

## Die zweite Meinung wird von vielen Menschen gesucht, die eine Entscheidung treffen müssen

Ambulante Operateure sollen Patienten aktiv eine qualifizierte Zweitmeinung empfehlen – allerdings nicht über das Internet!

Von Dr. Axel Neumann

Viele Menschen holen eine zweite ärztliche Meinung ein, bevor sie sich für oder gegen eine geplante Operation entscheiden. Bei unseren Patienten besteht ein verständliches Interesse, die eigene Entscheidung im Zusammenhang mit einer Operation durch Freunde, Bekannte oder auch durch andere (vermutlich kompetente) Ratgeber begutachten zu lassen. Operateuren aus allen Fachgebieten ist seit langem bewusst, dass bei der Entscheidung eines Patienten für oder gegen eine bestimmte Therapiemaßnahme die Familie, der Hausarzt, das Internet und medizinische Berater in Printmedien mitwirken. Und das ist gut so.

### Zweitmeinung verringert Informationsdefizit

Gesundheitspolitiker aller Couleur monieren regelmäßig, dass der Informationsstand des Patienten nicht ausreicht, um über die vom Arzt vorgeschlagene operative Maßnahme aufgeklärt befinden zu können. Diese Informationsdefizite werden durch Zweitmeinungen verringert – und die ärztliche Entscheidung oder Therapieempfehlung wird auf diese Weise abgedeckt. Das Gesundheitssystem in Deutschland ermöglicht es unseren Patientinnen und Patienten erfreulicherweise unbegrenzt, Zweit- und andere ärztliche Meinungen einzuholen – insbesondere auch dann, wenn es um die Planung und Durchführung einer Operation geht.

Die Zeiten der Scheckhefte mit Überweisungsscheinen in begrenzter Anzahl pro Quartal sind heute vorbei. Es steht dem Patienten frei, den Hausarzt, andere Fachärzte in beliebiger Anzahl oder auch verschiedene Spezialisten an verschiedenen Orten zu befragen, wenn es um die schwierige Entscheidung der Zustimmung zu einer Operation



©DAK/van den Berg

Eine Zweitmeinung dient dem Patientenwohl und federt die Entscheidung des behandelnden Arztes ab.

### INHALT

#### BAO PRÄSIDIUM

Die zweite Meinung wird von vielen Patienten gesucht 1

#### BAO RECHT

Ist das Portal „Vorsicht! Operation“ rechtlich unzulässig? 4

#### BAO POSITIONEN

„Vorsicht! Operation“: Zweitgutachten per Mausklick? 6

Tod nach zahnärztlicher Narkose: Wer trägt die Verantwortung? 8

SPD: Dynamisierte Steuerzuschüsse für das Gesundheitswesen 10

#### BAO PARTNER

Immer mehr Ermittlungsverfahren gegen Ärzte 13

Stellungnahme des BNC zum geplanten Versorgungsstrukturgesetz 14

#### BAO QUALITÄT

Qualitätssicherung im medizinischen Bereich, Teil 4 16

Rahmenbedingungen der Sterilgutversorgung, Teil 3 18

geht. Dies ist eine Auszeichnung für das Organisationssystem des deutschen Gesundheitswesens mit (noch) ausreichender Beratungsmöglichkeit durch Hausärzte und Fachärzte. Auch der Zugang zum Spezialisten für bestimmte Operationsarten ist weder durch einzelne Krankenkassen, noch regional in irgendeiner Weise begrenzt. Die Wartezeiten sind im europäischen Vergleich kurz.

Wenn wir unsere Patientinnen und Patienten beraten, sollten wir sie selbstbewusst auf diese hervorragenden Eigenschaften des medizinischen Angebotes in Deutschland hinweisen – und wir sollten unsere Patienten offensiv dahingehend beraten, dass es keine Notwendigkeit dafür gibt, persönliche Untersuchungsbefunde mit anonymen Ärzten im Internet zu diskutieren.

### Diskussion mit anonymen Ärzten ist unnötig

Die Gründung von „Zweitmeinungsportalen“ im Internet mit dem Ziel einer kostenpflichtigen Beratung von Patienten, die im Vorfeld von Operationen Hilfe suchen, ist deshalb unnötig. Sie ist zudem ethisch zweifelhaft, juristisch fragwürdig und stellt ein Beispiel für gefährliche Fehlentwicklungen im Word Wide Web dar. Ich erspare es mir und Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, kritisch zu hinterfragen, warum Operateure ein solches Portal gründen, die nach lebenslanger Tätigkeit am OP-Tisch inzwischen ausgeschieden sind.

Überragend wichtig muss für uns alle das individuelle Interesse jedes einzelnen Patienten sein, bei dem die Indikation oder auch die Kontraindikation zu einer invasiven medizinischen Behandlungsmaßnahme gestellt wird. Dazu ist es unbestritten nach einhelliger Meinung aller Fachgesellschaften erforderlich, dass ein Patient persönlich von seinem Operateur untersucht, beraten und individuell aufgeklärt wird (siehe Kasten).

Eine anonyme Beratungsinstanz irgendwo im Internet kann diese grundsätzlichen Anforderungen niemals erfüllen. Die persönliche Leistungserbringung eines Arztes in der Praxis und/oder im Krankenhaus ist die entscheidende medizinische, ethische und in der Rechtsprechung stringent geforderte Voraussetzung für eine ärztliche Behandlung. Lassen Sie uns davon nicht abweichen – auch wenn einzelne Vertreter von Krankenkassen, gewinnorientierte Journalisten und andere eigenmotivierte Akteure im System auch in Zukunft versuchen werden, Patienten auf andere Pfade zu locken.

Praxisklinik München-West  
Zentrum für Knie-, Hand- und Schulterchirurgie  
Fürstenrieder Straße 69–71  
80686 München  
Tel.: 089 546888-0, Fax: 089 54688888  
Dr.Axel.Neumann@bao-praesidium.de  
www.chirurgie-orthopaedie.de



DR. AXEL NEUMANN

### Wir müssen Zweitmeinungen offen anbieten!

Bei selbstkritischer Betrachtung des eigenen ärztlichen Handelns dürfen wir jedoch nicht übersehen, dass wir selbst unseren Patienten eine zweite Meinung von kompetenten Kollegen oder ausführliches Informationsmaterial nicht immer offen und häufig genug anbieten, so dass hier Lücken entstehen, die dann bereitwillig von anderen Akteuren gefüllt werden.

Die Gemeinschaft der Operateure aller Fachdisziplinen und der Anästhesisten steht zunehmend hilflos der weit verbreiteten Meinung gegenüber, dass hierzulande zu viele Operationen durchgeführt werden. Es scheint dabei unwesentlich, wer den Mainstream hier beeinflusst und wer eine Pressemitteilung in welcher Qualität aus welchen Erwägungen heraus lanciert. Wir müssen selbstkritisch feststellen, dass die Fachgesellschaften der operativen Disziplinen, die Chefärzte und die Vereinigungen von Oberärzten überwiegend stumm bleiben – sie sind nicht ausreichend auf derartige Vorwürfe vorbereitet und offensichtlich unzureichend durch Journalisten oder Medienprofis beraten.

### Patientensicherheit steht im Vordergrund

Auch die Anästhesisten nutzen ihre hervorragende Bedeutung für die Patientensicherheit bei Operationen nicht annähernd ausreichend für Statements und öffentliche Erklärungen. Wir müssen daher auf diesem Gebiet rasch und auf allen Ebenen tätig werden – unsere Kontrahenten sind schon aktiv und wesentlich besser gerüstet.

#### UNSER ÄRZTLICHES VERSPRECHEN AN DEN PATIENTEN

##### Ich werde die Indikation zur Operation bei Ihnen stellen

- » nach sorgfältiger Prüfung aller möglichen Behandlungsmaßnahmen,
- » nach bestem Wissen und Gewissen und
- » individuell angepasst.

Wir müssen den Weg zu gemeinsamen konsentierten Antworten finden, da wir gezielt und wiederholt ohne jede Datengrundlage beschuldigt werden, zu viel zu operieren.

Der BAO hat in diesem Zusammenhang in den vergangenen Jahren immer wieder darauf hingewiesen, dass uns nahezu alle Daten aus der Versorgungsforschung fehlen, um solchen Vorwürfen begegnen zu können und sachlich in gesellschaftliche Diskussionen eingreifen zu können. Die Versäumnisse im Bereich der Datenerfassung, der Datenaufbereitung und der allgemein verständlichen Publikation wirken sich nun (vorhersehbar) nachteilig für uns aus.

### **Einst gefördert, heute kritisch betrachtet**

Ambulante Operationen und Anästhesien in allen Fachgebieten sind das präzente Beispiel dafür: Einst von den Krankenkassen gefördert, weil sinnvoll und notwendig; nun von den Krankenkassen kritisch betrachtet und öffentlich kommentiert, da man anzweifelt, dass der Anstieg der Operationszahlen wirklich notwendig ist.

Eigentlich ist diese Art der Diskussion völlig irrational, da wir ja wissen, dass die Motivation der Kostenträger vor allem eine finanzielle ist. Die Tatsache aber, dass einzelne Kostenträger die Entstehung von Zweitmeinungs- und Bewertungsportalen für ärztliche Leistungen gezielt fördern – abseits von der persönlichen ärztlichen Zweitmeinung – sollte alle Warn Glocken bei uns läuten lassen.

Wir müssen dringend gegensteuern – persönlich und im Einklang mit einer offensiven Informationspolitik müssen wir unseren Patienten die Zweitmeinung in jeder gewünschten Form anbieten. Dabei ist es selbstverständlich, dass wir im Zweifelsfall einen kompetenten Ratgeber der gleichen Fachdisziplin benennen, bevor wir zulassen, dass unsere Patienten in ihrem Bemühen um Beratung und Aufklärung beim Heilpraktiker oder bei dubiosen IT-Angeboten landen – am Ende noch prämiert von Ihrer Krankenkasse.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir müssen uns darum kümmern – auch die Lösung dieses Problems haben wir weitgehend selbst in der Hand!

**Mit besten kollegialen Grüßen**

Dr. Axel Neumann

## IMPRESSUM

### **BAO Depesche**

Organ des Bundesverbandes Ambulantes Operieren (BAO)

### **Herausgeber und verantwortlich für den Inhalt**

Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO) e.V.

Sternstorbrücke 1, 53111 Bonn

Tel.: 0228 692423, Fax: 0228 631715

baobonn@t-online.de

www.operieren.de

### **Verlag, Anzeigen und Vertrieb**

VMK Verlag für Medizinkommunikation GmbH

Essener Straße 4, D3, Belle Etage, 22419 Hamburg

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

### **Redaktionsleitung**

Antje Thiel

Tel.: 040 32596116, Fax: 040 32596112

antje.thiel@vmk-online.de

### **Anzeigenleitung**

Kirstin Reese

Tel.: 040 97078360, Fax: 040 97078361

kirstin.reese@vmk-online.de

### **Schriftleitung**

Dr. Jörg Hennefründ, Oldenburg

(BAO-Pressereferent)

### **Grafik und Layout**

Stefan Behrendt, bbpm Mediendesign

Im Alten Dorfe 27, 22359 Hamburg

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

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

### **Druck**

Strube Druck & Medien OHG

Stimmerswiesen 3, 34587 Felsberg

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

info@ploch-strube.de, www.ploch-strube.de

### **Haftung**

Verlag, Herausgeber und Redaktion können trotz sorgfältiger Prüfung keine Haftung für die Richtigkeit der Veröffentlichung übernehmen. Mit Namen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Der Leser und Anwender ist verpflichtet, insbesondere Dosierungsangaben und Applikationsformen im Einzelfall selbst auf ihre Richtigkeit zu überprüfen.

### **Urheberrechte**

Alle in dieser Depesche erscheinenden Beiträge sind urheberrechtlich geschützt und dürfen nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form vervielfältigt werden.

### **Druckauflage und Erscheinungsweise**

1.500 Exemplare, erscheint viermal pro Jahr.

# Ist das Zweitmeinungsportal „Vorsicht! Operation“ rechtlich unzulässig?

Es gibt aus juristischer und aus berufspolitischer Warte gute Argumente, andere Wege der Qualitätssicherung zu beschreiten.

Von Dr. Ralf Großbölting

Zum Zweitmeinungsportal [www.vorsicht-operation.de](http://www.vorsicht-operation.de) mehren sich die kritischen Stimmen. Ärzteverbände wie der NAV-Virchowbund, der Berufsverband Niedergelassener Chirurgen (BNC) und der Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC) warnen vor dem Einholen einer Zweitmeinung per Internet. Der Arzt-Patienten-Kontakt sei nicht gewährleistet, außerdem verstießen die Gebühren gegen das ärztliche Honorarrecht, die Datensicherheit sowie die Haftung seien nicht geklärt. Und nun? Politisches Getöse oder juristisch belastbar?

## 1. Verbot der sogenannten Fernbehandlung

Das Berufsrecht verbietet die Fernbehandlung, § 7 Abs. 4 der Musterberufsordnung der Ärzte (MBO-Ä). Eine Fernbehandlung liegt vor, wenn der Patient dem Arzt, der die Krankheit diagnostizieren und oder behandeln soll, Symptome oder Befunde übermittelt, der Arzt eine Diagnose stellt oder einen Behandlungsvorschlag unterbreitet, ohne den Patienten gesehen oder eine Möglichkeit der Untersuchung gehabt zu haben.

Nach § 27 Abs. 2 MBO-Ä ist es lediglich erlaubt, allgemeine Informationen zu geben in Form von Erörterungen einer medizinischen Frage ohne Bezug auf einen bestimmten Patienten. Diese Legitimation liegt hier jedoch gerade nicht vor. Der Patient übermittelt über das Internet konkrete Befunde, Berichte und Röntgen- oder MRT-Bilder. Bleibt es dabei, stehen den Zweitmeinungsgutachtern des Portals lediglich diese Informationen zur Verfügung. Damit scheidet auch die Ausnahme der sogenannten Telemedizin aus, die dann zulässig ist, wenn ein Arzt unter Nutzung der neuen elektronischen Medien weiteren ärztlichen Sachverstand hinzuzieht.

Von einer persönlichen Untersuchung durch den Zweitmeinungsgutachter ist aber, zum Beispiel auf der Internetpräsenz, nichts zu lesen. Auch holt der Patient, nicht ein Arzt, diese Zweitmeinung ein. Diagnosestellung und auch

Fachanwalt für Medizinrecht  
Justiziar des BAO  
kwm-Rechtsanwälte  
Tel.: 030 2061433, Fax: 030 20614340  
[grossboelting@kwm-rechtsanwaelte.de](mailto:grossboelting@kwm-rechtsanwaelte.de)  
[kwm-rechtsanwaelte.de](http://kwm-rechtsanwaelte.de)



DR. RALF GROSSBÖLTING

Behandlung eines Patienten ohne eigene Untersuchung werden von der Rechtsprechung zum Teil als gesundheitsgefährdend und damit als berufsrechtswidrig angesehen (vgl. VG Frankfurt, Berufsgesicht für Heilberufe, Urteil vom 19.10.2004, Az.: 21 BG 1748/04).

## 2. Datenschutz und Haftung

Wie die Betreiber des Internetportals mit den Daten des Patienten umgehen, kann nur bedingt beurteilt werden. Das Internetportal wird durch eine Schweizer Firma betrieben, die ihren Sitz in Zug hat. Ein Datenschutzbeauftragter wird zwar genannt, dies garantiert jedoch nicht eine absolut rechtmäßige Verwendung der Patientendaten. Wer jedoch Daten über Internetverbindung übermittelt, weiß in der Regel, dass eine absolute Sicherheit nicht gegeben ist. Hier sind also die deutschen Datenschutzbeauftragten gefordert.

Auch stellt sich die Frage, inwieweit die Zweitmeinungsgutachter im Falle eines Gutachterfehlers gegenüber dem Patienten haften, wenn der Fehler zum Beispiel darauf beruht, dass keine persönliche Untersuchung stattgefunden hat. Diese Frage dürfte noch so manches Gericht beschäftigen. Der Patient muss aufgrund der Angaben auf der Website damit rechnen, dass er nicht persönlich untersucht wird. Ob dies allerdings den Arzt haftungsrechtlich privilegiert, ist zweifelhaft. Dies gilt zum einen vor dem Hintergrund, dass die meisten Patienten als medizinische und rechtliche Laien nicht wissen, dass das Unterlassen einer persönlichen Untersuchung gegen ärztliche Sorgfaltspflichten verstößt. Zum anderen sind Haftungsausschlüsse im Bereich der

Gesundheitsverletzung regelmäßig unwirksam. Eine Fernbehandlung dürfte daher als Standardunterschreitung ganz regelmäßig als Behandlungsfehler qualifiziert werden.

### 3. Verstoß gegen das Honorarrecht

Für das Zweitmeinungsgutachten werden Gebühren zwischen 200 und 600 Euro genannt, in Einzelfällen auch mehr. Ärztliche Honorare sind an strenge rechtliche Vorgaben geknüpft. Pauschalen für ärztliche Leistungen gelten generell als unzulässig. Auch ärztliche Gutachten fallen unter die Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Danach können nach Ziffer 85 GOÄ für schriftliche gutachterliche Äußerungen mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand je angefangener Stunde Arbeitszeit 29,14 Euro bei einfachem Satz (67,03 Euro bei 2,3fachem Satz) berechnet werden. 200 Euro wären erreichbar, würden etwa drei Stunden für ein einfaches Gutachten benötigt.

Allerdings werben die Betreiber der Website mit Pauschalen, die als solche nicht rechtswirksam vereinbart werden können (vgl. BVerfG NJW 1992, 737). Da eine Fernbehandlung gegen die Regeln der ärztlichen Kunst verstößt, könnte möglicherweise schon der Honoraranspruch des Zweitmeinungsgutachters hinfällig sein, wenn es an der persönlichen Untersuchung des Patienten mangelt. Ein Arzt darf eine Vergütung nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst erbracht wurden (§ 1 Abs. 2 GOÄ).

### 4. Verstoß gegen das Wettbewerbsrecht

Sollte das Zweitgutachten tatsächlich ohne eine persönliche Untersuchung des Patienten durch den Gutachter

erstellt werden, liegt nicht nur ein Verstoß gegen § 7 Abs. 4 MBO-Ä vor, sondern möglicherweise auch ein Verstoß gegen § 9 des Heilmittelwerbegesetzes (HWG). Gemäß § 9 HWG ist eine Werbung für die Erkennung oder Behandlung von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden, die nicht auf eigener Wahrnehmung an dem zu behandelnden Menschen beruht (Fernbehandlung), unzulässig.

Die Plattform „Vorsicht! Operation“ wirbt auf den ersten Blick damit, nur anhand von medizinischen Röntgen- und MRT-Dateien und einem Online-Fragebogen, der durch den Patienten auszufüllen ist, eine Diagnose zu stellen und Therapieempfehlungen abzugeben. Sollte das Internetportal tatsächlich für eine Fernbehandlung werben, könnte den ärztlichen Verbänden und jedem anderen Arzt ein Unterlassungsanspruch aus dem Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) in Verbindung mit § 9 HWG gegen die Betreiber des Onlineportals zustehen. Nach § 8 Abs. 3 Nr. 2 UWG steht rechtsfähigen Verbänden sowie ärztlichen Mitbewerbern der Unterlassungsanspruch aus § 8 Abs. 1 S. 1 UWG gegenüber demjenigen zu, der eine nach § 3 UWG unzulässige geschäftliche Handlung vornimmt.

### Fazit

In der aktuellen Ausprägung ist das Zweitmeinungsportal mit Blick auf die gesetzlichen Vorgaben aus juristischer Sicht als kritisch zu bewerten. Sicherlich gibt es darüber hinaus auch aus (berufs-)politischer Warte gute Argumente, andere Wege der Qualitätssicherung zu beschreiten, als eine Zweitmeinung über das Internet einzuholen.



## Abrechnung ist Knochenarbeit

...und erfordert Spezialwissen, Akribie und Durchsetzungsvermögen!

Wir sind Ihr kompetenter Ansprechpartner für alle Fragen rund um Ihre Abrechnung:

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

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



**Dr. Meindl u. Partner**  
Verrechnungsstelle GmbH

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

# „Vorsicht! Operation“: Zweitgutachten per Mausklick?

Das neue Internetportal wirft viele Fragen auf: Was bringt ein Online-Gutachten? Ist es rechtlich zulässig? Wird wirklich zu viel operiert?

Von Antje Thiel

Zumindest medial ist den Initiatoren von „Vorsicht! Operation“ ein Coup gelungen: Das Internetportal der Schweizer Firma IQIS AG wurde direkt nach seinem Start im Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“ und in diversen TV-Magazinen, Zeitungen und Zeitschriften erwähnt. Das große mediale Interesse ist nachvollziehbar: Schließlich lässt sich seit Jahren ein Anstieg der Operationszahlen in Deutschland verzeichnen, der mit fachlichen Argumenten nicht immer zu erklären ist. So gelten je nach Quelle bis zu 50 Prozent aller Eingriffe an Knie und Rücken als überflüssig.

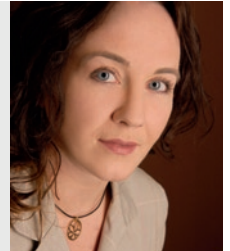
Die IQIS AG möchte dies ändern. Sie arbeitet im deutschsprachigen Raum mit bekannten Chirurgen und Orthopäden zusammen, die für private Gutachten zur Verfügung stehen. Hierbei handelt es sich überwiegend um renommierte Chefärzte im Ruhestand. Patienten, die einen der Experten um eine Zweitmeinung bitten wollen, können zwischen drei Varianten wählen.

## Zweitmeinung für 200, 400 oder 600 Euro

Ein kleines Gutachten kostet 200 Euro und wird nach Auswertung des Fragebogens, von Röntgen- und MRT-Aufnahmen und von Berichten der zuvor konsultierten Ärzte erstellt. Ein mittleres Gutachten kostet 400 Euro und beinhaltet zusätzlich die Auswertung weiterer Befunde sowie Recherchen der Fachliteratur. Ein schwieriges Gutachten kostet 600 Euro und umfasst zusätzlich zeitaufwändige Recherchen der Fachliteratur.

Die Begutachtung der Fälle erfolgt ausschließlich auf Basis der Befunddokumentation, nicht durch persönliche Untersuchung des Patienten. Genau diesen Punkt halten viele Berufsverbände allerdings für fragwürdig. So forderte der Präsident des Berufsverbandes Niedergelassener Chirurgen (BNC), Dr. Dieter Haack, ein Zweitgutachten müsse von einem Kollegen angefertigt werden, der die Leistung selbst in der Praxis durchführt und vor allem den Patienten selbst untersucht hat.

Freie Medizinjournalistin  
Essener Straße 4, D3, 22419 Hamburg  
Tel.: 040 32596116, Fax: 040 32596112  
info@antje-thiel.de



ANTJE THIEL

„Irgendwelche Aussagen aufgrund von via Internet übermittelten Angaben sind unsinnig und werden entschieden abgelehnt“, meinte Haack. „Denn bei einer Operation ist das persönliche Vertrauensverhältnis wichtig, das erst entsteht, wenn Arzt und Patient sich persönlich kennen gelernt haben.“ Ähnlich urteilte auch der Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) Professor Hartwig Bauer: „Wir operieren Menschen und keine Röntgenbilder.“

## Unvereinbar mit Berufs- und Gebührenrecht?

Rein rechtlich bewegt sich das „Vorsicht! Operation“ in einer Grauzone. In den Augen vieler Medizinrechtler ist es zumindest umstritten, ob eine Online-Ferndiagnose von der Musterberufsordnung (MBO) gedeckt ist: Die MBO gestattet eine konsiliarärztliche Beratung auch ohne persönliche Untersuchung, meint damit aber eine Beratung von Arzt zu Arzt. Eine „ausschließliche Fernbehandlung“ hingegen ist nach der MBO nicht erlaubt. Sollte dieses Verbot bedeuten, dass Erstbehandler und Zweitgutachter zwingend direkt zusammenarbeiten müssen, dann hätten die Gutachter des neuen Portals schlechte Karten.

Der NAV-Virchowbund jedenfalls hält die Vorgehensweise der Gutachter von „Vorsicht! Operation“ für unvereinbar mit dem Berufs- und Gebührenrecht. Er hat daher Ende August 2011 rechtliche Schritte bei den zuständigen Landesärztekammern eingeleitet. Auch Fragen der Haftung und Datensicherheit sind nach Auffassung des NAV-Virchowbundes völlig ungeklärt. Bis zum Redaktionsschluss war beim NAV-Virchowbund noch keine Antwort von den Kammern in Bayern, Baden-

Württemberg, Schleswig-Holstein, Sachsen, Berlin und Nordrhein eingegangen. Thomas Hahn von der Geschäftsstelle des Verbandes erklärte: „Die Prüfungen sind noch nicht abgeschlossen. Doch wenn bis Jahresende keine Ergebnisse vorliegen, wird unser Verband in die nächste Instanz gehen.“

### **Aufschub einer OP richtet keinen Schaden an**

Diesen Prüfungen blickte Professor Hans H. Pässler, Initiator und einer der Gutachter des Portals, gelassen entgegen: „Die Berufsordnung verbietet es einem Arzt nicht, ein Gutachten nach Aktenlage zu erstellen. Das ist bei Gerichten doch auch längst Usus.“ Auch in Haftungsfragen sah Pässler sich und seine Mitstreiter auf der sicheren Seite: „Wir begutachten keine Akutfälle. Wir werden von Patienten gefragt, ob sie zum Beispiel eine Knie-Endoprothese nicht doch noch eine Weile aufschieben können. Abwarten richtet in diesen Fällen in der Regel keinen Schaden an, daher rechnen wir auch nicht mit Haftungsfällen.“

Die Kritik der Fachgesellschaften und Verbände an der Online-Begutachtung konnte Pässler ebenfalls nicht nachvollziehen: „Diese Patienten sind ja alle bereits gründlich untersucht worden. Wir prüfen anhand der vorliegenden Befunde und Bilder, ob die Diagnose und die OP-Empfehlung plausibel sind.“ Grundlage hierfür sei ein Bogen mit 100 Anamnesefragen, auch zur persönlichen Situation und zum Leidensdruck des Patienten: „Ich weiß nicht, wie man in einem persönlichen Gespräch mehr herausfinden will“, sagte Pässler. Außerdem müssten die Patienten Fotos einreichen, auf denen sie ihre Schmerzpunkte markiert haben, dazu Röntgen- und MRT-Aufnahmen.

### **Arthroskopie vor geplanter Knie-TEP?**

„Wir nutzen die Möglichkeiten des Internets mit seinen rasenden Übertragungsgeschwindigkeiten“, erläuterte Pässler: „Wir bitten den Patienten zum Beispiel, sich beim Gehen oder auch bei der Untersuchung filmen zu lassen und werten diese Daten dann in unseren Gutachten aus.“ An diesen technischen Möglichkeiten könne man nicht länger einfach vorbeischaun, ohne sie auch im Medizinbetrieb zu nutzen.

Pässler selbst hat nach eigenen Angaben über „Vorsicht! Operation“ bislang rund 20 Gutachten angefertigt. „Es gab Fälle, in denen der Patient für eine Knie-Endoprothese vorgesehen war und bei denen der Operateur im Vorfeld rasch

noch eine Arthroskopie machen wollte – so etwas ergibt doch gar keinen Sinn!“

### **Orthopädische Fehldiagnose vom Radiologen**

Ebenso falle auf, dass viele Orthopäden Kernspin-Aufnahmen nicht korrekt deuten könnten. „Diese Kollegen verlassen sich auf die Befunde der Radiologen, die aber wiederum über zu wenig orthopädische Spezialkenntnisse verfügen“, kritisierte Pässler und ergänzte: „Solche Umstände sind sicherlich mit verantwortlich dafür, dass in Deutschland zu viel operiert wird.“

Natürlich war auch Pässler in seinen aktiven Zeiten ein fleißiger Operateur. Er gilt als international führende Kapazität in der Kniechirurgie und leitete von 1997 bis 2010 als Ärztlicher Direktor die ATOS Praxisklinik in Heidelberg. Er und seine Kollegen müssen sich daher – frei nach Fritz W. Bernstein – durchaus sagen lassen „die schärfsten Kritiker der Elche waren früher selber welche.“

### **Mit hohen OP-Zahlen Lorbeeren eingeheimst**

Ist es also statthaft, dass diese Koryphäen heute Patienten vor genau den Eingriffen bewahren, mit denen sie jahrzehntelang ihr Auskommen gesichert und fachliche Lorbeeren eingeheimst haben? „Auch wir haben früher zu viel operiert“, gab Pässler zu, „aber nach bestem Wissen und Gewissen.“ Heute gebe es viel mehr große Studien, die Fachwelt sei insgesamt kritischer geworden, und es habe sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass viele Diagnosen besser konservativ als operativ zu behandeln sind.

Bleibt das „Geschmäckle“, das sich einstellen kann, wenn man über den Schweizer Firmensitz der IQIS AG stolpert. „Wir sind ein deutschsprachiges Portal mit Experten aus Österreich, Deutschland und der Schweiz“, sagte Pässler hierzu. „Die Schweiz erschien uns als neutrales Gebiet für unser Vorhaben.“ Patienten, die ein Gutachten beauftragen, erhalten ihre Rechnung von der IQIS AG. Die Firma behält 25 Prozent für die Administration und die Wartung des Portals ein und zahlt den Rest an den jeweiligen Gutachter aus. „Der Gutachter muss den Betrag dann an seinem Wohnort versteuern“, erläuterte Pässler.

[www.vorsicht-operation.de](http://www.vorsicht-operation.de)

[www.nav-virchowbund.de](http://www.nav-virchowbund.de)

[www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de)

# Tod eines Kindes nach zahnärztlicher Narkose: Wer trägt die Verantwortung?

Ein Anästhesist wurde verurteilt, weil ein kleines Kind unter seiner Narkose starb. Doch auch der Zahnarzt trägt eine Mitschuld.

Von Dr. Petra Tietze-Schnur

Der BAO ist die einzige fachübergreifende Interessenvertretung ambulant tätiger Anästhesisten und Operateure. Als diese beziehen wir Stellung zu Berichten wie zum Beispiel in der Fernsehsendung „Escher“ (Mitteldeutscher Rundfunk MDR vom 6. Oktober 2011, siehe Kasten rechts), nach denen Ambulantes Operieren in bestimmten Konstellationen als gefährlich bezeichnet wird. Grundlage des Berichts ist eine Reihe von Todesfällen bei Kindern infolge ambulanter Narkosen beim Zahnarzt in den vergangenen Jahren.

## Ohne Personal mit veraltetem Gerät

Jeder dieser Todesfälle war einer zu viel. Jeder steht für eine menschliche Tragödie für alle beteiligten Parteien, und leider war jeder einzelne auch absolut vermeidbar. Alle Kinder verstarben in einem Setting, bei dem ein reisender Anästhesist ohne jegliches Personal und oft mit veraltetem oder nicht gewartetem Gerät in einer Zahnarztpraxis die Narkose durchführte. Als Hilfspersonal standen den Kollegen nur Zahnmedizinische Fachangestellte (ZMFA), nicht aber geschulte Anästhesieassistenten zur Seite.

Professor Uwe Schulte-Sasse, Direktor an der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin in Heilbronn, unterstützt die These, dass auch der Mitschuld trägt, der es zulässt, dass in seiner Praxis ein Anästhesist ohne fachlich geschultes Personal, ohne Betreuung im Aufwachraum durch ebensolches und mit mangelhaftem Equipment tätig wird. Dies entspricht dem sogenannten Organisationsverschulden und ist vergleichbar mit einem Spediteur, der es zulässt, dass seine Fahrer 30 Stunden am Lenkrad sitzen. Auf seiner Internetseite hat Schulte-Sasse Material und diverse Fälle zusammengetragen, zum Beispiel:

- » [medizinrecht-schulte-sasse.de/patientenschaedigung/fallbeispiele/produktionsdruck-im-operationssaal.html](http://medizinrecht-schulte-sasse.de/patientenschaedigung/fallbeispiele/produktionsdruck-im-operationssaal.html)
- » [medizinrecht-schulte-sasse.de/fileadmin/templates/\\_media/bibliothek/pdfs/veroeffentlichungen/2011-06-08\\_Spektakulaere-Entscheidungen.pdf](http://medizinrecht-schulte-sasse.de/fileadmin/templates/_media/bibliothek/pdfs/veroeffentlichungen/2011-06-08_Spektakulaere-Entscheidungen.pdf)



Der Grund für Narkosen ohne geschultes Personal ist immer die mangelhafte Vergütung der zahnärztlichen Narkoseleistung. Dies trifft zumindest für die Zeit nach 2009 zu. Denn seither erhalten Anästhesisten für zahnärztliche Narkosen bei Kindern unter zwölf Jahren – unabhängig von der Narkosedauer – nur eine Pauschale in Höhe zwischen 29 und 49 Euro. Diese Pauschale deckt insbesondere die Kosten für eine Anästhesieschwester nicht ab. Vor der Einführung der einheitlichen Vergütung entsprach die Bezahlung zahnärztlicher Narkosen der bei anderen medizinischen Eingriffen.

## Trifft auch KVen und Kassen eine Mitschuld?

Sind also manche Opfer auf menschliche Profitmaximierung bzw. Verlustminimierung zurückzuführen? Der Lohn für zahnärztliche Narkosen ist tatsächlich so gering, dass Personal nicht aus Narkosen nach EBM-Kapitel 5 finanziert werden kann. Dies geht nur mit Hilfe von Quersubvention.

Muss man bei der Suche nach den wahren Schuldigen also nicht auch die KVen und Krankenkassen zur Verantwortung ziehen? Immerhin wussten sie um die Vergütungssituation der Anästhesisten und „duldeten“ die Zustände ungeachtet der dramatischen Todesfälle. Trifft die Selbstverwaltung und Kostenträger nicht also auch eine Mitschuld? Schließlich ist die budgetierte Vergütung des EBM-Kapitels 5 vom HVM-Ausschuss abgesehnet.

## Kein Geld für Narkosen ohne Assistenz!

Der BAO distanziert sich und die durch ihn vertretenen Mitglieder aufs Schärfste von diesen Strukturen. Er fordert eine

gerechte Entlohnung für die schwierigen Kindernarkosen bei Kindern unter fünf Jahren sowie bei behinderten Menschen. Narkosen ohne den Nachweis der Anwesenheit von geschultem Assistenzpersonal müssen unterbleiben und dürfen gar nicht vergütet werden. Leitlinien und Empfehlungen für diese fachlich anspruchsvollen Narkosen gibt es zur Genüge, siehe etwa:

- » [www.dgai.de/eev/EEV\\_2011\\_S\\_115-120.pdf](http://www.dgai.de/eev/EEV_2011_S_115-120.pdf)
- » [www.dgai.de/eev/EEV\\_2011\\_S\\_561-564.pdf](http://www.dgai.de/eev/EEV_2011_S_561-564.pdf)
- » [www.dgai.de/eev/EEV\\_2011\\_S\\_575-580.pdf](http://www.dgai.de/eev/EEV_2011_S_575-580.pdf)

Das Thema Geld ist im Zusammenhang mit tragischen Todesfällen natürlich unpassend. Dennoch: Wie soll ein Anästhesist, der nur Narkosen nach EBM-Kapitel 5 durchführt, von dem erwirtschafteten Honorar eine oder besser zwei Schwestern bezahlen und auch noch Geld für sich selbst behalten können?

Zu gern verlassen sich die Kassen und leider auch die KVen darauf, dass uns die Kinder Leid tun und dass uns die Narkosen auch unter unmöglichen Bedingungen gelingen. Meist behalten sie ja auch Recht.

## WORUM GEHT ES?

### FERNSEHMAGAZIN „ESCHER“ WARNT VOR „TÖDLICHEN NARKOSEN“

„Tödlicher Sparwahn – warum ambulante Narkosen gefährlich sein können“ sind die Schlagworte, mit denen das Ratgebermagazin „Escher“ am 6. Oktober 2011 im Mitteldeutschen Rundfunk (MDR) seinen kritischen Beitrag über ambulante Narkosen in Zahnarztpraxen begann. Dreh- und Angelpunkt des Berichts ist der Tod des zweijährigen Hannes, der im Januar 2009 eine eigentlich unspektakuläre Kariesbehandlung nicht überlebte.

Der Zahnarzt hatte die Behandlung unter Narkose durchgeführt, weil das Kind den Mund nicht öffnen wollte. Der für die Narkose verantwortliche Anästhesist wurde bereits im November 2010 vor dem Landgericht Halle zu dreieinhalb Jahren Haft verurteilt. Das Gericht hatte sein Urteil damit begründet, dass der Anästhesist seine Sorgfaltspflicht verletzt und gegen jegliche Regeln der ärztlichen Kunst verstoßen habe. Er habe ein Narkosegerät eingesetzt, das noch aus DDR-Zeiten stammte und keine TÜV-Zulassung hatte beziehungsweise nicht regelmäßig gewartet worden war. Zudem habe er Warnsignale am kleinen Patienten, etwa dessen blaue Lippen, nicht gesehen.

Der Fall löste seinerzeit immensen Medienwirbel aus: Von „Bild“ über „Stern“ und „Focus“ bis hin zu den kleinsten Lokalzeitungen und ärztlicher Fachpresse berichteten alle Medien über den tragischen Tod des kleinen Jungen. Der aktuelle Fernsehbeitrag bei „Escher“ ließ die Ereignisse noch einmal Revue passieren:

Der Anästhesist hatte die Narkose allein, ohne Begleitung einer Anästhesieschwester, durchgeführt. Deshalb hatte niemand bemerkt, dass das Kind während der Narkose nicht ausreichend mit Sauerstoff versorgt war. Der Notarzt wurde erst 30 Minuten später alarmiert, der Junge starb zwei Tage nach dem Eingriff an den Folgen des Sauerstoffmangels.

Bei „Escher“ kamen ein Jahr nach dem Urteil gegen den Anästhesisten noch einmal die Eltern des verstorbenen Jungen zu Wort. Sie verlangen, dass nicht nur der Anästhesist, sondern auch der behandelnde Zahnarzt für die fehlerhafte Behandlung zur Verantwortung gezogen wird. „Ich gehe stark davon aus, dass er eine Mitverantwortung trägt, weil er ja für die Organisation der Praxis

verantwortlich ist“, sagte der Vater vor der Kamera. Der Zahnarzt müsse als Praxisbetreiber sicherstellen, dass eine Notversorgung erfolgen kann und dass genügend qualifiziertes Personal in der Praxis vorhanden ist. „Das ist hier offensichtlich nicht geschehen“, kritisierte der Vater.

Zusammen mit seinem Anwalt setzt sich der Vater dafür ein, dass die Staatsanwaltschaft auch gegen den Zahnarzt und den Mitinhaber der Praxis Ermittlungen aufnimmt. „Wer seine Organisation darauf aufbaut, dass jemand ohne Fachpersonal kommt, der erhöht das Risiko der Behandlung“, argumentierte der Anwalt. Dafür müsse geklärt werden, ob es eine strafrechtliche Verantwortung gibt. „Ich denke, dass es sie geben muss. Denn wer Anästhesiepersonal aus finanziellen Gründen einspart, dem muss auch zugerechnet werden, dass er dieses Risiko bewusst eingegangen ist“, erläuterte der Anwalt weiter.

Der kleine Hannes ist leider kein Einzelfall. „Escher“ zeigte in seinem Bericht die Bilder von drei weiteren Kleinkindern, die in den vergangenen Jahren aufgrund von Narkosezwischenfällen in Zahnarztpraxen ums Leben gekommen waren. Stets blieben die behandelnden Zahnärzte juristisch unbehelligt.

Aus diesem Grund befragten die Reporter auch Professor Uwe Schulte-Sasse, Direktor der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin am Klinikum Heilbronn, zu den Todesfällen. „Dort sind etablierte Standards unseres Fachgebietes weggelassen worden. Da kann man nicht von Schicksal reden“, lautete das Urteil von Schulte-Sasse. „Das ist nicht die Kategorie ‚Irren ist menschlich‘, sondern das ist etwas völlig anderes.“ Unglücke wie der Tod des kleinen Hannes seien absolut vermeidbar gewesen.

**Den vollständigen Fernsehbeitrag finden Sie in der MDR-Mediathek unter:**

[www.mdr.de/mediathek/suche/video17448\\_zc-485c01ae\\_zs-d23ba9ff.html](http://www.mdr.de/mediathek/suche/video17448_zc-485c01ae_zs-d23ba9ff.html)

# SPD-Leitantrag fordert dynamisierte Steuerzuschüsse für das Gesundheitssystem

Die Bürgerversicherung ist nach Meinung der SPD-Spitze der beste Weg, die Gesundheitswirtschaft auf Wachstumskurs zu halten.

Von Antje Thiel

Seit sechs Jahren kämpft die SPD für das Konzept der Bürgerversicherung anstelle der Trennung in Private und Gesetzliche Krankenversicherung. Seit Ende September liegt hierzu ein Leitantrag des Parteivorstands vor, der beim nächsten SPD-Bundesparteitag am 6. Dezember 2011 in Berlin diskutiert werden soll. Einen Vorgeschmack darauf gab es beim Gesundheitswirtschaftskongress am 1. September in Hamburg, wo SPD-Generalsekretärin Andrea Nahles mitdiskutierte über „Gesundheitswirtschaft und Bürgerversicherung: Passt das überhaupt?“ Ihre Gegenfrage lautete: „Warum sollte es nicht passen?“ Anders als noch vor 15 Jahren wusste man heute, dass die Gesundheitswirtschaft eine Innovationsbranche ist: „Sie ist Motor und Garant von Wohlstand, nicht Klotz am Bein“, sagte Nahles.

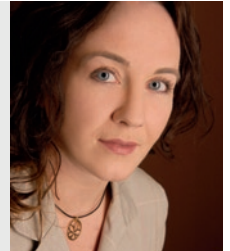
## Das Sozialstaatsziel hat Verfassungsrang

Allerdings müsse die Verantwortung für den Sozialstaat solidarisch auf alle Schultern verteilt werden, forderte Nahles: „Das Sozialstaatsziel ist im Grundgesetz verankert, genießt also Verfassungsrang. Das ist etwas anderes als zum Beispiel das Recht auf Mobilität – auch wenn hierzulande heute fast jeder ein Auto fährt.“

Die Bürgerversicherung sei der beste Weg, Lasten gerecht zu verteilen und gleichzeitig die Gesundheitswirtschaft auf ihrem Wachstumsweg zu halten – anders als ein System, das auf Zusatzbeiträgen fußt. „Zusatzbeiträge lösen immer Sparbestrebungen aus. Zum einen beim Versicherten, der im Zweifelsfall auf Leistungen verzichtet, zum anderen bei den Kassen, die prophylaktisch sparen, damit sie keine Zusatzbeiträge erheben müssen.“ Damit dem System kein Geld entzogen, sondern zugeführt wird, sehe die SPD-Bürgerversicherung dynamisierte Steuerzuschüsse vor.

Die Experten auf dem Podium reagierten gleichermaßen aufgeschlossen und zurückhaltend auf Nahles Impulsreferat. Dr. Christoph Hans Straub, der erst vier Wochen zuvor seinen Posten als Vorstandsvorsitzender der Barmer GEK

Freie Medizinerjournalistin  
Essener Straße 4, D3, 22419 Hamburg  
Tel.: 040 32596116, Fax: 040 32596112  
info@antje-thiel.de



ANTJE THIEL

angetreten hatte, sagte dazu: „Wir wissen, dass wir in Deutschland mit der Trennung in GKV und PKV bei der Vollversicherung einen Sonderweg gehen.“

## Ein von CDU und SPD gezeugter Bastard

Den Sozialausgleich über Steuerzuschüsse bezeichnete Straub als gerechter als den Ausgleich über Beitragsätze. Das derzeitige System sei ein „Bastard, gezeugt von SPD und CDU“, das finanziell instabil sei: „Wir wünschen uns mehr Verlässlichkeit bei den Steuerzuschüssen, denn bislang war das ein sehr unstetes Auf und Ab.“

Professor Jörg Debatin, noch Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender am Hamburger Universitätsklinikum Eppendorf (UKE), zeigte sich offen: So habe das unter Rot-Grün angestoßene DRG-System für mehr Transparenz im Kliniksektor gesorgt. Transparenz müsse es aber auch für Patienten geben: „Das Geld im Gesundheitswesen muss in Euro fließen. Ich kaufe auch nicht Milch für 0,1 Prozent meines Monatseinkommens, sondern für einen festen Euro-Preis. Das sind die Menschen gewohnt“, sagte Debatin.

## Grundsicherung statt Gleichmacherei

Er warnte die SPD davor, ihr Konzept zu überfrachten: „Was mir nicht gefällt, ist Gleichmacherei. Wir brauchen eine verpflichtende Grundsicherung mit optionalen Zusatzleistungen.“ Nahles hielt dagegen: „Die Menschen wollen, dass ihre Versorgungsqualität nicht von ihrem Versichertenstatus abhängt, sondern von der Art, der Schwere und der Dringlichkeit ihrer Erkrankung.“ Die SPD werde kassenindividuelle

Beitragsätze einführen und die Zusatzbeiträge streichen. Auch die PKV dürfe Verträge zur Bürgerversicherung anbieten. „Ich persönlich bin auch nicht gegen Selektivverträge, ich sehe durchaus den Zusatznutzen.“ Hier gebe es allerdings Diskussionsbedarf auch auf Länderebene.

Barmer-GEK-Chef Straub befürchtete dabei allzu kleinteilige Vertragslösungen für alle Eventualitäten: „Ich bin skeptisch, das System immer weiter zu verfeinern. Das raubt den Beteiligten den Anreiz, sich ins Zeug zu legen!“ Als Beispiel nannte Straub den Morbi-RSA, der mit seinen 80 Krankheiten viele Faktoren berücksichtige. Hier brauche es keine weitere Verfeinerung. Gleiches gelte für die Verteilung der Gelder in den Regionen: „Metropolen-Zuschläge für Kassen, wie sie derzeit gefordert werden, würden alle Bestrebungen konterkarieren, die Leistungserbringer besser zu verteilen.“

Kritik am Regelungstempo kam von Dr. Thomas Reimann, Leiter der Geschäftseinheit Klinik bei der Pfizer Pharma GmbH: „Das AMNOG und die Nutzenbewertung für Arzneimittel sind für uns ähnlich revolutionär wie die DRG-Einführung für die Kliniken.“ Auch die Nutzenbewertung erfordere daher eine Konvergenzphase. Reimann äußerte auch Zweifel an den Finanzplänen der SPD: „Dynamisierte Steuerzuschüsse sind angesichts von EU-Finanzkrise und anderer finanzieller Zwangslagen schwer zu glauben.“ Damit auf sie Verlass sei, müssten sie gesetzlich fest verankert werden.

Nahles erwiderte: „Steuereinnahmen sind zwar per Definition zweckungebunden. Es gibt aber bereits Ausnahmen: siehe Rente, siehe Ökosteuer.“ Dieses Modell wolle die SPD übertragen auf das Gesundheitssystem, und zwar bei der Zinsabgeltungssteuer. Eine Erhöhung dieser Steuer von derzeit 25 auf 30 Prozent bringe Mehreinnahmen von rund 400 Millionen Euro pro Jahr.

### Zuschuss unabhängig vom Finanzminister

Diese Einnahmen sollten per Gesetz zweckgebunden dem Gesundheitssystem zur Verfügung stehen. „Dann haben wir einen soliden Zuschuss unabhängig vom Finanzminister – wie auch immer der gerade heißen mag“, sagte Nahles. Allerdings sei die Bürgerversicherung keineswegs eine „eierlegende Wollmilchsau“ für das Gesundheitssystem, sondern „nur ein intelligentes System, um die Zwei-Klassen-Medizin abzuschaffen und für mehr Verlässlichkeit und Gerechtigkeit bei der Finanzierung zu sorgen.“

## SPD-POSITIONSPAPIER: DIE WICHTIGSTEN PUNKTE IM ÜBERBLICK

- » Wiedereinführung der paritätischen Beitragsfinanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber
- » Überführung in ein einheitliches Versicherungssystem (Bürgerversicherung) mit einheitlicher Vergütung für gesetzlich und privat Versicherte
- » Zeitgemäße Versorgungsstrukturen: mehr Vernetzung statt „Einzelkämpfertum“, mehr fachübergreifende Medizinische Versorgungszentren (MVZ)
- » „Der Schlüssel zur Erschließung von Effizienz und Effektivität der Versorgung liegt vor allem an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer fachärztlicher Versorgung.“
- » Stärkung der hausärztlichen Versorgung durch bessere Honorierung und ein stärkeres Gewicht hausärztlicher Inhalte bereits in der Ausbildung
- » Rückkehr zum Rechtszustand von September 2010 bei der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGBV mit umfassenden Beteiligungsrechten des Deutschen Hausarztverbandes in den ärztlichen Gremien und in der Selbstverwaltung
- » Der Ausbau des fachärztlichen Bereichs soll nicht zu Lasten des hausärztlichen Sektors gehen.
- » Schaffung eines spezialärztlichen Bereichs, der einheitlich für den ambulanten und stationären Sektor gebildet werden soll, mit einer klaren Bedarfsplanung und Zulassungs- sowie Mengensteuerung
- » Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung in unterversorgten Gebieten
- » „Die stärkere Integration von ambulantem und stationärem Sektor erfordert mittelfristig eine monistische Finanzierung der Krankenhäuser.“
- » „Der geteilte Sicherstellungsauftrag für die ambulante und stationäre Versorgung verursacht Schnittstellenprobleme, die mittelfristig vor allem in der Verantwortung der Länder behoben werden müssen.“
- » Die Länder sollen im Gemeinsamen Bundesausschuss an der Versorgungsplanung mitwirken. Die Landesausschüsse sollen zu Gemeinsamen Landesausschüssen weiterentwickelt werden, die die sektorenübergreifende Versorgungsplanung voranbringen und Rechtsaufsicht über die Länder haben. Ebenso können für die wohnortnahe Versorgung sektorenübergreifende Versorgungskonferenzen gebildet werden.
- » Die KVen sollen verpflichtet werden, in Gebieten mit festgestellter Überversorgung freiwerdende Arztstühle aufzukaufen und zu schließen.
- » Der Bund soll sich an der Finanzierung der Mediziner- ausbildung beteiligen.

Den vollständigen Leitantrag finden Sie unter [www.spd.de](http://www.spd.de) mit Hilfe der Stichwortsuche „Leitantrag Gesundheitspolitik“

INTERVIEW MIT ANDREA NAHLES: SPD SUCHT DEN DIALOG MIT ALLEN BETEILIGTEN

» **BAO Depesche:** Die SPD sieht den Schlüssel für mehr Effizienz und Effektivität vor allem an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung. Ist dies eine neue Formulierung für die „doppelte Facharztschiene“, die Ihre Partei bislang am liebsten abschaffen wollte?

» **Andrea Nahles:** Der enge Dialog mit den Betroffenen ist uns wichtig, um Entscheidungen an den Alltagserfahrungen ausgerichtet vorzubereiten. In diesem Sinne geht es uns auch nicht um „Abschaffung“ oder „Umbenennung“ von Strukturen. Mit Betroffenen reden und klug entscheiden ist unsere Devise. Und unbestritten ist, dass es Reibungsverluste zwischen stationärem und ambulantem Sektor gibt. Da müssen wir besser werden, das wird niemand ernsthaft bestreiten.

» **BAO Depesche:** Wenn an der besagten Schnittstelle der Schlüssel für Effizienz und Effektivität liegt, warum widmet die SPD der ambulanten fachärztlichen und spezialärztlichen Versorgung dann nur zwei kleine Absätze in ihrem 26-seitigen Leit Antrag?

» **Andrea Nahles:** Ich finde nicht, dass wir das Thema gering gewichtet haben. Der Antrag umfasst Gesundheitspolitik in seiner ganzen Breite: Versorgungsstrukturen, Kostenentwicklung, Finanzierung/Bürgerversicherung und Pflege. Die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen macht insgesamt fast ein Viertel des Antrags aus, wenn Sie alle Versorgungsbereiche und wichtige Zukunftsfragen wie Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Vertragsarztrecht etc. dazurechnen.

Ich denke, wir haben uns umfassend positioniert und auch eindeutig zu einem spezialärztlichen Sektor bekannt. Wichtig ist: Dies ist kein Gesetzentwurf sondern eine grundsätzliche Positionierung der SPD. Daher stehen eher Zielbeschreibungen als detaillierte, konkrete Lösungen im Vordergrund. Das ist Sinn und Zweck eines Parteitagsbeschlusses im Vergleich zu einem Gesetzentwurf der Regierung oder einem Positionspapier der Bundestagsfraktion.

» **BAO Depesche:** Plant die SPD, das Ambulante Operieren zu fördern, das nachweislich immense Kosten einsparen kann und zudem eine qualitativ hohe Versorgung mit überwiegend hochzufriedenen Patienten garantiert?

» **Andrea Nahles:** Ambulantes Operieren sollte dort gefördert werden, wo es für die Patientinnen und Patienten von Vorteil ist und es die örtlichen Gegebenheiten erlauben. Wenn wir ab 2013 wieder regieren, werden wir konkrete Lösungen entwickeln – niemand weiß heute, welche wissenschaftliche Erkenntnisse es in zwei bis drei Jahren geben wird und welche Entwicklungen wir im System bis dahin haben, die berücksichtigt werden müssen.

» **BAO Depesche:** Beim Gesundheitswirtschaftskongress haben Sie sich als einen „Fan von Selektivverträgen“ bezeichnet. Wie steht die SPD-Mehrheit dazu?

» **Andrea Nahles:** Ich glaube, ich habe gesagt, ich bin Fan des Wettbewerbsgedankens im Gesundheitswesen – und wo Selektivverträge Wettbewerb für eine bessere Versorgung entfachen, finde ich das gut. Wichtig ist mir, dass wir das wirklich von der Versorgungsqualität, also von den Patientinnen und Patienten aus betrachten, ebenso wie dass ein solches Vertragsgeschehen nicht zu Lasten der Beschäftigten geht.

Findet das deutsche Gesundheitswesen effektiv, weil es viele Betroffene in die Entscheidungen einbezieht: Andrea Nahles, Generalsekretärin der SPD



© SPD

» **BAO Depesche:** Die SPD fordert „mittelfristig“ eine Umstellung auf eine monistische Finanzierung der Krankenhäuser. Wie sollen in der Zwischenzeit die Wettbewerbsvorteile der Krankenhäuser gegenüber niedergelassenen Fachärzten kompensiert werden?

» **Andrea Nahles:** Mittelfristig heißt, dass wir mit allen Beteiligten darüber reden müssen, um gute Lösungen zu erreichen. Klar ist, integrierte Versorgungsstrukturen erfordern Anpassungen in der Finanzierungssystematik. Aber nochmal: Es geht uns nicht darum, aus Ideologie Strukturen zu zerstören. Wir wollen sie qualitätsorientiert weiterentwickeln. Dazu gehört, dass man für die Umstellung gegebenenfalls entsprechend lange Konvergenzphasen schaffen könnte, um Auswirkungen für Betroffene abzuf puffern. Auch das entscheidet man, wenn man mit Beteiligten gesprochen hat.

» **BAO Depesche:** Die SPD will den Ländern Mitspracherechte im G-BA einräumen und außerdem Gemeinsame Länderausschüsse sowie sektorenübergreifende Versorgungskonferenzen einberufen. Das klingt nicht gerade nach Bürokratieabbau...

» **Andrea Nahles:** Das selbstverwaltete deutsche Gesundheitssystem ist nicht immer effizient, aber es ist effektiv, weil es viele Betroffene in Entscheidungen einbezieht. Dies sollte man akzeptieren und entsprechend weiterentwickeln. Und wo man in den Einrichtungen, Kassen und Verbänden Bürokratie abbauen kann, sollten die jeweils Verantwortlichen entschlossen rangehen – dies wird die SPD unterstützen.

» **BAO Depesche:** Die SPD will die KVen verpflichten, in „Gebieten mit festgestellter Überversorgung“ freiwerdende Arztstühle aufzukaufen und zu schließen. Wer soll die Überversorgung feststellen, und nach welchen Kriterien?

» **Andrea Nahles:** Die Kriterien für den Versorgungsbedarf werden schon heute in der gemeinsamen Selbstverwaltung erarbeitet, weiterentwickelt und beschlossen. Bei dieser Zuständigkeit sollte es bleiben.

» **BAO Depesche:** Viele Ärzte haben den Eindruck, dass sich Politiker nur allzu bereitwillig von den Krankenkassen vor den Karren spannen lassen – Stichwort Wartezeiten in Arztpraxen und die von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr angeordneten Sanktionen gegenüber Ärzten. Halten Sie Sanktionen wie Zulassungsentzug oder Strafzahlungen für ein probates Mittel in solchen Fällen?

» **Andrea Nahles:** Nein. Falsche Gesundheitspolitik kann man nicht durch Bestrafung von Ärzten korrigieren, sondern nur, indem man Rahmenbedingungen so gestaltet, dass die Versorgungsziele erfüllbar sind.

# Immer mehr Ermittlungsverfahren wegen Korruption und Fehlverhalten bei Ärzten

Die Überprüfung von Praxisabläufen unter strafrechtlichen Gesichtspunkten kann unnötige Strafverfahren vermeiden.

Von Bernd Helmsauer

Ärzte geraten immer häufiger ins Visier von Strafverfolgern. Dies liegt daran, dass sowohl die Strafverfolgung als auch die Liste der Straftatbestände gegen Ärzte in den vergangenen 15 Jahren ausgeweitet wurden. Die Rechtsprechung hat vom Abrechnungsbetrug über die Sachleistungsuntreue bis hin zu den Korruptionsdelikten viele Straftatbestände teilweise nur für Vertragsärzte geschaffen. Zudem sind die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) seit 2004 gesetzlich verpflichtet, bei Verdachtsfällen im Rahmen der Abrechnungsprüfung den Sachverhalt bei der zuständigen Staatsanwaltschaft anzuzeigen.

## KVen müssen Unstimmigkeiten melden

Demnach müssen die KVen gemäß § 81a SGBV die Staatsanwaltschaft unverzüglich unterrichten, wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte. Demzufolge kann Ihnen jede Regressforderung die Staatsanwaltschaft ins Haus bringen. Bei den Krankenkassen, den KVen, den Landeskriminalämtern und den Staatsanwaltschaften sind darüber hinaus Abteilungen geschaffen worden, die auf die strafrechtliche Verfolgung von Ärzten spezialisiert sind.

Allein die Deutsche Angestelltenkrankenkasse (DAK) hat im Jahr 2010 zirka zwei Millionen Euro Rückforderungen aus behaupteten strafrechtlich relevanten Abrechnungsfehlern realisiert und bearbeitete bis Februar 2011 nach eigenen Angaben 2.000 (!) neue Verdachtsfälle. Dies ist nur eine von 153 gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland.

## Ärzte und Kliniken im Visier der Ermittler

Derzeit liegen dem Großen Gemeinsamen Senat des Bundesgerichtshofes für Strafsachen zwei Vorlagebeschlüsse zur Entscheidung vor. An diesen Beschlüssen werden sich sowohl Vertragsärzte als auch Entscheidungsträger in Kliniken und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) bei ihren aktuellen und künftigen Kooperationsvereinbarungen

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



BERND HELMSAUER

mit der Medizinprodukteindustrie orientieren müssen, damit sie nicht in das Visier der Staatsanwaltschaften geraten, die sich immer weiter spezialisieren.

## Praxisabläufe prüfen, Verfahren vermeiden!

Viele Ärzte könnten Ermittlungsverfahren vermeiden, wenn sie frühzeitig Experten damit beauftragen würden, ihre tatsächlichen Praxisabläufe unter strafrechtlichen Gesichtspunkten zu prüfen und zu begutachten. Eine gezielte Beratung kann zum einen Ärzte und ihre Mitarbeiter sensibilisieren. Zum anderen kann eine Überprüfung bestehender Verträge und Abreden auf strafrechtliche Relevanz ganz konkret Ermittlungsverfahren vermeiden.

Medlaw solutions ist eine auf die Vertretung von Ärzten spezialisierte überörtlich bundesweit tätige Verbindung von Strafverteidigern. Bei vielen ihrer durchgeführten Vertretungen in Arztstrafsachen hat medlaw solutions festgestellt, dass die betroffenen Ärzte vor allem deshalb ins Visier der KVen und Staatsanwaltschaften geraten waren, weil ihre Praxisabläufe und in Folge auch ihre Abrechnungen im Rahmen einer Schlüssigkeitsprüfung Verdacht erregten.

Medlaw solutions bietet hierfür in Zusammenarbeit mit dem BAO-Partner Helmsauer & Kollegen Assekuranzmakler AG ein Beratungspaket mit Prüfung und Schulung der Mitarbeiter vor Ort an. Die Kosten richten sich nach Art und Umfang der durchzuführenden Beratungsleistung und der Größe der Arztpraxis. Ein persönliches Angebot wird Ihnen gerne auf Anfrage erstellt.

# Stellungnahme des BNC zum geplanten Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VSG)

Die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung enthält viele positive Aspekte, doch sie beseitigt nicht bestehende Wettbewerbsnachteile.

Von Dr. Dieter Haack

Vereinbarungsgemäß wird in dieser Stellungnahme nur zum neuen § 116b SGBV und hierin zum Grenzbereich zwischen stationärer und ambulanter Leistungserbringung Bezug genommen. Der Berufsverband Niedergelassener Chirurgen (BNC) begrüßt die Idee des § 116b SGBV in weiten Teilen als eine positive Entwicklung. Allerdings steckt der Teufel wie immer im Detail: Zwar hat die politische Überzeugungsarbeit der fachärztlichen Berufsverbände, darunter auch der BNC und der BAO, bereits zu Verbesserungen am Gesetzentwurf geführt. Dennoch scheint es wahrscheinlich, dass sich der bürokratische Aufwand durch die im GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VSG) geplante Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung vergrößern wird.

Der Entwurf für das GKV-VSG sah lange Zeit vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) selektiert aus dem § 115b SGBV einzelne Operationen definiert, die in den § 116b überführt werden und den Kriterien der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung entsprechen müssen. Was bislang in dreiseitigen Verträgen zwischen der Kassennärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen ausgehandelt wurde, wäre künftig vom G-BA schlicht angeordnet worden.

## Politischer Teilerfolg der Berufsverbände

Gut informierte Beobachter berichten nun zum Glück, dass diese Pläne in Berlin „vom Tisch“ sind: Der § 115b soll nicht in den § 116b SGBV überführt, sondern weiterhin im Rahmen dreiseitiger Verträge regional ausgehandelt werden. Wir werten dies als einen wichtigen Teilerfolg der politischen Arbeit der fachärztlichen Berufsverbände.

Dieser Erfolg darf uns aber über eines nicht hinwegtäuschen: Die von BNC, BAO und anderen fachärztlichen Berufsverbänden seit Jahren kritisierten Schwachstellen des § 115b werden mit dem GKV-VSG weiterhin überhaupt nicht angegangen. Die Schwachstellen betreffen in erster Linie die ungleichen Wettbewerbsbedingungen zwischen

Berufsverband  
Niedergelassener Chirurgen (BNC)  
Geschäftsführender Vorsitzender  
Eierstraße 46, 70199 Stuttgart  
Tel.: 0711 601760-0  
HAACK-KERBER@t-online.de  
www.bneev.de



DR. DIETER HAACK

Krankenhaus und niedergelassenem Bereich, die wir in Tabelle 1 noch einmal gegenüber gestellt haben.

## Probleme des § 115b bleiben unangetastet

Bedingt durch ein Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Berlin/Brandenburg vom 15. Dezember 2010 wurden die Punktwerte für Leistungen, die als förderungswürdig galten, auf 3,5 Cent gesenkt. Damit ist seither eine betriebswirtschaftliche Leistungserbringung de facto nicht mehr möglich. Um diesen Missstand zu beseitigen, empfehlen wir eine Vergütung aller Leistungen nach § 115b SGBV im Rahmen des zukünftigen § 116b auf der Basis von Komplexpauschalen, analog DRG. Diese Komplexpauschalen müssen aus der Summe folgender Positionen berechnet werden:

- » Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Stand aus dem Jahr 2000
- » Ausgleich für die Kostenentwicklung in niedergelassenen Praxen (Miete, Energiekosten, Personalkosten, Kosten für Qualitätssicherung etc.)
- » Ausgleich für die Entwicklung der Oberarztgehälter im Krankenhaus
- » Inflationsausgleich

Bislang ist vorgesehen, die Töpfe der niedergelassenen Fachärzte im KV-System um die Leistungen der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung zu bereinigen. Der BNC lehnt eine solche Bereinigung ab – und zwar vor allem deshalb, weil sie im Krankensektor schlicht nicht

durchführbar wäre. Auf diese Weise entstehen abermals Wettbewerbsverzerrungen zu Ungunsten der niedergelassenen Fachärzte.

### Verlagerungseffekt endlich berechnen!

Denn weder eine Implementierung einzelner durch den G-BA definierter Leistungen in den § 116b, noch der Erhalt des § 115b in seiner bisherigen Form lösen das Problem der derzeitigen massiven Wettbewerbsverzerrung. Keine der beiden Varianten spiegelt die in den vergangenen zehn Jahren erfolgte Verlagerung von hochspezialisierten stationären Operationen in den niedergelassenen Bereich wider.

Die politischen Akteure wissen sehr wohl um diesen Verlagerungseffekt – doch seine Berechnung wurde im Jahre 2010 erneut auf das Jahr 2013 verschoben. Einbezogen werden sollten alle Eingriffe ab 2002, analog DRG. Das politische Postulat, dass das Geld der Leistung folgen sollte, wurde damit ausgehebelt.

### Abrechnung mit Bezug zur LANR

Um den Facharztstandard auf allen Ebenen zu gewährleisten, spricht sich der BNC für eine Abrechnung mit Bezug zur Lebenslangen Arztnummer (LANR) aus. Nur auf diese Weise lässt sich eine Leistung eindeutig einem bestimmten Arzt zuordnen – und zwar unabhängig vom Ort der Leistungserbringung.

Wir empfehlen weiterhin eine Abrechnung über die KVen oder über bereits existierende Managementgesellschaften, die die Infrastrukturen für diese Abrechnungen bereits vorhalten. Eine Abrechnung operativer Leistungen mit der jeweiligen Krankenkasse bedeutet bei rund 143 Krankenkassen einen enormen bürokratischen Aufwand für den einzelnen Leistungserbringer – insbesondere im niedergelassenen Bereich.

### Überweisungsvorbehalt nach Fachgebieten

Um eine konsequente Betreuung des zu behandelnden Patienten zu gewährleisten, plädieren wir für einen fachgebietsspezifischen Überweisungsvorbehalt für den Zugang zum Krankenhaus. Denn bereits jetzt werden viele ambulante spezialfachärztliche Patienten erfolgreich in Kooperationen zwischen Hausärzten und niedergelassenen Fachärzten betreut.

In diesem Zusammenhang muss auch die von Krankenhäusern vielfach praktizierte „blutige Entlassung“ hinterfragt werden. Die operativen Leistungen im Krankenhaus werden über DRG vergütet. Die Fallpauschalen umfassen auch die postoperative Behandlung für 14 Tage. In der Praxis allerdings werden die in diesem Zeitraum entlassenen Patienten in das KV-System verlagert, wo ihre Behandlung über das KV-System von den Krankenkassen abermals bezahlt wird.

Wir fordern daher, eine Abrechnung der niedergelassenen Ärzte gegenüber den Krankenhäusern auch außerhalb der KV-Systematik zu ermöglichen, mit der diese Verlagerungseffekte der „blutigen Entlassung“ kompensiert werden.

#### TABELLE 1: WELCHE RAHMENBEDINGUNGEN GELTEN FÜR OPERATIONEN NACH § 115B SGB V?

##### Krankenhaus:

- » Keine Budgetierung von Operationsleistungen
- » Alle zusätzlichen Leistungen können abgerechnet werden
- » Rechnungstellung nach Abschluss der Behandlung (Abrechnung nach vier Wochen, Bezahlung nach sechs Wochen)
- » Duale Finanzierung
- » Nutzung der vorhandenen Infrastruktur des Krankenhauses
- » Überprüfung der Qualitätsrichtlinien durch die Krankenkassen?
- » Facharztstandard? Operationen werden nicht zwangsläufig durch Fachärzte erbracht

##### Niedergelassener Bereich:

- » Budgetierung nach GKV-FinG (soll zum 1. Januar 2012 aufgehoben werden)
- » Zusätzliche Leistungen werden im Regelleistungsvolumen (RLV) bzw. Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) versenkt, sie unterliegen damit einer indirekten Budgetierung
- » Bezahlung mit der Schlusszahlung der KV (also drei bis sechs Monate nach Leistungserbringung)
- » Monistische Finanzierung der vorgehaltenen Struktur
- » Aufbau einer eigenen Infrastruktur
- » Permanente Qualitätskontrollen durch Gesundheitsämter, Medizinischen Dienst etc.
- » Grundsätzlich Facharztstandard bei jeder Behandlung

# Qualitätssicherung im medizinischen Bereich

## Teil 4: Das Rezept für eine erfolgreiche Patientenbefragung: Ein kurzer Fragebogen verrät Ihnen, was sich Ihre Patienten wünschen

Von Dr. Klaus Bäcker

Die hohe medizinische Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung steht außer Frage. Deshalb unterscheidet sich eine Praxis vor allem durch die Servicequalität von ihren Mitbewerbern. Doch wissen Sie, welchen Service sich Ihre Patienten wünschen und wie zufrieden sie sind? Fragen Sie Ihre Patienten mit Hilfe eines Fragebogens direkt, wie sie die Praxis, das Team und die Abläufe erleben.

### Der Weg zum richtigen Fragebogen

Für eine Patientenbefragung kommen entweder ein eigener oder ein vorgefertigter validierter Fragebogen in Betracht. Wenn Sie einen eigenen Fragebogen entwickeln möchten, achten Sie vor allem darauf, dass die Länge des Fragebogen zwei DIN-A4-Seiten nicht überschreitet. Es sollte möglich sein, ihn in fünf bis zehn Minuten vollständig auszufüllen.

Eine kurze Einleitung informiert Ihre Patienten über das Ziel der Umfrage. Alle relevanten Bereiche der Praxis, mit denen der Patient im Rahmen der Behandlung in Kontakt kommt, sollten durch gezielte Fragen abgefragt werden. Formulieren Sie die Fragen eindeutig sowie leicht verständlich und bieten Sie Ihren Patienten für jede Fragestellung eine geeignete Antwortmöglichkeit. Wenn Sie allgemeine soziodemographische Daten (Alter, Geschlecht) erfassen, können Sie Ihre Ergebnisse später differenzierter betrachten. Ein ansprechendes Layout erhöht die Bereitschaft, Ihre Fragen sorgfältig zu beantworten.

medicalex GmbH  
Geschäftsführung  
Enhuberstraße 3b, 80333 München  
Tel.: 089 98290-120  
Fax: 089 98290-230  
www.medicalex.de



DR. KLAUS BÄCKER

Ein validierter Patientenfragebogen hat bereits einige definierte Entwicklungsschritte durchlaufen. Damit ist gewährleistet, dass alle relevanten Aspekte, die dem Patienten am Herzen liegen, in Form passender Fragen abgebildet sind. Zudem lässt sich durch das angebotene Antwortspektrum die Meinung eines Patienten differenziert erfassen. Diese standardisierten Fragebögen sind so konzipiert, dass Sie von vielen Arztpraxen eingesetzt werden. Damit ist ein anonymen Vergleich (Benchmark) in der Auswertung möglich.

Ob individueller oder standardisierter Fragebogen – stets sollte ein Freitext-Feld dem Patienten ausreichend Platz für Lob, Verbesserungsvorschläge oder Wünsche bieten.

### Beachtenswertes bei der Befragung

**Information:** Nicht nur Ihr Team, sondern auch Ihre Patienten müssen über die Befragung informiert werden. Eine kurze Erklärung und die persönliche Übergabe des

ABB. 1: AUSSCHNITT AUS EINEM PATIENTEN-FRAGEBOGEN

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nach Ihrem persönlichen Empfinden:

Im Vorfeld Ihres heutigen Termins	Voll und ganz	Eher ja	Teils/teils	Eher nicht	Überhaupt nicht	Keine Angabe möglich
Die Praxis war telefonisch gut erreichbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte für heute einen Termin vereinbaren, der für mich zeitlich passt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Terminvergabe wurde die Dringlichkeit meiner Behandlung berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Abb. 3: Sammelbox für die ausgefüllten Patienten-Fragebögen

Fragebögen bei der Anmeldung zeigen direkt, dass Sie die Meinung Ihrer Patienten wertschätzen. Aushänge in Ihrem Wartezimmer und eine gut sichtbare Sammelbox verdeutlicht allen Beteiligten die Wichtigkeit der Umfrage.

**Anonymität:** Anonymität ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass die Fragen offen und ehrlich beantwortet werden. Der Hinweis „Die Befragung erfolgt anonym“ sollte auf dem Fragebogen vermerkt sein, zudem sollte jeder Patient zu seinem Fragebogen ein Kuvert erhalten. Er kann den ausgefüllten Fragebogen dann selbst im Kuvert in eine versiegelte Sammelbox werfen.

**Stichprobe:** Damit die Untersuchung repräsentativ für Ihre Patienten ist, erhält während der Befragungsphase möglichst jeder Patient einen Fragebogen. Eine geeignete Zeitspanne für die Umfrage sind zwei bis vier Wochen.

**Befragungszyklus:** Eine Patientenbefragung sollte in regelmäßigen Abständen erfolgen, damit die aktuelle Leistung der Praxis sowie Veränderungen im Laufe der Zeit betrachtet werden können. Üblicherweise wird eine allgemeine Patientenbefragung einmal pro Jahr oder pro Halbjahr als fester Bestandteil des Qualitätsmanagement durchgeführt.

**Auswertung:** Die Erfassung und Auswertung der Patientenmeinungen sollte zeitnah nach Abschluss der Befragung erfolgen. Nutzen Sie die Ergebnisse, um Lob, Hinweise und Verbesserungspotenzial mit Ihrem Praxisteam zu besprechen. Lassen Sie Ihre Qualität auch für Sie sprechen und informieren Sie Ihre Patienten und Kooperationspartner auf Ihrer Homepage und in Ihrer Praxis.

### Was bietet eine Komplett-Lösung?

Ein Beispiel für eine professionelle, schriftliche Patientenbefragung ist die Patientenbefragung mit der smarten Box von medicaltex. Ein validierter Fragebogen (siehe Abb. 1) und ein aussagekräftige Auswertungsbericht (siehe Abb. 2) mit Benchmark sind fester Bestandteil. Der gesamte Prozess der Patientenbefragung ist so gestaltet, dass Sie mit minimalem organisatorischen Aufwand die Umfrage einfach durchführen können. Deshalb enthält die smarte Box alles, was Sie für die Patientenbefragung benötigen:

- » Kurzanleitung
- » Fragebögen und Kuverts
- » Klemmbretter und Kugelschreiber
- » Sammelbox (siehe Abb. 3)
- » Aufkleber zum Versiegeln der Sammelbox
- » Paketschein für den Rückversand

### Resumee

Ob „hausgemacht“ oder mit Hilfe eines professionellen Dienstleisters – mit einem guten Konzept wird Ihre Patientenbefragung ein Erfolg und Sie erhalten wertvolle Hinweise über zentrale Bereiche Ihrer Praxis. Entscheidend ist, dass Sie Ihre Patienten befragen. Denn: „You will never know unless you ask“ (Jack Stack, Vorstandsvorsitzender Springfield Remanufacturing Co).

ABB. 2: AUSSCHNITT AUS EINEM AUSWERTUNGSBERICHT

## 2. Organisation Terminplanung

FRAGESTELLUNG	MW	VERGLEICH	sehr zufrieden   zufrieden   unzufrieden	N
Die Praxis war telefonisch gut erreichbar.	1,2	1,5	84%   14%   2%	188
Ich konnte für heute einen Termin vereinbaren, der für mich zeitlich passt.	2,2	1,4	54%   31%   15%	191
Bei der Terminvergabe wurde die Dringlichkeit meiner Behandlung berücksichtigt.	1,3	1,4	76%   21%   3%	168

# Anforderungen an die Sterilgutversorgung Rahmenbedingungen

Teil 3: Qualitätsmanagement gelingt nur mit einer lückenlosen Dokumentation. Besondere Regeln gelten bei den Berufsgenossenschaften.

Von Dr. Jacky Reydelet

In Teil 1 unserer Serie haben wir die allgemeinen Normen für die Sterilgutaufbereitung und die wichtigsten europäischen sowie nationalen Institutionen vorgestellt. In Teil 2 ging es um die komplizierten Rahmenbedingungen für die Dampfsterilisation und andere maschinelle Verfahren für die Aufbereitung von Sterilgut. Im dritten und letzten Teil beschäftigen wir uns nun mit dem Qualitätsmanagement und den speziellen Anforderungen der Berufsgenossenschaften.

## Qualitätsmanagement

Unabhängig von ihrer Quelle weisen alle Empfehlungen zum Qualitätsmanagement (QM) auf die Bedeutung der Dokumentation (u.a. Prozesse und Protokolle) hin. Sowohl die Prozesse als auch die Ergebnisse der Sterilgutversorgung müssen lückenlos dokumentiert werden.

Ebenso bedeutsam sind die Qualifikation des Fachpersonals und regelmäßige Unterweisungen. Beide Faktoren sind für die Pflege und Freigabe des Sterilgutes erforderlich (MPG, MPBetreibV, DIN EN ISO 17665-1:2006). Die Aufbereitung im Sinne des QM endet mit der dokumentierten Freigabe des Medizinproduktes zur Anwendung.

## Reinigung, Desinfektion, Spülung, Trocknung

Reinigung und Desinfektion können manuell (bei Medizinprodukten bis zur Klasse „kritisch A“) oder maschinell erfolgen. Hierbei sind bestimmte Rahmenbedingungen, sowohl gesetzliche als auch normative, und im Sinne des Arbeitsschutzes zu berücksichtigen.

Besonders bei der manuellen Reinigung und Desinfektion mit einer möglichen Verletzungs- und Infektionsgefahr muss eine nichtfixierende Desinfektion mit belegter Wirksamkeit unter Beachtung von weiteren Maßnahmen des Arbeitsschutzes (beispielsweise Schutzkleidung, Schutzbrille, geeignete Handschuhe, Raumluftqualität) erfolgen. Insbesondere aufgrund der besseren Standardisierbarkeit und

GZM Geschäftsführer  
Langestraße 4–6, 70806 Kornwestheim  
Tel.: 07154 6330  
Fax: 07154 174987  
Reydelet1@aol.com  
www.gzm.de



DR. JACKY REYDELET

des Arbeitsschutzes ist grundsätzlich dem maschinellen Verfahren der Vorzug zu geben.

**Unbedingt beachten:** Eine sicher wirksame Sterilisation gelingt nur bei sauberen Medizinprodukten. Der Reinigung kommt daher besondere Bedeutung im Gesamtablauf der Aufbereitung zu.

## WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN: PUBLIKATIONEN UND QUELLEN

Für die Überwachung der Sterilgutversorgung und des Qualitätsmanagements durch die Aufsichtsbehörden relevante Publikationen können Sie hier nachlesen:

- » Arbeitsgruppe Medizinprodukte (AGMP) der Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Arzneimitteln und Medizinprodukten (siehe [www.zlg.de/medizinprodukte/gremien/agmp.html](http://www.zlg.de/medizinprodukte/gremien/agmp.html))
- » Die mittlerweile in Kraft getretenen Änderungen des Infektionsschutzgesetzes (siehe [www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2011-03/infektionsschutzgesetz.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2011-03/infektionsschutzgesetz.html))
- » Die Empfehlung für die Überwachung der Aufbereitung von Medizinprodukten vom Robert-Koch-Institut (RKI) und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (siehe [www.dimdi.de/static/de/mpg/recht/pg-rki-bfarm-empfehlung.pdf](http://www.dimdi.de/static/de/mpg/recht/pg-rki-bfarm-empfehlung.pdf))
- » Belehrungsbögen mit unverbindlichen Empfehlungen des RKI unter anderem zum Infektionsschutz (siehe [www.rki.de/clin\\_226/nn\\_196012/DE/Content/Infekt/IfSG/Belehrungsbogen/belehrungsbogen\\_\\_node.html](http://www.rki.de/clin_226/nn_196012/DE/Content/Infekt/IfSG/Belehrungsbogen/belehrungsbogen__node.html))
- » Arbeitskreis Instrumentenaufbereitung ([www.a-k-i.org](http://www.a-k-i.org))
- » Deutsche Gesellschaft für Sterilgutversorgung ([www.dgsv-ev.de](http://www.dgsv-ev.de))



© AGK-Medien dienst

## Schlusswort

Die Aufbereitung des Sterilgutes mit Dampfsterilisation hat besonders im niedergelassenen Sektor und in Zahnarztpraxen die größte Verbreitung. Die komplizierten Rahmen-

bedingungen dienen hierbei der Sicherheit von Patienten und Personal. Die Verpflichtungen zum Qualitätsmanagement sind sinnvoll und helfen dem Anwender, stets den Durchblick zu behalten.

## BERUFGENOSSENSCHAFTEN: TECHNISCHE REGELN BIOLOGISCHE ARBEITSTOFFE (TRBA)

Seit dem 01. Januar 2004 ersetzen die berufsgenossenschaftlichen Regeln für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit progressive die Unfallverhütungsvorschriften (UVV) im Rahmen der Vorschriften für Sicherheit und Gesundheitsschutz (VSG). Besonders wichtig, ergänzend und daher nicht trennbar von der Biostoffverordnung (BioStoffV vom 27. Januar 1999) ist die BG-Regel „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“ vom Oktober 2003 zum 1.1.2004 in Kraft getreten (BGR 250/TRBA 250). Darüber hinaus gelten auch TRBA 500, 206 und 208.

**TRBA 250:** Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA 250) – Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege.

Diese BG-Regel findet Anwendung auf Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen in Arbeitsbereichen des Gesundheitswesens und der Wohlfahrtspflege, in denen

- » Menschen medizinisch untersucht, behandelt oder gepflegt werden,
- » Tiere medizinisch untersucht, behandelt oder gepflegt werden.

Zu den Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen zählt der berufliche Umgang mit Menschen, Tieren, biologischen Produkten, Gegenständen oder Materialien, wenn bei diesen Tätigkeiten biologische Arbeitsstoffe freigesetzt werden können, zum Beispiel auch durch Bioaerosole oder Blutspritzer, und dabei Versicherte

mit diesen direkt in Kontakt kommen können, zum Beispiel durch Einatmen, Haut- oder Schleimhautkontakt oder Kanülenstichverletzungen (zum Beispiel manuelle Aufbereitung).

**TRBA 206:** Desinfektionsarbeiten im Gesundheitsdienst (bisher ZH 1/31).

Diese BG-Regeln dienen zur Erläuterung der notwendigen Maßnahmen zum Arbeitsschutz bei Desinfektionsarbeiten im Gesundheitsdienst.

**TRBA 208:** Diese BG-Regel ist anzuwenden auf Reinigungsarbeiten in medizinischen Einrichtungen, bei denen eine Infektionsgefahr von biologischen Arbeitsstoffen ausgehen kann. Reinigungsarbeiten mit Infektionsgefahr in medizinischen Bereichen (bisher ZH 1/147). Die Instrumentenaufbereitung ist Bestandteil der BGR 208 2.2

**TRBA 500:** Allgemeine Hygienemaßnahmen; Mindestanforderungen.

Bezüglich der Gefahren aus physikalischen und chemischen Einwirkungen wird noch auf folgende Technischen Regeln hingewiesen:

- » Technische Regeln Gefahrstoffe (TRGS) TRGS 525 „Umgang mit Gefahrstoffen in Einrichtungen der humanmedizinischen Versorgung“,
- » Technische Regeln Gefahrstoffe (TRGS) TRGS 540 „Sensibilisierende Stoffe“

## Der Versicherungsmakler im Heilwesenbereich

**Risiko-Management**  
**Unabhängig durch Maklerstatus**  
**Überzeugende Versicherungslösungen**

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

Bitte informieren Sie mich über folgende Themen:

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

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

Arzt-/Praxisstempel

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