faktoren gilt es zu kennen, zu analysieren und soweit erforderlich zu optimieren:

- ▶ Effektives Forderungsmanagement
- ▶ Korrekte, optimale Rechnungslegung
- ▶ Sinnvolle IGeL-/Selbstzahlerangebote

Effektives Forderungsmanagement – Honorarausfall vermeiden

Jahr für Jahr erleiden Arztpraxen in Deutschland Honorarausfälle in Millionenhöhe. Die Gründe hierfür liegen dabei nicht immer nur in der schlechten Bonität des Patienten. Deshalb tun Arztpraxen gut daran, ein effektives Forderungsmanagement zu etablieren.

Die häufigsten Gründe, weshalb Forderungen ausfallen:

- ▶ schlechte Bonität von Patienten
- ▶ Rechnung nicht zustellbar
- ▶ Kürzung durch Kostenträger
- ▶ Verjährung/Verwirkung
- ▶ Unvollständige Abrechnung

Was lässt sich dagegen tun?

A Bonität des Patienten

Jeder Patient ist ein potentieller „Ausfallkandidat“, da man seinen wirtschaftlichen Hintergrund meist nicht wirklich kennt. Echte Prävention ist daher kaum möglich. Die Devise muss also lauten: Schadenminimierung!

Der Einsatz eines Aufnahmeformulars mit Privatbehandlungsvertrag hilft klare Fronten zu schaffen und die für eine spätere Einforderung wichtigen Daten über den Patienten/Schuldner zu ermitteln. Alle Patienten sollten ein entsprechendes Formular ausfüllen und unterschreiben. Über dieses Formular können viele Zusatzinformationen abge-



fragt werden, die später bei der Forderungsrealisierung hilfreich sein können, z.B.

- ▶ Handy-Nummer
- ▶ Name der Versicherung + Versicherungsnummer
- ▶ Arbeitgeber
- ▶ Beihilfestatus

Die in dem Formular gemachten Angaben sollten schnellstmöglich überprüft werden (stimmt die Adresse überhaupt?), z.B. anhand des Personalausweises oder über eine Telefon-CD oder einer schnellen Internet-Recherche. So wird von Anfang an vermieden, dass sich „unbekannte“ Patienten unter falschem Namen eine ärztliche Leistung erschleichen.

Der optionale aber überaus empfehlenswerte Privatbehandlungsvertrag schützt die Praxis davor, dass der Patient nach der Behandlung plötzlich mit der Kassen-Chipkarte kommt und behauptet, sich nie als Privatpatient vorgestellt zu haben. Im übrigen geben die meisten Privatkassen zwischenzeitlich auch Chipkarten für ihre Versicherten aus. Danach sollte also auch gefragt werden.

Durch die „Zusatzangaben“ im Aufnahmeformular können Vollstreckungsmaßnahmen erleichtert werden, so z.B. die Pfändung des Gehalts des Patienten. Bereits ein beiläufiger Hinweis, erforderlichenfalls den Arbeitgeber oder die Versicherung/Beihilfestelle über die noch ausstehenden Rechnungsbeträge zu informieren, hilft oft, den Schuldner zur Zahlung zu bewegen. Wer will schon gerne mit Zahlungsschwierigkeiten in Verbindung gebracht werden?

Natürlich sollte man auch darauf achten, dass keine allzu hohen Einzelrechnungsbeträge entstehen. Vor allem bei „neuen“ Pa-

tienten sollte man ruhig mindestens monatliche besser 14-tägige Zwischenrechnungen erstellen. So erkennt man schnell, ob die Rechnungen pünktlich bezahlt werden und kann ggf. beim nächsten Termin dezent auf eine unbezahlte Rechnung hinweisen. Achten sie auf ein entstehendes Kumul-Risiko und ziehen sie rechtzeitig die Notbremse!

Ein stringentes Mahnwesen ist ebenfalls für ein effektives Forderungsmanagement unerlässlich. Spätestens nach 6 Wochen sollte eine Forderung bezahlt sein. Länger benötigen auch Versicherungen und Beihilfestellen nicht mit der Erstattung eingereicherter Abrechnungen.

Mehr als zwei Mahnungen sind nicht nötig, wobei die zweite und damit letzte Mahnung auch deutlich als solche zu verstehen sein sollte. Es gibt nämlich Patienten, die „grundsätzlich“ erst nach der letzten Mahnung bezahlen.

Bevor der Gang zum Anwalt angetreten wird, hilft oft die telefonische Konfrontation des Patienten mit der noch unbezahlten Rechnung. Hier empfiehlt sich dem Patienten nur eine kurze „Nachfrist“ (maximal eine Woche) zum Ausgleich der Forderung zu geben. Ist auch diese ergebnislos verstrichen, dann hilft nur noch der „gerichtliche Mahnbescheid“.

Ist ein Patient als zahlungsunfähig oder –unwillig entlarvt, besteht noch die Möglichkeit, zumindest die noch nicht in Rechnung gestellten Leistungen direkt gegenüber der vom Patienten im Aufnahmeformular angegebenen Versicherung abzurechnen. Dies ist allerdings nur auf dem „Kulanzwege“ möglich, da die meisten Versicherungen eine Direktabrechnung grundsätzlich verweigern.

Checkliste „Bonität“

	Ja	Nein
▷ Aufnahmeformular/Privatbehandlungsvertrag wird verwendet?	☐	☐
▷ Angaben im Aufnahmeformular werden geprüft?	☐	☐
▷ Kurze Rechnungslegungsintervalle (14-tägig, monatlich)?	☐	☐
▷ Kurze Mahnfristen (max. 6 Wochen)?	☐	☐
▷ Maximal 2 Mahnungen?	☐	☐
▷ Telefonische Klärung vor Mahnbescheid?	☐	☐

B Rechnung nicht zustellbar

Viel zu häufig geht Honorar verloren, weil die Rechnung nicht zugestellt werden konnte. Vorbeugend hilft hier nur, die für die Überprüfung der Bonität bereits angesprochenen Punkte stringent einzuhalten:

- ▶ Prüfung der vom Patienten gemachten Adressangaben
- ▶ Kurze Rechnungslegungsintervalle

Auch bereits bekannte Patienten sollten regelmäßig danach gefragt werden, ob die Adressdaten noch aktuell sind.

Sollte eine Rechnung dennoch einmal von der Post als unzustellbar zurück kommen, kann über die – hoffentlich – in der Patientenaktei vermerkte Telefon-/Handy-Nummer des Patienten schnell die aktuelle Adresse erfragt werden. Ist dies nicht möglich, kann kostenlos über eine Internetrecherche (Telefonauskünfte) versucht werden, die neue Adresse zu ermitteln. Sollte auch dies zweifelsfrei nicht möglich sein, bleibt der Weg über das Einwohnermeldeamt, was jedoch je nach Behörde mit Kosten zwischen 5 und 15 € zu Buche schlägt.

Sollte der Patient zwischenzeitlich ver-

storben sein, können über eine Anfrage beim Nachlassgericht (Teil des für den Patienten zuständigen Amtsgerichts) die Hinterbliebenen ermittelt werden. Falls diese das Erbe nicht ausgeschlagen haben, kann hierüber die Forderung realisiert werden. Welchem der Erben dabei die Rechnung zugestellt wird, ist unerheblich, da Erbengemeinschaften immer „solidarisch“ haften.

Wurde das Erbe ausgeschlagen, bleibt noch der Versuch, die Rechnung direkt an die Versicherung des Patienten zu senden. Hier sollte in einem kurzen Anschreiben die Situation geschildert werden, in Verbindung mit der Bitte, in diesem Fall eine Kulanzregelung zu finden. Kulanz deshalb, da üblicherweise die Versicherungen in Ihren Versicherungsbedingungen die Direktabrechnung ausgeschlossen haben. Es besteht also keine Verpflichtung der Versicherung die unbezahlte Rechnung zu regulieren.

Checkliste „Unzustellbare Rechnung“

	Ja	Nein
▷ Neue Adresse telefonisch erfragbar?	☐	☐
▷ Internetrecherche möglich?	☐	☐
▷ Anfrage beim Einwohnermeldeamt/Nachlassgericht?	☐	☐
▷ Kulanz-Regulierung bei der Versicherung des Patienten?	☐	☐

C Kürzung durch Kostenträger

Die veraltete GOÄ (1996!) und die neuen Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie liefern die Grundlage für häufiger werdende Erstattungsprobleme durch die Privatkassen.

Obwohl sicherlich selbstverständlich, sei an dieser Stelle erwähnt, dass zu allererst



natürlich sichergestellt werden muss, dass nur Leistungen abgerechnet werden, die

- ▶ medizinisch notwendig waren,
- ▶ tatsächlich erbracht wurden und
- ▶ gemäß GOÄ berechnungsfähig sind.

Die medizinische Notwendigkeit ist ein häufiger Ansatz von Versicherungen, Leistungen von der Erstattung auszunehmen. Hier hilft eine lückenlose Dokumentation aller erhobenen Befunde anhand derer sich ggü. der Versicherung die objektive Notwendigkeit der durchgeführten Behandlungen darlegen lassen.

Hält die Versicherung weiter daran fest, dass Art und/oder Umfang der Diagnostik/Therapie nicht notwendig waren, kann der Fall der zuständigen Landesärztekammer zur Beurteilung vorgelegt werden. Alternativ kann dem Patienten auch eine Beschwerde beim Ombudsmann für die Private Krankenversicherung in Berlin vorgeschlagen werden. Entsprechende Beschwerdeformulare gibt es im Internet (<http://www.pkv-ombudsmann.de/ihre-beschwerde/>).

Wird von der Versicherung allerdings nicht die Notwendigkeit einer Leistung oder deren tatsächliche Erbringung moniert, sondern die Möglichkeit diese zusätzlich zu berechnen, muss man in die zum Teil sehr komplizierten Regelungen der GOÄ eintauchen.

Die GOÄ umfasst neben 12 Paragraphen auch eine Vielzahl von „Allgemeinen Bestimmungen“ und Abrechnungsausschlüssen im Gebührenverzeichnis. Diese gut zu kennen ist der Schlüssel, um den Kürzungen der Versicherungen entgegenzutreten zu können.

Aufgrund der zunehmenden Komplexität der Privatabrechnung, verursacht durch eine völlig veraltete GOÄ, gewinnen sogenannte

GOÄ-Kommentare an Bedeutung. Diese Kommentare versuchen uneindeutige Regelungen in der GOÄ zu konkretisieren und vor allem für neue diagnostische oder therapeutische Verfahren Abrechnungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Einige dieser Kommentare werden regelmäßig auch von den Privatkassen genutzt und sind daher sehr zu empfehlen:

- ▶ Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte nach Brück (Deutscher Ärzteverlag)
- ▶ Gebührenordnung für Ärzte der Autoren Hoffmann/Kleinken (Kohlhammer Verlag)
- ▶ Der GOÄ-Kommentar nach Lang, Schäfer, Stiel (Thieme Verlag)

Darüber hinaus gibt es eine Reihe weiterer, zum Teil auf bestimmte Fachrichtungen spezialisierte Kommentare (z. B. Anästhesie, Visceralchirurgie, Gynäkologie etc.).

Auch die Bundesärztekammer veröffentlicht in unregelmäßigen Abständen Abrechnungsempfehlungen und –kommentierungen, welche bei den Privatkassen Beachtung finden. Nicht zuletzt erscheinen auch im IWW-Verlag mit „Abrechnung aktuell“ und dem „Chefärzte Brief“ äußerst hilfreiche Publikationen, auf die man sich in der Korrespondenz mit Versicherungen stützen kann.

Ziel ist es, die Einwände der Versicherung zu entkräften, um das Honorar zu sichern aber auch, um den Patienten zu signalisieren, dass man nicht „falsch“ abgerechnet hat.

Führt eine Diskussion mit der Versicherung zu keinem zufriedenstellenden Ergebnis, bleibt auch hier die Möglichkeit der Einschaltung der zuständigen Landesärztekammer oder aber der Rechtsweg, welcher allerdings mit oftmals unklarem Ausgang und Kostenrisiko (gilt aber für alle Parteien!) ver-

bunden ist. Alternativ ist daher immer auch der Versuch eines außergerichtlichen Vergleichs in Erwägung zu ziehen.

Checkliste „Kürzung durch Kostenträger“

	Ja	Nein
▷ Berechnete Leistungen dokumentiert?	☐	☐
▷ Veröffentlichungen über ähnliche Fallkonstellation vorhanden?	☐	☐
▷ Klärung über Landesärztekammer möglich?	☐	☐
▷ Vergleich anbieten?	☐	☐

D Verjährung/Verwirkung

Wenn Arztpraxen die hier bereits vorgestellten Maßnahmen für ein effektives Forderungsmanagement einhalten, kann dieses Kapitel ruhig übergangen werden. Wenn nicht, sollten Sie hier weiterlesen:

In Deutschland sind Ansprüche nicht grenzenlos rechtlich durchsetzbar. Der Gesetzgeber sieht sogenannte Verjährungsfristen vor. Für die ärztliche Honorarforderung beträgt die Verjährungsfrist 3 Jahre, beginnend mit dem Ende des Jahres, in der der Anspruch (durch Rechnungslegung) begründet wurde. Das heißt eine Rechnung vom 2.1.2012 verjährt zum 31.12.2015. Damit dies nicht geschieht, muss vor diesem Termin

- ▶ mindestens ein gerichtlicher Mahnbescheid beantragt worden sein
- ▶ der Schuldner schriftlich auf die Einrede der Verjährung verzichtet haben

Die Verjährung kann nur für Forderungen eintreten, die bereits begründet wurden (z. B. durch Rechnungslegung). Wie ist es mit Leistungen, die schon länger zurückliegen, für die noch keine Rechnung geschrieben wurde?

In der Tat, kann auch eine ärztliche Leistung nicht unbegrenzt nach deren Erbringung dem Patienten in Rechnung gestellt

werden. Hier gilt es die sogenannte Verwirkung zu beachten. Gemäß aktueller Rechtsprechung orientiert sich der Zeitraum der Verwirkung an dem der Verjährung, beträgt also regelmäßig ebenfalls 3 Jahre. Somit lässt sich das obige Beispiel der Verjährung auch auf die Verwirkung übertragen.

Es empfiehlt sich also, mindestens einmal jährlich, spätestens Anfang Dezember zu prüfen, ob noch „alte“, nicht abgerechnete Leistungen oder unbezahlte Rechnungen vorhanden sind, um notfalls noch rechtzeitig die nötigen Schritte einleiten zu können.

E Unvollständige Abrechnung

„Verjährung / Verwirkung“

	Ja	Nein
▷ „Alte“, noch nicht abgerechnete Leistungen vorhanden?	☐	☐
▷ Gibt es unbezahlte Rechnungen, die älter als 2 Jahre sind?	☐	☐
▷ Müssen gerichtliche Mahnbescheide beantragt werden?	☐	☐

Das nächste Kapitel im Bemühen um ein effektives Forderungsmanagement ist deshalb besonders wichtig, da sich der hieraus ergebende Schaden im Nachhinein kaum bis gar nicht beziffern lässt und daher eine besondere Aufmerksamkeit verdient.

Grundsätzlich sollte angestrebt werden, dass jede erbrachte ärztliche Leistung auch zur Abrechnung gebracht wird. Das Arztpraxen diesem Anspruch aber häufig nicht gerecht werden, zeigen eine Vielzahl vom Autor selbst durchgeführter Abrechnungsschecks. Was sind dabei die häufigsten Fehlerquellen?

Vergessene Zuschlagsleistungen

Die GOÄ sieht für viele Leistungen Zuschläge vor, wenn diese

- ▶ zur Unzeit
- ▶ mit besonderem technischen Equipment
- ▶ an Kindern
- ▶ in besonderen Situationen (z.B. ambulant) erbracht werden. Nur wenige Praxissoftware-Systeme weisen den Benutzer zuverlässig auf die Berechnungsmöglichkeit solcher Zuschläge hin (z.B. Kinderzuschlag K1 oder K2)

Falsch interpretierte Ausschlussregelungen

Die GOÄ kennt eine Vielzahl von Ausschlüssen, d.h. von Regelungen, wann eine Leistung nicht mehr oder nicht neben einer anderen berechnet werden darf. Diese Regelungen sind zumeist auch eindeutig in der GOÄ formuliert, häufig aber an Bedingungen geknüpft, die von einem EDV-System nicht zuverlässig genug „eingeschätzt“ werden können. Deshalb ist es unbedingt erforderlich, dass alle vom System als „Ausschluss“ deklarierten Leistungen, durch eine(n) in der Abrechnung erfahrenen Mitarbeiter(in) überprüft werden. So gilt beispielsweise die Regel, dass die Ziffer 1 und/oder 5 neben Sonderleistungen der Abschnitte C bis O nur einmal im Behandlungsfall berechnet werden darf, gerade eben nur für den selben Behandlungsfall. Der Behandlungsfall wiederum ist definiert als Zeitraum von 1 Monat ab der ersten Inanspruchnahme für die Behandlung der selben Erkrankung. Wenn also der Patient innerhalb dieses Monats wegen einer anderen Erkrankung in die Praxis kommt, entsteht für diese Erkrankung ein neuer Behandlungsfall und die Ziffer 1 und/oder 5 wären wieder neben Sonderleistungen berechnungsfähig.

Ähnliche Konstellationen gibt es oft in der GOÄ, weshalb immer ein geschulter Blick die Ausschlüsse überprüfen sollte.

Nicht berechnete Auslagen

Im § 10 GOÄ ist geregelt, dass der Arzt Auslagen, die ihm im Zusammenhang mit der Behandlung von Patienten entstehen (z.B. Verbandmittel, Medikamente etc.) an die Patienten weiterberechnen darf. Wichtig ist, dass nur die dem Arzt auch tatsächlich entstandenen Kosten weiterberechnet werden dürfen.

Leider werden häufig solche Auslagen – vor allem wenn diese eher geringen Betrags sind – gar nicht erst in die Rechnung aufgenommen oder aber wieder gelöscht, weil die zugrunde liegende Leistung nicht (mehr) berechnet werden darf (z.B. Verband beim Verbandswechsel). Hierdurch entstehen Ärzten Mindereinnahmen nicht selten in Höhe von mehreren Tausend Euro jedes Jahr. Besonders bitter deshalb, weil die Kosten ja tatsächlich angefallen sind.

Hier gilt es also zunächst zu prüfen, bei welchen Leistungen regelmäßig auch Materialien verbraucht werden (z.B. Nahtmaterial, Porto für Arztberichte, Akupunkturnadeln etc.). Anhand dieser Informationen kann dann ein Auslagenkatalog erstellt werden, welcher monatlich aktualisiert werden sollte (Preise verändern sich!).

Ziel ist es, alle berechnungsfähigen Auslagen auch tatsächlich in angefallener Höhe an den Patienten weiter zu berechnen.

Erhöhter Aufwand nicht berücksichtigt

Anders als im EBM gibt es in der GOÄ die Möglichkeit, jede ärztliche Leistung mit einem individuellen Faktor zu versehen. Diesen Vorgang nennt man „steigern“. Wenn also Voraussetzungen vorliegen, die im § 5 GOÄ genannt sind:

- ▶ besondere Schwierigkeit der Leistung

- ▶ besonderer Zeitaufwand der Leistung
 - ▶ besondere Umstände bei der Ausführung
 - ▶ Schwierigkeit des Krankheitsfalles
- dann darf die davon betroffene Leistung unter Angabe einer Begründung bis zum jeweiligen Höchstsatz gesteigert werden.

„Unvollständige Abrechnung“

	Ja	Nein
▶ Mögliche Zuschläge beachtet?	☐	☐
▶ Ausschlüsse auf Plausibilität geprüft?	☐	☐
▶ Auslagen vollständig abgerechnet?	☐	☐
▶ Besonderen Zeitaufwand/Schwierigkeit berücksichtigt?	☐	☐

Von dieser Möglichkeit wird allerdings auch noch heute (trotz letztmaliger Anpassung der Bewertung der GOÄ im Jahr 1996) kaum Gebrauch gemacht, was sicher

ebenfalls zu erheblichen Honorareinbußen führt.

Fazit

Ein effektives Forderungsmanagement schützt die Arztpraxis nachhaltig vor Honorarverlust. Die „Gefahren“ zu kennen bedeutet, geeignete Maßnahmen vorbeugend ergreifen zu können.

Bei den vorgenannten Ausführungen handelt es sich um keine Rechtsberatung!

Der Autor

Joachim Zieher
Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle
GmbH, Nürnberg
Willy-Brandt-Platz 20, 90402 Nürnberg

Profilfrei. Bewährt seit 2008. Weltweit 80.000 Fusionen.



ROI-C®
Zervikaler Cage



Avenue® L
Lateral Lumbarer Cage



ROI-A®
Anteriorer Cage



ROI-A®
Obliquen - Anteriorer Cage

featuring
VerteBRIDGE®
PLATING TECHNOLOGY



Hôtel de Bureaux 1, 4 rue Gustave Eiffel, 10430 Rosières Près Troyes
Mailing Address: Technopole de l'Aube, BP 2, 10902 Troyes Cedex 9, France +33 (0)3 25 82 32 63

www.ldr.com

CE 0459

11/2015

R. Meindl

Das GKV-VSG und die Freiberuflichkeit: Ein Angriff auf diese? – JA!

Das Gesetz wurde beschlossen, es wird umgesetzt und zwar mit dem Segen von Bundesgesundheitsminister Gröhe, und – der Schulterschluss ist bemerkenswert und lässt für die Zukunft nichts Gutes ahnen (Bürgerversicherung!! von Herrn Lauterbach; Auflösung der Sektorengrenzung; Nichtbeachtung bis hin zur Ignoranz der Fachärzte).

dienter Maßen auch verkaufen möchte, voll- oder teilenteignet. Das GKV-VSG ermöglicht dies, ungeachtet aller professionellen Expertenwarnungen, dass dies eine verfassungswidrige Enteignung sei (das wegen der Verfassungswidrigkeit geänderte Gesundheitsstrukturgesetz [GSG], aus dem Jahre 1993, lässt grüßen!).

Wo liegen die Ziele des Angriffs auf die Freiberuflichkeit?

- 1. Termin Servicestelle** Diese völlig überflüssige Regelung (nach repräsentativer Umfrage sind ca. 80 % der Patienten mit der Terminvergabe und den Fristen einverstanden), greift elementar in geordnete Praxisabläufe ein, missachtet den eigenen Vorschlag, dies durch eigene Computersysteme in die Hand zu nehmen, und spült den Krankenhäusern ambulantes Patientengut (eine Woche ohne Termin, Verpflichtung des Krankenhauses zur ambulanten Versorgung), zu.
- 2. Sitzaufkauf** Bei einem Sättigungsgrad von 140 Patienten, ist aus einer KANN eine SOLL (SOLL ist MUSS, wenn nicht gewisse Gründe dagegen sprechen) geworden. Freiberuflichkeit bedeutet, sich den Herausforderungen des Marktes zu stellen und dem bipolaren Spannungsfeld als Arzt und Unternehmer, über die gesamte Lebenszeit hinweg, gerecht zu werden. Kein anderer Freiberufler (Steuerberater, Rechtsanwälte usw.) wird am Ende seiner Lebensleistung, die er ver-

Wie wird bewertet?

Keine schlüssige Regelung, *insbesondere kein Hinweis auf die allein übliche Praxis, dass Bewertungen nach der (modifizierten) Ertragswertmethode zu bewerten sind* *.

Es heißt lapidar, zum Verkehrswert.

Die Bewertung der Lebensleistung ist dadurch ein Lotteriespiel. Ich frage mich, wie so bei allen Gerichtsverfahren, bei der Frage nach dem Wert einer Praxis, die (modifizierte) Ertragswertmethode als allein zu akzeptierende Wertfeststellungsmethode gilt?

Also: Der Verkehrswert ist die Abfindungssumme.

Was geschieht mit dem Sachwert?

Die KVB Bayern sagt: der Sachwert ist mit dem Verkehrswert nicht abgegolten, verbleibt also in der verwaisten Praxis und die Entsorgung obliegt dem (Teil)-Enteigneten!

Ein unglaublicher Tatbestand, der auch

* Hier war ich bis zum 70. Lebensjahr als öffentlich vereidigter und bestellter Sachverständiger für die Bewertung von Arzt- und Zahnarztpraxen tätig (und werde noch immer als Experte gebraucht).



nicht entkrampft wird, dass bei einem derartigen Vorgang laufende Verträge (Leasing, Miet- und sonstige Verträge) durch den Aufkäufer GKV, restvergütet werden müssen.

Ein weiterer Enteignungstatbestand kommt hinzu: Der Privatanteil (das Salz in der Suppe jeglicher Praxis) ist bei der Bewertung nach dem Verkehrswert außen vorzuhalten.

Zumindest in überdurchschnittlichen Privatanteilspraxen (ungefähr ab 20 %), führt diese Art der Bewertung dazu, den Verkehrswert in letzter Konsequenz mit „Null“ anzusetzen. Und wer zahlt demnach, die im folgenden realistischen Beispiel aufgeführten Summen? Sie, liebe Ärztinnen und Ärzte, aus Ihrem Budget!

Beispiel

In den nächsten 8 bis 10 Jahren stehen 25 000 Vertragsarzt- und Physiotherapeutenplätze zum Aufkauf, davon wären bereits in den nächsten 2 Jahren, 10 Praxen betroffen.

Beim einem angenommenen Wert von 50 000 € (viel zu wenig), sind dies 500 Millionen. Bei dem wesentlich realistischeren anzusetzenden Durchschnittspreis von 100 000

(und das ist noch viel zu wenig), da in übertensorgten Gebieten meistens die hochwertigen subspezialisierten Fachärzte betroffen sind, wären dies 1 Milliarde, die durch sie in den nächsten 2 Jahren bezahlt würden.

Was geschieht in der Realität?

Angenommenes Szenario: BAG bzw. MVZ, bestehend aus mindestens 2 Ärzten (die Anzahl ist nebensächlich). Einer der Ärzte/innen hört altersmäßig bzw. BU-bedingt auf. Der Sitz wird nach dem Verkehrswert abgeboten. Alle Verträge bestehen weiter. Das Konstrukt ist auf die Anzahl vor dem Zangsauf-

kauf ausgerichtet. Eine Einkommensquelle fehlt, die Fixkosten bleiben. Das Konstrukt ist bei zwei bis drei Ärzten überhaupt nicht lebensfähig. Bei mehreren Ärzten wirtschaftlich sehr angeschlagen.

Jeder Betriebswirtschaftler weiß, dass dies aufgrund der gegebenen Fixkostensituation, die nicht geändert werden kann, der wirtschaftliche (Teil)-Tot ist. Turboisiert wird die ganze Angelegenheit dann, wenn der Partner, der aufhörte und der zwangsgekauft wurde,

über Subspezialitäten mit hohem Einnahmepotenzial, bei hoher materieller Ausstattung, verfügte, die vom Rest der Ärzte nicht erbracht werden können.

Meine Meinung: hier wird der aufgebende Arzt teilweise enteignet und die noch verbleibenden Ärzte, evtl. beim wirtschaftlichen Crash, nach einem gewissen Zeitraum, vollenteignet. (Meine Erfahrung als Kaufmann: die kaufmännischen Gesetze sind irreversibel. Ein kaufmännisches Konstrukt lebt vom Grenzertrag. Ist dieser nicht mehr gegeben, wie in dem hier geschilderten Fall, geht dem Restkonstrukt irgendwann die Luft aus. Das ist Fakt!)

FAZIT

Solidarisierung; Bereitschaft zur Teamfähigkeit; sensibles Betrachten; Wissen was folgt; genaues Hinschauen auf tatsächliche Zwangskäufe; wie und unter welchen Umständen diese geschehen sind; und permanent am Ball zu bleiben, vielleicht auch bei den zuständigen Stellen im Vorfeld anzufragen – aber keine Angst zu haben.

Dr. Rudolph Meindl

BERICHTE UND INFORMATIONEN



Jeder 8. Arbeitet im Gesundheitswesen

Die Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen beläuft sich im Jahr 2013 auf 5,12 Mio. Menschen, die täglich in einem der vielen Berufe im Gesundheitswesen in Deutschland arbeiten. Das ist fast jeder 8. Arbeitsplatz in Deutschland. [PKV-Publik Ausgabe 8/Okttober 2015](#)

Versorgung von Asylanten und Flüchtlingen

Das bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Melanie Huml hat alle niedergelassenen Ärzte um eine Unterstützung bei der Gesundheitsuntersuchung von Asylbewerbern gebeten. Die Kapazitätsgrenzen des öffentlichen Gesundheitsdienstes seien erreicht. Niedergelassene Ärzte können mit der Untersuchung auf übertragbare Erkrankungen nach § 62 Asylverfahrensgesetz betraut werden. [KVB-Forum 10/15.](#)

Ärzte sind gegen potentielle Behandlungsfehler, unabhängig davon, ob sie ehrenamtlich oder auf Honorarbasis in den Flüchtlingseinrichtungen der Länder tätig sind, abgesichert. Die Sächsische Landesärztekammer und das Gesundheitsministerium in Nordrhein-Westfalen haben darauf hingewiesen, dass eine primäre Haftung des Landes im Wege der Staatshaftung gegeben sei. Dies gelte sowohl für ehrenamtliche, als auch selbstständige oder im Krankenhaus beschäftigte Ärzte.

[Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 112, Heft 42, 16.10.2015, S. A1694](#)

Die Asylbewerber haben grundsätzlich einen auf die Akuterkrankung eingeschränkten Leistungsanspruch durch das deutsche Gesundheitssystem. Dies wird auf den Behandlungsschein der Sozialhilfe entsprechend vermerkt. Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UmF), haben den Anspruch auf Behandlung und Verordnung nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz, das dem Umfang von GKV-Patienten entspricht. Diese Kinder und Jugendlichen können ohne weitere Bescheinigungen zu den Fachärzten überwiesen werden und brauchen keine Genehmigung der Medikamentenverordnung. Behandlungsscheine werden von entsprechenden Landratsämtern, Stadt- oder Kreisjugendämtern dann ausgestellt und tragen einen Hinweis auf SGB VIII (Kinder und Jugendhilfe). [KWV-Info 10/15 S. 134.](#)

Übersicht über epidemiologisch relevante Infektionskrankheiten

Im Deutschen Ärzteblatt werden synoptisch die wichtigsten relevanten Infektionskrankheiten dargestellt. Dies sind impfpräventable Erkrankungen wie Hepatitis A, Influenza, Keuchhusten, Masern, Mumps, Windpocken sowie gastro-intestinale Erkrankungen wie Noro-Virus, parasitäre Erkrankungen oder respiratorische Erkrankungen wie Tuberkulose. Weitere Aussagen dazu, insbesondere zu schwereren, jedoch behandelbaren Infektionskrankheiten finden sich im epidemiologischen Bulletin des RKI (Ausgabe 38-2015).

[Deutsches Ärzteblatt, Jg. 112, Heft 42, 16.10.2015, S. A1717-A1720](#)

BERICHTE UND INFORMATIONEN

+++++

Asylbewerberleistungsgesetz

Informationen zum Asylbewerberleistungsgesetz bezüglich der medizinischen Versorgung finden sich unter www.Arzteblatt.de/Fluechtlinge.

(Eine Sammlung von Informationen der Landesärztekammer und kassenärztlichen Vereinigungen).

weise erteilt werden dürfen, wobei die jeweiligen halben Vertragssitze noch nicht einmal in der bisherigen gleichen kassenärztlichen Vereinigung liegen müssen. Inwieweit diese Entscheidung auch für ambulant tätige neurochirurgische Fachärzte eine Rolle spielt, muss derjenige oder diejenige im Einzelfall für sich selbst entscheiden.

BAO Depesche, Ausgabe 36 vom Juli 2015, S. 10.

Gyrasehemmer erhöhen das Risiko für Bindegewebeschäden

Gyrasehemmer wie Ciprofloxacin (Ciprobay, Generika) werden seit langem mit Sehenschäden in Verbindung gebracht. Eine Schädigung vom Bindegewebe liegt möglicherweise auf dem Risiko einer Netzhautablösung unter der Antibiotikamedikation zu Grunde. In einer aktuellen Fallkontrollstudie findet sich ein Zusammenhang zwischen Gyrasehemmern und dem Risiko eines Aortenaneurysmas sowie einer Aortendissektion. Eine Studie aus Taiwan ermittelt ein 2,4-fach erhöhtes Risiko einer Krankenhausbehandlung in den ersten 60 Tagen nach mindestens 3-tägiger Anwendung.

Publiziert am 05.10.2015 von LEE C. C. et. al: JAMA Intern. Med. online Publication

Zulassung kann „halbiert“ werden

Das Bundessozialgericht hat in einer Entscheidung vom 11.2.2015 (AZ: B 6 KA11/14R) eine Entscheidung getroffen, dass 2 halbe Zulassungen einem Vertragsarzt zulässiger-

Ambulantes Operieren und Hygienekosten

In einer Hochrechnung der Zusatzkosten, die durch die neue Hygienevorschriften ab 2005 für das ambulante Operieren entstehen kommt ein Gutachten des Bundesverbandes für ambulantes Operieren e.V. zu einer Summe von zusätzlich 55,00 € pro Eingriff. Die Gesamtkosten für 1000 Eingriffe wurden auf 54.880 € berechnet. Dies betrifft zusätzliche Lohnkosten für medizinische Fachangestellten, Krankenhaushygiene, Hygienefachkräfte, die Kosten für die Validierungen, Spezialwaschmittel und zusätzliche Geräte (www.tinyurl.com/bao-hygienegutachten).

BAO Depesche, Ausgabe Nr. 36 vom Juli 2015, S. 13–15.

Weniger Erlöse in Praxen

Nach den Ergebnissen des ZI-Praxis-Panel aus dem Jahr 2013 zeigt sich anhand einer Analyse von 5539 Praxen, was einem Anteil von 5,6 % aller Praxen in Deutschland (99 044 Praxen) entspricht, dass der Jahresüberschuss vom Jahr 2010 auf das Jahr 2013 der Praxisinhaber um je 1,5 % gesunken ist. Im selben Zeitraum sind die Betriebskosten um 7,6 % ge-

BERICHTE UND INFORMATIONEN



stiegen. Insbesondere veranlasst durch Personalkostensteigerung um 16 % sowie Miet- und Nebenkosten für Praxisräume um 6,8 %. Die Aufwendungen für Labormaterial sowie sonstige Gebühren zeigen einen Zuwachs von 6,5 %. Die Bedeutung der GKV-Einnahmen für die wirtschaftliche Lage der Praxen hat zugenommen. Der Anteil der Gesamteinnahmen stieg pro Praxis von 73,3 % im Jahr 2010 auf 74 % im Jahr 2013. Gemeinschaftspraxen haben im Jahresüberschuss je Praxisinhaber mehr als Einzelpraxen zu verzeichnen.

KBV-Forum, 10/2015, S. 19.

Anstellung von Fachärzten in der Praxis

Der Bundesfinanzhof (BFH) hat in einer Entscheidung vom 16.07.2014 zur steuerlichen Behandlung von Ärzten mit angestellten Ärzten folgende Leitsätze vorangestellt:

1. Selbstständige Ärzte üben ihren Beruf grundsätzlich auch dann leitend und eigenverantwortlich aus, wenn sie ärztliche Leistungen von angestellten Ärzten erbringen lassen.
2. Voraussetzung dafür ist, dass sie aufgrund ihrer Fachkenntnisse durch die regelmäßige und eingehende Kontrolle maßgeblich auf die Tätigkeiten ihres angestellten Fachpersonals (Patientenbezogen) den Einfluss nehmen, so dass die Leistung den Stempel der Persönlichkeit der Steuerpflichtigen trägt.
3. Führt ein selbstständiger Arzt die jeweils anstehenden Voruntersuchungen bei dem Patienten durch, legt er für den Einzelfall die Behandlungsmethode fest be-

hält er sich die Behandlung problematische Fälle vor, ist die Erbringung der ärztlichen Leistung durch angestellte Ärzte regelmäßig als Ausübung leitender eigenverantwortlicher berufliche Tätigkeit im Rahmen des § 18 Abs. 1 Nummer 1S. 3 ISTG anzusehen.

(BFH-Urteil vom 16.7.2014: Aktenzeichen: VIII R41/12). (BFH-Urteil vom 22.1.2004, Aktenzeichen: IV R 51/01, BFH 205, 151)

Der BFH hat festgestellt, dass an der Freiberuflichkeit im Bereich der ärztlichen Tätigkeit auch dann nichts geändert ist, wenn die Ärzte eingestellt werden. Vertragsärzte, das heißt auch die neurochirurgischen Kollegen, die einen Arzt anstellen wollen, sollten sich mit ihrem Steuerberater zusammensetzen und die möglicherweise gewerbesteuerlichen Konsequenzen überprüfen. KBV-Forum 10/2015, S. 30–31

Bundesweit nehmen zurzeit 24 560 angestellte Ärzte und Psychotherapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Das bedeutet eine Verdoppelung innerhalb der letzten 6 Jahre. Ein Anspruch auf Genehmigung der Anstellung durch den Zulassungsausschuss besteht, wenn in dem Planungsbereich keine Zulassungsbeschränkungen bestehen, wenn die Anstellung im Rahmen eines Jobsharing stattfindet, wenn ein bereits zugelassener Vertragspartner auf seine Zulassung verzichtet, um sich anstellen zu lassen, ein ausgeschiedener Vertragsarzt übernommen wird oder eine bereits vorhandene Stelle eines angestellten Arztes nachbesetzt werden kann. Eine Teilanstellung erfolgt mit jeweiligen Anrechnungsfaktoren von 0,25 für eine mindestens 10-Wochenstunden-Tätigkeit, dem Fak-

BERICHTE UND INFORMATIONEN



tor 0,5 bis zu einer 20-Wochenstunden-Tätigkeit, dem Faktor 0,75 bis zu einer 30-Wochenstunden-Tätigkeit und dem Faktor 1,0 mit einer über 30-Wochenstunden-Tätigkeit.

Vergleich KVB-Forum 6/2015, S. 30–31

Geriatrische Institutsambulanzen

Ab 1.1.2015 ist eine Vereinbarung gültig nach § 118 A SGB V (geriatrische Institutsambulanzen-GEA) zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft, nach der geriatrische Institutsambulanzen eingerichtet werden können.

Aus der Sitzung des erweiterten Bundes-schiedsamts gem. § 118 A SGB V vom 15.7.2015.

Bekanntmachung im Deutschen Ärzteblatt auf den S. A1742-A1745, Jahrgang 12, Heft 42, 16.10.2015.

Steuerprüfung

Im Rahmen einer Steuerprüfung kann die Finanzverwaltung die Herausgabe digitalisierter Steuerdaten zur Speicherung und Auswertung auf mobilen Rechnern der Prüfer nur verlangen, wenn Datenzugriff und -auswertung in den Geschäftsräumen des Steuerzahlers oder in den Diensträumen der Finanzverwaltung stattfinden. Eine Speicherung von Daten über den tatsächlichen Abschluss der Prüfung hinaus ist nur zulässig, soweit und solange die Daten für Zwecke des Besteuerungsverfahrens benötigt werden.

Urteil Bundesfinanzgerichtshof vom 16.12.2014, AZ VIII R52–12.

Korruption im Gesundheitswesen

Die Bundesregierung hat einen Gesetzentwurf auf den Weg gebracht, der die Korruption im Gesundheitswesen unter eine Strafe stellen soll. (Bundesrats-Drucksache 360/15). Dabei werden alle Heilberufe mit einer staatlich anerkennen Ausbildung einbezogen. Künftig wird dieser Personenkreis bestraft, wenn jemand einen Vorteil dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er einen anderen unlauterer Weise bevorzugt. Voraussichtlich ist mit einem Inkrafttreten des Gesetzes (§ 299a Strafgesetzbuch) Anfang 2016 zu rechnen. Es wird dabei keine Übergangsfristen geben, weshalb man möglicherweise jetzt praktizierte Verfahren und Abläufe daraufhin überprüfen und gegebenenfalls ändern sollte.

(Monitort, Information für Krankenhäuser 03/015, RA Ettwig).

Das KGB ordert die Präzisierung zum Gesetzentwurf bezüglich des neuen Straftatbestandes „Bestechlichkeit im Gesundheitswesen“. Insbesondere sollen sinnvolle Kooperation in der Gesundheitsversorgung geschützt werden. Dafür sollten präzise Formulierungen im Gesetzestext eingefügt werden. Insbesondere sollten Praxisnetze, teils auch Ausübungsgemeinschaften, die Zusammenarbeit zwischen Heilberufen bei den Strukturverträgen sowie die Verträge integrierter Versorgung (§ 140 A. SCS) geschützt werden.

<http://d.aerzteblatt.de/HCS8>

BERICHTE UND INFORMATIONEN



Implantatpass (ab 1.10.15 Pflicht)

Durch die Änderung der Medizinproduktbetreiberverordnung aus dem Jahr 2014 ist es ab dem 1.10.2015 für die Gesundheitseinrichtungen, die medizinische Implantate einsetzen, eine Pflicht, dem Patienten einen Implantatpass in Papierform auszuhändigen. Dies trifft auch für Wirbelkörperersatzsysteme und Bandscheibenprothesen zu.

Der Implantatpass muss folgendes enthalten:

1. Vor- und Zunahme des Patienten.
2. Name oder Firma des Herstellers.
3. Bezeichnung, Art und Typ sowie Los-Code oder die Seriennummer des Medizinproduktes.
4. Das Datum der Implantation.
5. Den Namen der verantwortlichen Person/Einrichtung durch die die Implantation durchgeführt wurde.

Deutsches Ärzteblatt Jahrgang 112/Heft 40, 2. 10. 2015, S. A 1594

AOK-Krankenhaus-Report: Mangelnde Hygiene

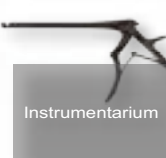
19000 Klinikpatienten sterben laut Schätzungen jährlich aufgrund vermeidbarer Behandlungsfehler, etwa fünfmal so viele wie im Straßenverkehr. Das geht aus dem Krankenhaus-Report 2014 des wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIEDO) hervor. Mangelnde Hygiene sei eine der wesentlichen Ursachen. Rund 4% aller Patienten ziehen sich im Krankenhaus eine Infektion zu, die sie bei der Einweisung noch nicht hatten.

Nahdran, 2/15, S. 16



Ackermann[®]
medical

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.



AUS DEM VORSTAND DES BDNC



SPIFA

Der BDNC tritt dem Spitzenverband der Fachärztevertretung (SPIFA) bei, wird darüber hinaus die Mitgliedschaft in der DFB, der fachärztlichen Berufsverbände verlassen. Der Spitzenverband (SPIFA) unter Mitgliedschaft der großen fachärztlichen Berufsgruppen ist geeignet, fachärztliche Interessen zu vertreten und durchzusetzen.

Zweitmeinungs-Gesetz

Die Ausformulierung des praktischen Umgangs zur Erlangung einer Zweitmeinung steht unmittelbar bevor.

In Gesprächen mit Prof. Seifert und Dr. Conzen mit den entsprechenden politischen Gremien wurde auf eine Zweitmeinung durch andere Fachgebiete hingewiesen. Es sollen für verschiedene elektiv durchzuführende Operation die Möglichkeit zu einer Zweitmeinung für den Patienten geschaffen werden.

Dabei soll die 2. Meinung mindestens 10 Tage präoperativ eingeholt werden. Bislang ist weder die technische Ausgestaltung dieses Vorhabens festgelegt, noch stehen die notwendigen Kompetenzen des beurteilenden Kollegen fest. Einzig die Vergütung soll bei etwa 80 Euro pro Patient liegen.

GOÄ

Die Planungen und Diskussion um die Revision der aktuell gültigen Version der GOÄ werden weiter vorangetrieben, eine Beendigung der Diskussion und Entwicklung ist derzeit noch nicht abzusehen.

Die zunächst vorgesehene Version, die einen robusten Abrechnungssatz mit einer Komplexziffer beinhalten soll, wird derzeit wieder in Frage gestellt.

Darüber hinaus existiert die Vorstellung, das Budget innerhalb der ersten 36 Monate nach oben hin zu beschränken, entsprechend einer Deckelung des Budgets. Zukünftig sollen Verträge und Abrechnungsmodalitäten nicht ausschließlich zwischen Arzt und Patient, der Vertrag soll mit der Versicherung als zusätzlichem Vertragspartner abgeschlossen werden.

EBM

Die Weiterentwicklung des EBM für einzelne Berufsgruppen ist abgeschlossen, wie die Neuberechnung der hausärztlichen Leistungen, nicht jedoch der fachärztliche Teil. Dabei stellt sich insbesondere die Einarbeitung des derzeit bestehenden Arztlohnes vor schwierige Aufgaben. Eine adäquate Einarbeitung eines derzeitigen Arztlohnes würde den EBM um bis zu 30 % steigern.

Terminvergaben

Das politische Vorhaben, jeden Patienten innerhalb von 4 Wochen mit einem Facharzttermin zu versorgen, soll ab dem 1.1.2016 realisiert werden. Dabei gibt es innerhalb des Bundesgebietes sehr unterschiedliche Verfahrensvorstellungen.

Die Servicestelle der KV ist im mancherorts mit der Terminvergabe beschäftigt, in anderen Bereichen sollen Praxen sich selbst organisieren.

AUS DEM VORSTAND DES BDNC



Patienten, die innerhalb von 4 Wochen im ambulanten Bereich keinen Termin zur Verfügung gestellt bekommen können, sollen sich in Kliniken vorstellen.

BDNC – Mitgliederstatistik

Die Alters und Geschlechterstatistik des BDNC weist eine besorgniserregende Altersstruktur auf. Innerhalb der nächsten 10 Jahre erreicht eine relevante Prozentzahl der Mitglieder die Altersgrenze zur Rente.

BDNC Finanzen

Aufgrund drastischer Preissteigerungen soll der Ort für die Jahresversammlung in Hannover erneut geprüft werden, ggf. Alternativvorschläge erarbeitet werden.

Wegen der deutlichen Kostensteigerung bei den Veranstaltungen (insbesondere Jahresversammlung in Hannover) sowie höheren Versicherungsbeiträgen und Steigerung von Printmedienkosten lässt sich der Mitgliedsbeitrag für den BDNC in der derzeitigen Höhe nicht halten. Für die nächste Jahresversammlung ist die Vorbereitung eines Antrags auf Erhöhung des Jahresbeitrages geplant.

Einen Antrag auf Reduktion des Mitgliedsbeitrages für neurochirurgische Fachärzte in den ersten beiden Mitgliedsjahren von Herrn Dr. Nagel kann aus diesem Grund nicht zugestimmt werden.

DWG Zertifizierungen

Die DWG (Deutsche Wirbelsäulen Gesellschaft) hat ihren Entwurf für eine Institutszertifizierung für spinale Versorgungseinheiten überarbeitet und durch ein 3 Kategorien-System ersetzt. Hier ist eine Einordnung entsprechend der Bandbreite der behandelten Erkrankung (5 Entitäten) vorzunehmen, anschließend erfolgt die Zertifizierung. Eine Pilotphase soll zunächst über ein Jahr 10 Zentren bewerten.

Termine

Vom 26.4. bis 29.4.2016 findet der deutsche Chirurgie-Kongress in Berlin statt unter maßgeblicher Planung und Organisation von Frau Professor Schackert, Dresden, statt.

Der Weltkongress der Neurochirurgie findet 2017 in Istanbul, 2021 in Bogota statt.

Implantat – Gesetz

Entsprechend einem neuen Gesetz müssen seit dem 1.10.2015 sämtliche „aktiven Implantate“ sowie der Wirbelkörperersatz dokumentiert. In Zukunft werden sämtliche Implantate entsprechend ihrer Kennziffern dokumentiert und der Patient mit einem Implantatausweis versorgt.

Dr. Dr. Conzen

BUCHKRITIK

+++++



Für die ganz eiligen Leser vorweggenommen: Den Herausgebern Peter Gausmann, Michael Henninger und Joachim Koppenberg ist ein guter Wurf gelungen, der zusammenfassend und logisch aufbauend Kliniken und größeren Organisationen einen guten Weg zu einem umfassenden Patientensicherheitsmanagement weist.

Die Herausgeber sind seit zwei Jahrzehnten in dem Bereich „Patientensicherheit“ und „Risikomanagement“ tätig und es ist ihnen gelungen viele kompetente Mitautoren zu gewinnen, die den klinischen Bereich solide behandeln. Nach theoretischen Überlegungen und Definitionen zu Beginn zum Thema „Patientensicherheit“ und „Fehlerentstehung“ wird auf systemtheoretische Konzepte zurückgegriffen und die Bedeutung von „Teambildung und Kommunikation“ aufgezeigt. Ursachen für Fehler und Schadensereignisse der einzelnen medizinischen Fachdisziplinen sowie auch im Bereich der Pflege und des Rettungsdienstes, und letztlich auch in

einem eigenen Kapitel im Bereich der ambulanten Versorgung werden umfassend behandelt.

Es gibt viele Hinweise für das klinische Risikomanagement und Prävention im Alltag eines Krankenhauses. Aus organisatorischer Sicht bietet die Darstellung von Versicherungskonzepten die Möglichkeit Risikomanagement medizinisch, klinisch und organisatorisch ganzheitlich in einem Gesamtmanagement einer Organisation einzubetten.

Viele Beispiele machen das Buch einfach und spannend zu lesen, wenngleich die Systematik in den einzelnen Kapiteln zum Teil sehr autorenspezifisch ausgelegt ist, eine gewisse wiedererkennbare Grundstruktur käme dem professionellen Leser in der Versorgungskette sicher entgegen. Bei den beigezogenen Quellen wäre im ein- oder anderen Fall der Hinweis auf evidenzbasierte Ergebnisse für Entscheidungsträger hilfreich.

Der ambulante Bereich ist erfreulicherweise mit einem eigenen Kapitel vertreten. Dadurch kann aber das Thema nur aktiviert werden. Bei über 76 Mio. Patienten mit 693 Mio. Krankheitsfällen im ambulanten Bereich im Vergleich zu 19 Mio. im Krankenhaus öffnet es natürlich nur eine Tür in ein Feld mit vielen Disziplinen, die zusammen an der Versorgung der Bevölkerung im Bundesgebiet teilnehmen. Auch das Kapitel zur Einbeziehung der Patienten und Mitarbeiter als primär Betroffene wird dazu beitragen, dass die Sicherheit in der Versorgung in Deutschland medizinisch zunehmen wird.

H. P.

AUS DEN VERBÄNDEN



Seminare des Berufsverbands

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

Termin	16.3.2016
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	8.–9.4.2016
Ort	Würzburg
Zeiten	Freitag: 15:00–20:00 Uhr Samstag: 9:00–16:00 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	27.2.2016
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.



AUS DEN VERBÄNDEN



Ärzte verhandeln mit Geschäftsführern

Termin 16.4.2016
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 18.6.2016
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.

Infos & Anmeldung:

Geschäftsstelle
Landesverband niedergelassener Neurochirurgen Bayern
Traubengasse 15
97072 Würzburg
Tel.: 0931/2055524
Fax: 0931/2055525
Email: poimann@neurochirurgie.com



TERMINE

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

► **18.11. bis 21.11.2015**

DGNC Fort- und Weiterbildungsstagnung in Seeheim www.dgnc.de/2015

► **10.12. bis 12.12.2015**

10. Jahrestagung der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft (DWG) 2015 in Frankfurt am Main www.dwg-kongress.de/Einladung

► **5.2. bis 6.2.2016**

BDNC-Tagung in Hannover

► **26.4. bis 29.4.2016**

DGCH-Kongress in Berlin

► **12.6. bis 15.6.2016**

DGNC-Jahrestagung 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

Erscheinungstermine der nächsten Ausgaben der Zeitschrift für ambulante Neurochirurgie:

ZfaNch 1/2016 1. 3. 2016, Redaktionsschluss 15. 1. 2015

ZfaNch 2/2016 1. 6. 2016, Redaktionsschluss 15. 5. 2016



BY SPINEART

MINIMALINVASIV

ROMEO[®]2 MIS

K-DRAHTLOSE OPTION

STROMLINIENFÖRMIGE SPITZE

MINI-OPEN UND/ODER PERKUTANE ZUGÄNGE

REPOSITION VON SPONDYLOLISTHESEN



KANÜ

LIERTE PEDIKEL

SCHRAUBE