

Jetzt anmelden!



www.Internisten-im-Netz.de

ISSN 1863-9216

BDI aktuell

Mitgliederzeitung Berufsverband Deutscher Internisten BDI e.V. • www.bdi.de

Nr. 1 • Januar 2010

Inhalt

BDI fordert Neuregelung der belegärztlichen Versorgung Zwei Resolutionen und ein Brief

Ob ambulant oder stationär – es muss das Prinzip gelten: Gleiche Leistung, gleicher Preis, gleiche Qualität. Der BDI macht sich mit zwei einstimmig verabschiedeten Resolutionen für die Anliegen der Belegärzte stark.

Seite 3

Symposium der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht Auf dem Weg zu „P4P“

Am 19. November 2009 hat sich die Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht in Berlin auf dem Symposium „Sektorübergreifende Qualitätssicherung in der GKV“ mit der im Wettbewerbsstärkungsgesetz neu definierten sektorübergreifenden Qualitätssicherung beschäftigt.

Seite 6

BDI-Landverbände Fortbildungen in Berlin und Hessen

Der Berliner BDI-Landesverband berichtet von einer Veranstaltung, bei der des „internistischen Mauerfalls“ gedacht wurde. Darüber hinaus lesen Sie einen ausführlichen Bericht über den 42. Hessischen Internistentag.

Seite 6 bzw. 7



Was ist neu im DRG-System 2010? OPS-Katalog und Deutsche Kodierrichtlinien

Im zweiten Teil des Artikels finden Sie die Neuerungen im OPS-Katalog sowie die Änderungen in den Deutschen Kodierrichtlinien.

Seite 10

Impressum

Seite 15

Das Zweitmeinungsverfahren

Neues von der Bürokratiefront

Die Indikation für bestimmte – in der Regel sehr teure – Medikamente wird nach einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über ein sogenanntes Zweitmeinungsverfahren geregelt. Der folgende Beitrag befasst sich mit der Frage, wer für die Folgen der Behandlung medizinisch verantwortlich ist: Der verordnende Arzt oder der Arzt, der für die Zweitmeinung vorgesehen ist?

Wie in Deutschland üblich, gibt es perfekte bürokratische Vorgaben für die Umsetzung des Zweitmeinungsverfahrens. Als erstes Indikationsgebiet ist die Behandlung der primär pulmonalen Hypertonie betroffen. Stellt ein behandelnder Arzt die Indikation für eine sol-

che medikamentöse Behandlung, so wird diese von einem weiteren Arzt nach Aktenlage überprüft. Er stellt fest, ob die Diagnose ausreichend gesichert ist und ob die Indikation für die teure Medikation nachvollziehbar gestellt ist. Aber welcher der beiden Ärzte haftet dann für die Arzneimittelverordnung? Überlagert wird das Gerangel um die Zuständigkeit noch durch die Aut-ident-Regel. Dadurch kommt auch der Apotheker ins Spiel. Der Aufwand für dieses Verfahren ist wohl bewusst so umfangreich gewählt worden, um bürokratische Hürden für die Verordnung dieser teuren Medikation aufzubauen. Es handelt sich somit wieder um einen Vorgang, der unter der Rubrik Kostendämpfung abgelegt werden muss.

Lesen Sie weiter
auf Seite 4



Nach dem Willen des Gemeinsamen Bundesausschusses soll bei der Verordnung sehr teurer Medikamente die Meinung eines weiteren Arztes eingeholt werden. Aber was passiert, wenn die beiden Ärzte nicht einer Meinung sind?

Kommentar

Ist die geplante Kopfpauschale wirklich ungerecht?

Im Koalitionsvertrag der christlich-liberalen Regierung ist vorgesehen, den Beitrag der Arbeitnehmer zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr vollständig nach Lohn oder Gehalt, sondern zu einem noch zu definierenden Anteil pauschaliert zu berechnen und für Versicherte mit niedrigem Einkommen einen Zuschuss aus Steuermitteln zu gewähren. Mit dem Totschlagargument „dann zahlt die Sekretärin den gleichen Beitrag wie der Chef – und das ist ungerecht“ wird von Seiten der Opposition, Teilen der Krankenkassen, den Gewerkschaften, dem Sozialverband Volkssolidarität – und auch wieder einmal von der CSU – versucht, eine sinnvolle und auch notwendige Debatte zu erschlagen und sich nicht auf eine rationale Analyse, sondern auf platte, populistische Emotionen zu verlassen.

Lesen Sie weiter
auf Seite 2

Gesundheitspolitik Schwarz-gelber Paradigmenwandel in der Gesundheitspolitik

Der neue Gesundheitsminister Dr. med. Philipp Rösler hat seine Jungfernrede im deutschen Bundestag gehalten. Er hat dabei vor allem bei der Opposition massive, vor allem emotionale Reaktionen ausgelöst. SPD, Grüne und Linke haben versucht, über die geplante Neuordnung der Finanzierung des Gesundheitswesens dem neuen Gesundheitsminister das Etikett der sozialen Kälte anzuhängen.

Auslöser dieser handfesten Vorwürfe war seine Bemerkung, dass sich im Gegensatz zum Steuersystem das Gesundheitswesen nicht als Umverteilungsinstrument für die sogenannte soziale Gerechtigkeit eignet. Dabei hat die schwarz-gelbe Koalition klargestellt, dass diese Vorwürfe alleine deshalb ungerechtfertigt sind, weil durch die teilweise Steuerfinanzierung des Systems der Besserverdienende ohnehin mehr zur Kasse gebeten wird. Auch wird offensichtlich über eine zusätzliche Abgabenart des Gesundheitswesens nachgedacht. Dazu passt die Anmerkung von Dr. Rösler: Für CDU, CSU und FDP enden Solidarität und Gerechtigkeit eben nicht bei einer Beitragsbemessungsgrenze von 3.750 €.

Lesen Sie weiter
auf Seite 2

Selektivverträge

Die AOK auf dem Weg zum Hausarztmodell

Dr. Herbert Reichelt, Vorsitzender des Vorstandes des AOK-Bundesverbandes, hat sich zu den Hausarztverträgen nach § 73 b geäußert. Wie bereits in der Vergangenheit, scheint er kein Verfechter der gesetzlichen Regelung zu sein, die den Hausärzterverband begünstigt.

Sein Interesse liegt mehr in einer Kopplung von Verträgen nach § 73 b mit Hausärzten und § 73 c mit Fachärzten, etwa nach dem Modell des Kardiologenvertrages in Baden-Württemberg.

Auf den ersten Blick klingt dieses Vorgehen vernünftig, bezieht es doch die gesamte Vertragsärzteschaft in das selektive Kontrahieren ein und begünstigt nicht die Gruppe der Hausärzte alleine. Bei genauer Betrachtung wird aber der Pferdefuß sichtbar. Durch die

Kopplung von 73 b- und 73 c-Verträgen gelingt es der Krankenkasse, das lupenreine Hausarztmodell mit Überweisungsvorbehalt einzuführen. Die Patienten, die sich in 73 b-Verträge einschreiben, sind zwar formal auf eine Überweisung beim Facharztbesuch angewiesen, dies wird aber nicht kontrolliert, sodass sich am Verhalten der Patienten nur wenig geändert hat. Sie gehen weiter nach Zahlen von 10 € auch ohne Überweisungsschein zum Facharzt. Erst durch eine Kopplung der 73 b- und 73 c-Verträge wird das lupenreine Geldgebermodell mit allen Folgen für Patienten und Fachärzte umgesetzt werden können. Die AOK scheint bereit zu sein, auf diesem Wege die seitherige freie Arztwahl ihrer Versicherten einzuschränken.

HFS

Editorial

Das Jahr 2009 liegt fast hinter uns und damit auch eine ganze Reihe von Überraschungen. Die größte sicherlich die Übernahme des Gesundheitsministeriums durch die FDP mit einem der breiten Öffentlichkeit bisher fast unbekanntem Dr. med. Philipp Rösler, einem 36-jährigen Arzt, mit dem Minenfeld der Gesundheitspolitik bisher mehr beobachtend befasst und unverbraucht. Das kann, muss aber kein Nachteil sein. Ob allerdings die FDP zügig ihre Vorstellungen von einem Umbau des Gesundheitssystems angesichts der Blockade von CDU und vor allem der CSU umsetzen können, darf für 2010 an dieser Stelle schon einmal bezweifelt werden.

Im ambulanten Bereich hat es mit der Einführung der Regelleistungsvolumina trotz einer Honorarzunahme von ca. 3 Mrd. Euro eine erneute, im Süden der Republik sogar dramatische Umverteilung gegeben. Sollten die Vertragsärzte im Wahljahr 2009 damit ruhig gestellt werden, so ist dies missglückt, zumal 2010 der Honorarzuwachs bescheiden sein wird und durch neue Umverteilungsmaßnahmen das KV-System 2010 wohl nicht gestärkt werden wird. Die umkämpften Schnittstellen Hausarzt/Facharzt sowie ambulant/stationär bedürfen dringend einer Befriedung.

Den weiteren Ausbau der Selektivverträge wird das KV-System langfristig nicht überleben können. Hier

ist der Ausblick für 2010 ungewiss und auch von einer eingesetzten Regierungskommission wird aus unserer Sicht wenig zu erwarten sein.

In den Kliniken ist der Alltag für unsere Kolleginnen und Kollegen immer schwieriger und belastender geworden, voller Bürokratie und einzwängt in rigide ökonomische Zwangsvorgaben. Nicht nur die Fort- und Weiterbildung bleiben auf der Strecke, die Motivation sinkt und die Perspektivlosigkeit der dort Tätigen nimmt zu.

Zunehmender Ärztemangel in der Klinik sowie im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich, Qualitätsverluste in der Versorgung, unge-

löste Systemdefizite in der GKV – diese Liste lässt sich problemlos erweitern.

Im Nebel der Erwartungen liegt das Jahr 2010. Eine neue Welt wird es nicht geben, aber eine Vielzahl von Aufgaben, die bewältigt werden müssen.



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

Ihr BDI, unser Berufsverband Deutscher Internisten e.V., wird auch 2010 mehr denn je Ihre Interessen gegenüber Krankenkassen, Krankenhäusern, KV, der Politik und der Öffentlichkeit, wenn nötig auch laut und deutlich, vertreten.

Ich wünsche Ihnen und uns ein erfolgreiches 2010.

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Kommentar (Fortsetzung von Seite 1)

Ist die geplante Kopfpauschale wirklich ungerecht?

Wer sagt, die Kopfpauschale sei ungerecht, muss erst einmal darlegen, ob das bisherige System gerecht ist – und das kann leicht bestritten werden. Lohn und Gehalt zeigen doch heute nur noch einen Teil der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Versicherten an, weil ein erheblicher Teil der Versicherten zusätzliche Einkünfte erzielt. Die Leistungsfähigkeit der Versicherten wird außerdem unzureichend erfasst, da oberhalb einer Beitragsbemessungsgrenze von 3675 € im jetzigen System keine Beiträge mehr zu entrichten sind. Schon heute zahlt der Chef im GKV-System den gleichen Beitrag wie seine gut verdienende Chefsekretärin! Völlig unbefriedigend ist auch die unentgeltliche Mitversicherung von Partnern. Hier kommt es zu grotesken Ungerechtigkeiten, wie ganz leicht nachzuweisen ist. Arbeiten beide Partner und verdient jeder 3675 €, dann muss jeder Partner 570 € in die GKV einzahlen. Verdient nur ein Partner, dieser aber 7350 € dann wird nur ein Beitrag von 570 € fällig. Obwohl die Lohnsumme identisch ist, zahlt das erste Paar also den doppelten Beitrag. Im jetzigen GKV-System erhalten die Bezieher niedriger Einkommen einen sozialen Ausgleich von den übrigen Versicherten. Ein solcher Sozialausgleich hat aber in einem beitragsfinanzierten System nichts zu suchen. Deshalb sollen künftig die Bezieher niedriger Einkommen einen steuerlichen Ausgleich erhalten. Dann werden vor allem die sehr gut Verdienenden deutlich stärker in die Finanzie-

rung der GKV eingebunden als heute, wo die Beitragsbemessungsgrenze auch die Grenze der Beitragshöhe bestimmt.

Wie wirkt nun die vorgeschlagene Kombination von Gesundheitspauschale und Steuerzuschuss? Die Pauschale stellt zunächst sicher, dass eine Krankenkasse eine angemessene Finanzausstattung erhält, unabhängig davon, ob sie viele Versicherte mit hohen oder mit niedrigen Löhnen hat. Der Steuerzuschuss kommt gezielt denen zugute, die wirklich ein zu geringes Gesamteinkommen haben. Übrigens werden schon heute die Beiträge für die ärmsten Bürger, die Empfänger von Sozialhilfe und Arbeitslosengeld II, aus Steuergeld bezahlt.

Der soziale Ausgleich wird aber auch auf der Seite der Zahler von Sozialleistungen nach dem Koalitionsvorschlag gerechter gelöst. Gegenwärtig muss die Mittelschicht in der GKV zu stark zum Ausgleich beitragen, weil die Belastung der hohen Einkommen nach oben gekappt wird. Im deutschen Steuersystem werden gerade die höchsten Einkommen am stärksten belastet. Außerdem werden Paare gemeinsam veranlagt. So kommt der Steuerzuschuss gezielt den Einkommensschwachen zu gut. Und das ist ein wesentlicher Beitrag zur Solidarität. Und gerechter ist es noch dazu.

Dr. med. Wolfgang Wesiack

Gesundheitspolitik (Fortsetzung von Seite 1)

Schwarz-gelber Paradigmenwandel in der Gesundheitspolitik

Man darf gespannt sein, was sich die neue Bundesregierung hierzu einfallen lässt. Der neue Gesundheitsminister macht klar, dass er das Gesundheitswesen anders als in der Vergangenheit reformieren will. Die Diskussionen über Lohnzusatzkosten und Beitragssenkungen hätten immer zu Kostendämpfungsgesetzen geführt. Die Ziele der Koalition definiert er als

eine Mischung aus Solidarität und zusätzlicher Eigenverantwortung.

Die Koalition und der neue Bundesgesundheitsminister scheinen einem neuen Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung – wahrscheinlich in Richtung Prämienmodell – Priorität einzuräumen.

Danach will man sich mit prinzipiellen

strukturellen Problemen des Gesundheitswesens beschäftigen. Detaillösungen kommen ganz am Schluss. Hier liegt ein wesentlicher Unterschied im Vergleich zu früheren Bundesregierungen, die auf eine Reform aus einem Guss verzichtet haben und sich in der Regel auf Korrekturen an Details beschränkten.

HFS

Der Berufsverband Deutscher Internisten e.V. trauert um sein langjähriges Mitglied und Träger der Budelmann-Medaille

Prof. Dr. med. Klaus Miehle 1916 – 2009

Professor Miehle, vielen bekannt als der Wiesbadener „Rheumapapst“, verstarb im Alter von 93 Jahren. Professor Miehle wurde in Oberschlesien geboren, hat in Würzburg promoviert und war nach dem Krieg kurze Zeit praktischer Arzt in Nürnberg. Danach wechselte er als Assistenzarzt an das Universitätsklinikum Zürich. Nach einem Jahr an der medizinischen Klinik Philadelphia und vier Jahren als Assistent an der medizinischen Klinik in Göttingen wurde er 1962 Chef der städtischen Rheumaklinik in Wiesbaden und übernahm 1978 gleichzeitig die leitende Position an der Rheumaklinik II, die sich unter seiner Leitung zu einem der führenden Rheumazentren der Welt entwickelte. Er habilitierte an der Universität Mainz. Seine wissenschaftlichen Werke umfassten mehr als 200 Publikationen und über 1.000 Vorträge im In- und Ausland.

Seine Passion war es, die Rheumatologie voranzubringen. Sein Ziel war es auch, sie eng mit Wiesbaden zu verbinden. Professor Miehle war jedoch nicht nur Rheumatologe im engsten Sinne, sondern vielmehr ein die ganze Breite des Faches in sein Handeln einschließender Internist. So konnte es nicht ausbleiben, dass er in seinem beruflichen Lebensweg zahlreiche Ehrungen erfahren hat. Neben der Auszeichnung mit der Gustav-Budelmann-Medaille des Berufsverbandes Deutscher Internisten e. V. im Jahr 1991 war Professor Miehle zudem Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, die er viele Jahre lang mit seinem Engagement und seiner Hilfsbereitschaft sowie seiner zahlreichen Ideen insbesondere in Bezug auf die Kongressgestaltung bereicherte.

Seinen Humor, seine Liebe zur Musik und seine Festfreudigkeit, das alles hat der Arzt, der sich selbst stets viel abverlangte und andere zum Nacheifern animierte, bis ins hohe Alter gepflegt.

Der BDI wird Professor Miehle stets im ehrenden Andenken bewahren.

BDI Berufsverband Deutscher Internisten e. V.

Dipl.-Betw. Tilo Radau
stellv. Geschäftsführer

BDI fordert Neuregelung der belegärztlichen Versorgung

Zwei Resolutionen und ein Brief

Am 14. November hat sich der Vorstand des BDI mit der belegärztlichen Versorgung beschäftigt. Dabei wurden zwei Resolutionen einstimmig verabschiedet und ein Brief an die Belegärzte formuliert. BDI aktuell druckt die Resolutionen und das Schreiben ab.

● BESCHLUSS Nr. 2009 / 82 – vom 14.11.2009

Der BDI fordert die Bundesregierung auf, bis zu einer Neuregelung der belegärztlichen Versorgung im Rahmen einer umfassenden Gesundheitsreform, eine Korrektur des § 121 zu beschließen, die den belegärztlich organisierten Krankenhäusern alternativ zur B-DRG die volle Abrechnung der A-DRG erlaubt. Die Begrenzung auf 80% im derzeitigen Gesetz muss gestrichen werden. Nur so lassen sich die Verwerfungen durch das unterschiedliche Leistungsrecht ambulant/stationär glätten.

● BESCHLUSS Nr. 2009 / 83 – vom 14.11.2009

Im Rahmen einer umfassenden Gesundheitsreform müssen die Rahmenbedingungen an der Grenze ambulant/stationär neu geordnet werden. Dies gilt für die belegärztliche Versorgung (§ 121), das ambulante Operieren und die stationärsersetzenden Leistungen (§ 115 b) sowie die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung (§ 116 b). Die Regelungen müssen unabhängig vom Kollektivvertrag erfolgen. Prinzip muss sein: Gleiche Leistung, gleicher Preis, gleiche Qualität. Vertraglich muss dies über dreiseitige Verträge mit KBV, Krankenhausgesellschaften und Krankenkassen geregelt werden. Um die Differenz zwischen ambulantem und stationärem Leistungskatalog auszugleichen, erfolgt die Vergütung auf der Basis der DRGs.

Brief des BDI an die Belegärzte

Betreff: Vertretung der belegärztlichen Interessen

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

so sehr die Politik betont, dass das belegärztliche System förderungswürdig ist, so wenig wird in der praktischen Politik, vor allem in der Honorarpolitik, für die Belegärzte getan. Sowohl in einer Kassenärztlichen Vereinigung aber auch in Berufsverbänden sind die Belegärzte eine Randgruppe und werden auch entsprechend behandelt.

Es gibt in Deutschland einen Bund der Belegärzte unter der Führung von Herrn Dr. Schalkhäuser, einem Urologen. Auch hier ist leider in den letzten Jahren eine breite Vertretung unter Einbeziehung der konservativen Fächer nicht zustande gekommen. Die Arbeit dieses Verbandes konzentriert sich weitgehend auf das Kollektivvertragssystem und den EBM und dabei im speziellen auf das Kapitel 36, in dem überwiegend operative Leistungen geregelt sind. Dass bei allen Beschlüssen die außerhalb dieses Kapitels erbrachten Leistungen nur stiefmütterlich behandelt werden, wird zwar bedauert, dies aber meist nur in einem Nebensatz.

Der BDI-Vorstand ist der Auffassung, dass man sich der belegärztlichen Strukturen bei den Internisten mehr als seither annehmen muss, damit auch die konservativen Fächer bei dieser so wichtigen Versorgungsform wieder wahrgenommen und berücksichtigt werden.

Wir würden uns freuen, wenn Sie in Zukunft Ihre Sorgen und Nöte auch Ihrem Berufsverband, dem BDI, mitteilen könnten. Gleichzeitig würden wir Sie bitten, uns kurz eine knappe Information über Ihre belegärztliche Tätigkeit zukommen zu lassen.

Bitte melden Sie sich als Belegarzt beim BDI, Tel.: 0611/18133-0 oder per E-Mail unter info@bdi.de.

Leserbrief

Leistung vs. Geschlechtsmerkmale

Als langjähriges BDI-Mitglied ist man an Scharmützel, Inkompetenzen und Dreistigkeiten so einiges gewöhnt, macht aber nichts, als berufsständische Vereinigung hat sich der Laden nicht schlecht geschlagen und mit der Gelassenheit des fortschreitenden Alters sitzt man die durchschnittlichen Aufreger aus. Was mir aber jetzt die Zornesröte ins Gesicht treibt, ist der unsägliche Artikel „Die Sorgen des Nachwuchses im Blick“ aus BDI aktuell 11/09: Fast eine ganze Seite Kampf um die Frauenquote.

Was ist geschehen? „Frauen haben es schwer“, barmt Frau Dr. Jaurisch-Hancke ultimativ und erschlägt einen sogleich mit dem geringen Anteil von Frauen in Führungspositionen. Bereits hier stellt sich die Frage, was dies denn wohl mit der Weiterbildung zu tun hat, mit denen sich der Artikel beschäftigen soll.

Recht lebhaft erinnere ich mich, zahllose Überstunden geschoben zu haben, weil Spitzenpositionen auch Spitzeneinsatz erfordern – dies ist nun mal im Konkurrenzkampf üblich. Haben es karriereorientierte Männer also nicht schwer?

Laut zahlreichen Untersuchungen unter Studentinnen sehen das Lebensglück nur ca. 15 % in der Karriere,

exakt der Anteil von Professorinnen heute.

Zum Amokläufer aber machen könnte mich die Anmerkung von Frau Jaurisch-Hancke, die rein zahlenmäßig weiblich „unterbesetzten“ Führungspositionen in Bezug zu setzen zu der 2/3-Mehrheit an Studienanfängerinnen. Darin offenbart sich die leistungsfeindliche Gesinnung der Quotierung: Leistung hat hinter Geschlechtsmerkmale zurückzutreten. Bei Fortsetzung dieser Gesellschaftspolitik braucht man keine Augure um die Konsequenzen zu sehen. Es wird einen Niedergang in alptraumhafte Dimensionen geben. Ich hoffe dies noch erleben zu dürfen und werde es aus der Ferne betrachten.

Up, up and away – Singapore Airlines, Cathay Pacific, Thai Airways und die exponentiell steigende Zahl hochgebildeter Expats dort in Asien befriedigt mich zutiefst. Time changes. Sie sollten es richtig verstehen: Meine weitere Mitgliedschaft steht durchaus zur Disposition. Ich rate Ihnen auch zur Veröffentlichung dieses Schreibens: Den jungen Kollegen zur steten Mahnung und ewigem Bedenken.

Holger Sulz

Einladung

zur Ordentlichen Mitgliederversammlung
des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.

am Sonntag, 11. April 2010, 13:30 Uhr
Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden, Saal 2c

Als Präsident des
Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.
darf ich Sie sehr herzlich zu dieser Versammlung einladen.

Tagesordnung:

1. Verleihung der Günther-Budelmann-Medaille und der Ehrenmitgliedschaft
2. Bericht des Präsidenten zur aktuellen berufspolitischen Situation
3. Berichte des Geschäftsführers (Geschäftsbericht) und des Schatzmeisters (Kassenbericht) zum Geschäftsjahr 2009
4. Beschlussfassung über die Entlastung von Präsidium, Vorstand und Geschäftsführung
5. Satzungsänderung
6. Verschiedenes

W. Wesiack

Dr. med. Wolfgang Wesiack, Präsident



BDI ruft nach Korrektur des § 73b

Wesiack: „Freiwilligkeit statt Zwang“

Der Berufsverband Deutscher Internisten, BDI e.V., fordert die Bundesregierung auf, den § 73 b im SGB V für die hausärztliche Versorgung umgehend zu korrigieren und wieder die alte Fassung von vor der Landtagswahl im September 2008 in Bayern herzustellen. Die jetzige Fassung löst das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigung durch das Monopol eines privatrechtlichen Verbands ab, der nicht auf die notwendige Pflichtmitgliedschaft einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft wie die Kassenärztliche Vereinigung verweisen kann, was für die Umsetzung einer flächendeckenden ambulanten Versorgung zwingend erforderlich ist.

„Dieser Vorgang hat mit Wettbewerb im Gesundheitswesen nichts gemein“, kritisiert BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack, „und ist nur eine Werbeveranstaltung für einen Verband, der auf Dauer dieser Aufgabe nicht gewachsen sein wird.“ Die konsequente Umsetzung der derzeitigen Fassung führt zur Auflösung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die man zum Erhalt einer flächendeckenden Basisversorgung auch in Zukunft brauchen wird.

Die bundesweite Umsetzung des § 73b in der bestehenden Form wird gravierende Folgen für die fachärztliche Versorgung und das KV-System haben. Die in der jetzi-

gen Fassung des § 73b enthaltenen Verpflichtungen – die Vertretung von mindestens der Hälfte aller Allgemeinmediziner, zwingender Vertragsabschluss durch alle Krankenkassen – stehen im Widerspruch zu einem freien Wettbewerb. Der BDI besteht auf dem Prinzip der Freiwilligkeit beim Abschluss von Selektivverträgen.

Pressemitteilung des BDI

Gegen Wettbewerbsverzerrung durch § 116 b SGB V

BDI setzt sich für dreiseitige Verträge ein

Der Präsident des Berufsverbandes Deutscher Internisten, BDI e.V., Dr. Wolfgang Wesiack, hält eine Neufassung des § 116 b SGB V – ambulante Behandlung im Krankenhaus – für mehr als überfällig. Die Vorgaben des Gesetzes führen zu einer massiven Wettbewerbsverzerrung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor, weil die Zulassung der Krankenhäuser im Gegensatz zu den Vertragsärzten keiner Bedarfsplanung unterliegt.

Besonders kritisch sieht der BDI die Quersubventionierung der Krankenhäuser durch die öffentliche Hand. Während das Krankenhaus dual finanziert wird, trägt der konkurrierende freiberufliche Vertragsarzt seine Investitionen selbst. Landauf, landab wird die angebliche doppelte Facharztschiene als unwirtschaftlich abgetan, doch gleichzeitig baut man mit dem § 116 b einen dritten Weg fachärztlicher Versorgung auf.

Sinn macht die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen allenfalls bei hochspezialisierten Verfahren. Dies ließe sich aber auch durch eine Korrektur des Katalogs stationärer Leistungen erreichen. Deshalb fordert der BDI, dass der § 116 b auf seltene Krankheitsbilder begrenzt wird, die auf

eine Versorgung in Zentren angewiesen sind.

Um die Gleichberechtigung von Krankenhaus und Vertragsarzt zu sichern, schlägt der BDI vor, die Umsetzung eines neugefassten § 116 b genauso wie das ambulante Operieren und die Vorgaben für die belegärztliche Versorgung durch dreiseitige Verträge zwischen der Ärzteschaft, den Krankenhäusern und den Krankenkassen zu regeln.

Pressemitteilung des BDI

Das Zweitmeinungsverfahren (Fortsetzung von Seite 1)

Neues von der Bürokratiefront

● **Wer haftet heute für Arzneimittelverordnungen?**

Arzt – Zweitmeiniger – Apotheke – Hersteller – Krankenkasse? Es ist ein gängiges Prinzip im Medizinrecht, dass der Arzt für Behandlungsfehler haftet. Zu den Behandlungsfehlern gehören Therapiefehler; zur Therapie gehört auch die sorgfältige Rezeptierung und Medikation nach einer Risiko-Nutzen-Abwägung. Zur Aufklärungspflicht bei Arzneimittelverordnungen zählt sowohl die Aufklärung über den zu erwartenden Therapieerfolg als auch die Aufklärung über – typische – Nebenwirkungen. Der Arzt haftet demgemäß für die fehlerhafte Anwendung von – ordnungsgemäßen – Arzneimitteln, zum Beispiel bei bestehender Kontraindikation oder bei der Realisierung typischer Nebenwirkungen bei nicht

erfolgter Aufklärung.

Die Haftung des Arzneimittelherstellers setzt demgegenüber ein, wenn schädliche Wirkungen bei bestimmungsgemäßem Gebrauch über ein vertretbares Maß hinaus auftreten oder bei Instruktionsfehlern, z. B. fehlerhafter Kennzeichnung oder fehlerhafter Gebrauchsinformation.

● **Aut idem – auch der Apotheker haftet**

Der Kreis der potenziell Haftenden wurde bereits durch Einführung der Möglichkeit, aut idem zu verordnen, erweitert; in diesem Zusammenhang kommt durchaus auch eine Haftung des Apothekers in Frage. Gemäß § 73 Abs. 5 SGB V kann der Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt ausschließen, dass die Apotheken ein preisgünstigeres, wirkstoffgleiches Arzneimittel anstelle des verordneten Arzneimittels abgeben. Aut idem ist die Regel, nur das Kreuz verhindert den Austausch! Bei aut idem ist der Apotheker verpflichtet, zunächst in Darreichungsform, Wirkstoffgehalt und Resorption vergleichbare rabattierte Arzneimittel abzugeben. Sind keine rabattierten Arzneimittel vorhanden, muss der Apotheker ein vergleichbares Arzneimittel aus dem unteren Preisdrittel abgeben. Auch bei aut idem liegt die Verordnungshoheit beim Arzt. Der Arzt muss, wie oben beschreiben, über Nutzen und – typische – Risiken des verordneten Arzneimittels aufklären. Lässt er aut idem zu, muss er über alle – typischen –

Nebenwirkungen sämtlicher in Frage kommenden Substitutionspräparate aufklären! Es muss festgestellt werden, dass dies eine Forderung ist, die realistischer Weise nicht erfüllbar ist, die aber erfüllt werden muss, will sich der Arzt bei einer Aut-idem-Verordnung aus der Haftung freizeichnen. Nur bei nicht sachgerechtem Austausch, z. B. bei mangelnder Vergleichbarkeit des Arzneimittels oder einer Abgabe außerhalb der Zulassung des Arzneimittels haftet der Apotheker. Der Arzt ist damit in einer echten Zwickmühle: Nur wenn er aut idem



Wer haftet, wenn die Meinung von behandelndem Arzt und „Zweitmeiniger“ divergieren?

Foto: Thieme Verlagsguppe

ausschließt, ist er haftungsrechtlich auf der sicheren Seite – in diesem Fall läuft er jedoch Gefahr, mit Arzneimittelregressen verfolgt zu werden.

● **G-BA legt Arzneimittel für Zweitmeinungsverfahren fest**

Mit dem Anfang 2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber die Grundlage für das Zweitmeinungsverfahren in das Sozialgesetzbuch eingeführt. § 73 d SGB V regelt, dass besondere Arzneimittel mit hohen Therapiekosten oder mit erheblichem Risikopotenzial vom behandelnden Arzt nur in Abstimmung mit einem Arzt für besondere Arzneimitteltherapie (Zweitmeiniger) verordnet werden dürfen. Diese besonderen Arzneimittel werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmt. Entsprechende Beschlüsse hat der Gemeinsame Bundesausschuss im Oktober 2008 gefasst. Die näheren Bestimmungen zum Zweitmeinungsverfahren finden sich in Abschnitt N der Arzneimittel-Richtlinie; die besonderen Arzneimittel werden in der Anlage 11 aufgeführt, in der auch arzneimittelbezogen die Qualifikationsvoraussetzungen der Ärzte für besondere Arzneimitteltherapie definiert werden. Das Zweitmeinungsverfahren wird in den einzelnen KV-Bereichen jedoch erst dann umgesetzt, wenn die Ärzte für besondere Arzneimitteltherapie von den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen auf Landesebene bestimmt sind. Dies ist erst jetzt der Fall; in ein-

zelnen KV-Bereichen können derzeit erste Erfahrungen mit dem Zweitmeinungsverfahren gesammelt werden. Das Zweitmeinungsverfahren gibt es derzeit bei folgenden Wirkstoffen: Ambrisentan, Bosentan, Iloprost zur Inhalation, Sildenafil, Sitaxentan, Trepostinil. Besondere Arzneimittel gelten als Praxisbesonderheit im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

● **Wer haftet im Zweitmeinungsverfahren?**

Für die Frage der Haftung ist § 46 Abs. 2 letzter Satz Arzneimittelrichtlinien von Bedeutung: „Von der Beurteilung (des Zweitmeiners) kann der behandelnde Arzt nur in Ausnahmefällen mit besonderer Begründung abweichen.“ Für die Haftungsaufteilung im Zweitmeinungsverfahren gilt grundsätzlich: Bei ordnungsgemäßer Aufklärung, einheitlicher Meinung des

behandelnden Arztes und des Zweitmeiners haftet bei Realisierung eines Risikos bei sorgfältiger Abwägung des Nutzen-Risikopotenzials niemand. Hat sich ein Schaden realisiert, weil der verordnende

Arzt – entgegen der Meinung des Zweitmeiners – die Verordnung vorgenommen oder vielleicht auch unterlassen hat, haftet – bei Vorliegen sämtlicher anderer Haftungsvoraussetzungen wie z. B. der Kausalität – der behandelnde Arzt. Bei Eintritt eines Schadens bei nicht sorgfältiger Abwägung und einheitlicher Meinung des behandelnden Arztes und Zweitmeiners kommt eine Haftung beider Ärzte in Frage.

Das Zweitmeinungsverfahren ist in Deutschland neu. In Österreich gibt es bereits seit längerem für besondere Verordnungen ein Antragsverfahren an die Krankenkasse, die mit Hilfe von „Chefärzten“ per Bescheid über die Verordnung entscheidet. Auf die Frage, wer bei Schäden aufgrund unterlassener Verordnung haftet, antwortete im Rahmen eines Interviews der Präsident der österreichischen Ärztekammer Dr. A. Wechselberger im Juli 2007: „Die Sozialversicherung.“ Aus der Darstellung des Kreises der bei potentiell Haftenden im Rahmen der Arzneimittelverordnung bleibt festzustellen, dass das deutsche System der Arzneimittelverordnung so angelegt ist, dass eine Haftung der Krankenkassen jedenfalls immer ausgeschlossen ist.

Dr. iur. Karin Hahne
Fachanwältin für Medizinrecht,
Frankfurt am Main

5-Säulen-Modell

MEDI als KV-Alternative?

Bereits vor Monaten hat der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler, ein Mehrstufenmodell der Versorgung in Deutschland vorgestellt, bei dem Kollektivverträge und selektives Kontrahieren sowie Kostenerstattung je nach Versorgungsaufgabe sinnvoll miteinander kombiniert werden sollen. Der MEDI-Verbund scheint nun ein ähnliches Modell entwickelt zu haben.

Das als Grobraster vorliegende Papier der KBV hat innerhalb der KVen keine einhellige Zustimmung gefunden, steckt doch auch hier der Teufel im Detail. Die Vorschläge schlummern seither unter der Oberfläche. MEDI scheint bei dem KBV-Vorsitzenden in die Lehre gegangen zu sein. So stellte ihr Vorsitzender, Dr. Werner Baumgärtner, auf der Delegiertenversammlung ein sogenanntes 5-Säulen-Modell vor, das dem KBV-Modell sehr ähnlich scheint. Betrachtet man die Politik von MEDI, so steht bei allen Konzepten in der

Regel das KV-System Pate. Schon bei den Hausarztverträgen kopierte man das seitherige System der GKV-Abrechnung mit Pauschalierung und

Qualitätsvorgaben, garniert mit leicht geänderten Vorgaben im Vergleich zum Kollektivvertrag. Finanziert wird alles – wie sonst auch – über Einsparung im Arzneimittelsektor, eine Art Perpetuum mobile zur Kostendämpfung. Jetzt übernimmt man auch noch das Prinzip des Köhler-Modells. MEDI entwickelt sich zu einer KV-Alternative, auch inhaltlich. Stellt sich noch die Frage, ob auch bald bei MEDI-Verträgen die Nachteile des Kollektivvertrags sichtbar werden. Dann sind die MEDI-Mitglieder vom Regen in die Traufe gekommen.

HFS

Telematik

Die Gesundheitskarte kommt – aber wie?

Die elektronische Gesundheitskarte ist nicht tot. Sie wird kommen, aber wohl anders als von der ehemaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt gedacht.

Diesen Schluss legt ein Treffen von Kassenärztlicher Vereinigung und Kassen mit dem neuen Gesundheitsminister Rösler nahe. Anschließend ließ das Bundesgesundheitsministerium verlauten: „Zwischen den

Gesprächspartnern bestand Übereinkunft, dass eine praxisorientierte und sichere Telematikinfrastruktur notwendig ist, damit die Herausforderungen an ein technologisch hochentwickeltes und modernes Gesundheitswesen erfüllt werden können.“ Man verabredete eine Bestandsaufnahme der bis jetzt gelaufenen Vorbereitungen, um einen neuen Anlauf zu nehmen.

HFS

Die KV in der Krise

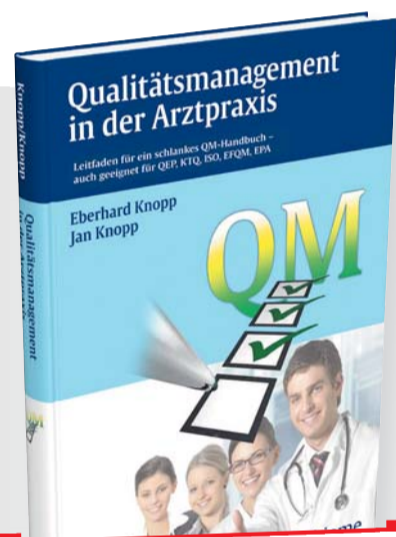
Frust in Bayern

Dr. Axel Munte, KV-Chef in Bayern, ist immer gut für ein offenes Wort. So hat er sich überlegt, bei der nächsten KV-Wahlperiode nicht mehr zu kandidieren und dafür einem schlagkräftigen Facharztverband vorzustehen. Das Motto: Die Fachärzte müssen an der Honorarfront genauso erfolgreich arbeiten wie sein Kontrahent Hoppenthaller für die Hausärzte.

Das Dementi folgte auf dem Fuß: Er habe das so nicht gemeint. Die emotionale Äußerung zeigt aber den Frust, den er in dieser verantwortungsvollen Position im KV-System zurzeit empfindet. Steckt er doch in einer Zwickmühle einer Honorarreform mit für die Bayern desaströsen Vergütungsvorgaben einerseits und den Fragen der selektiven Verträge des dortigen Hausarztverbandes andererseits. Der Frust wurde auch auf der Vertreterversammlung artikuliert. Dort verkündete er: „Ich bin seit dem 01.01.2009 doch kein Selbstverwalter mehr, ich bin Staatskommissar.“ Schuld hat seiner Meinung nach die Politik. Ohne den Namen Seehofer zu nennen, analysiert er, dass man wohl eine andere, wettbewerbsorientierte Form der ambulanten Versorgung in Deutschland wolle. Dabei ist die Situation nicht nur in Bayern für die KV ein Debakel. Das SGB V gilt für das gesamte Bundesgebiet. Man darf gespannt sein, wann die übrigen KV-Mandatsträger so aufwachen wie Axel Munte in Bayern. Konsequenzen zieht zurzeit aber keiner – auch nicht Axel Munte.

HFS

Innere Medizin *aktuell*



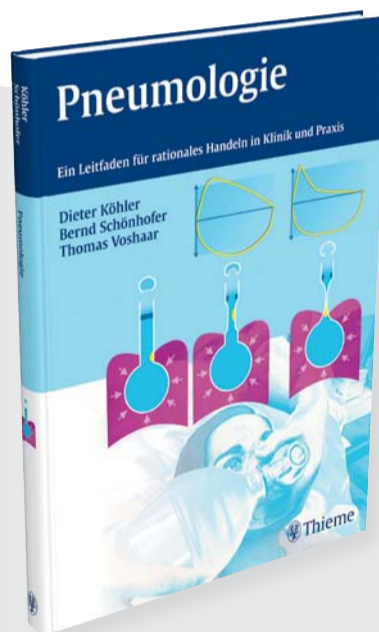
Einfach Unterlagen von der CDR auf Ihren Computer übernehmen oder ausdrucken und Sie haben schon mehr als 60% der Forderungen des G-BA zum Qualitätsmanagement für Arztpraxen erfüllt!

Wie Sie QM schnell und prüfungssicher einführen

Qualitätsmanagement in der Arztpraxis
Leitfaden für ein schlankes QM-Handbuch – auch geeignet für QEP, KTQ, ISO, EFQM, EPA
Knopp/Knopp
2009. 224 S., 17 Abb., geb., mit CD-ROM
ISBN 978 3 13 149971 4
89,95 € [D]
92,50 € [A]/149,- CHF

Die Komplettlösung für alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten:

- Verständliche, knappe Anleitung: schnell und garantiert prüfungssicher**
- Buch und CDR bieten Ihnen eine Komplettlösung – als PC- oder Papierversion
 - Nur noch ausfüllen: Vorlagen für alle geforderten Nachweise auf CDR
 - Perfekt geeignet zur Umsetzung durch das Praxisteam

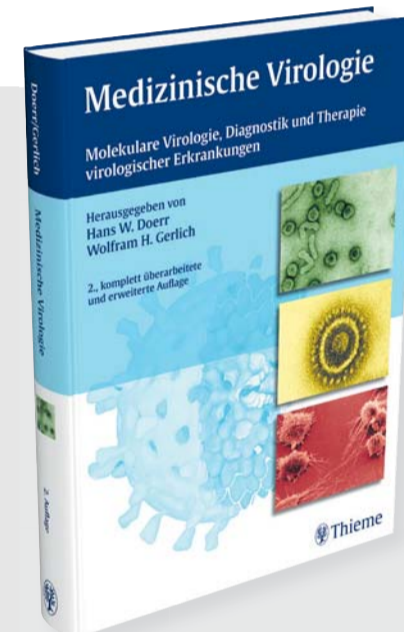


Direkt praktisch umsetzbares Wissen

Pneumologie
Ein Leitfaden für rationales Handeln in Klinik und Praxis
Köhler/Schönhofer/Voshaar
2009. 368 S., 178 Abb., geb.
ISBN 979 3 13 146281 6
129,95 € [D]
133,60 € [A]/216,- CHF

Sofort praktisch umsetzbare Informationen

- Ausführliches Kapitel über typische Beschwerdebilder
- Spezielle pneumologische Untersuchungsmethoden
- Besondere Therapieformen
- Pneumologische Intensivmedizin
- Systematische Darstellung aller Krankheitsbilder
- Rationelles Management pneumologischer Erkrankungen
- Konkrete Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie
- Wichtige Hinweise zu gutachterlichen Besonderheiten



Virale Erkrankungen richtig erkennen und behandeln

Medizinische Virologie
Molekulare Virologie, Diagnostik und Therapie virologischer Erkrankungen
Doerr/Gerlich
2009. 2., kompl. überarb. u. erw. A.
760 S., 259 Abb., geb.
ISBN 978 3 13 113962 7
Vorbestellpreis gültig bis 3 Monate nach Erscheinen
179,95 € [D]
185,- € [A]/299,- CHF
Danach
199,95 € [D]/205,60 € [A]/332,- CHF

- Grundlagen, Klinik, Viren im Porträt**
- Verständliche Darstellung komplexer molekularbiologischer Mechanismen und zellulärer Interaktionen
 - Desinfektion und Bekämpfung von Viren, antivirale Therapiestrategien, Schutzimpfungen
 - Gliederung nach Zielorgan(en): Virusinfektionen richtig erkennen und zuordnen
 - Darstellung der einzelnen Virusfamilien: Grundlage, Diagnose, Prävention und Therapie

Jetzt bestellen: Versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands!

Telefonbestellung: 0711/89 31-900

Faxbestellung: 0711/89 31-901

Kundenservice @thieme.de

www.thieme.de



Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Lieferung zzgl. Versandkosten. Bei Lieferungen in [D] betragen diese 3,95 € pro Bestellung. Ab 50 € Bestellwert erfolgt die Lieferung versandkostenfrei. In Lieferländern außerhalb [D] können die anfallenden Versandkosten weiterberechnet. Schweizer Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen.

Symposium der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht

Auf dem Weg zu „P4P“

Am 19. November 2009 hat sich die Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht in Berlin auf dem Symposium „Sektorübergreifende Qualitätssicherung in der GKV“ mit der im Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) neu definierten sektorübergreifenden Qualitätssicherung beschäftigt.

Die Aufgabe der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung hatte man dem gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als zusätzliches Mammutprogramm übertragen. Die Machtfülle dieses Gremiums bei der Gestaltung der GKV wurde so nochmals erweitert. Seither wurde dieses Thema im stationären Bereich durch die Bundesstelle für Qualitätssicherung (BQS) abgedeckt, ambulant hat man dies seither über den Bundesmantelvertrag zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen verhandelt und festgelegt. Die Regelkreise waren streng getrennt und gingen von unterschiedlichen Vorgaben aus. Qualität ambulant und stationär war somit nicht vergleichbar.

Ziel der Gesetzgebung ist es, die zwangsläufig entstehenden Brüche beim Übergang der Behandlung von einem auf den anderen Sektor zu beseitigen und einheitliche Vorgaben für Leistungen auszuarbeiten, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können. Es entsteht dabei der Eindruck, dass der Gesetzgeber sein ordnungspolitisches Defizit im Leistungsrecht durch die Hintertür ausgleichen will, geht er doch weiter davon aus, dass ambulant der Leistungskatalog verbindlich im erweiterten Bewertungsmaßstab (EBM) geregelt ist (Erlaubnisvorbehalt), stationär aber alles erlaubt ist, was nicht vom G-BA ausdrücklich verboten wurde (Verbotsvorbehalt). Die moderne Medizin wird über den G-BA für die Vertragsärzte ausgebremst, das flexible DRG-System reagiert demgegenüber schnell auf neue Verfahren, ohne dass der G-BA Einfluss nimmt. Dies führt zu einer immer größer werdenden Differenz in den Leistungsangeboten. Die Krankenhäuser sichern sich so einen deutlichen Wettbewerbsvorteil.

● Ergebnisorientierte Vergütung als Ziel

Als Gesetzgeber will man dies aus verschiedenen Gründen nicht aus- oder angleichen. Deshalb sucht man über die Qualitätsvorgaben den Weg durch die Hintertür. Bei den Leistungserbringern, Vertragsarzt und Krankenhaus, führt dies aus unterschiedlichen Gründen zu Unbehagen. Die Vertragsärzte befürchten, dass sie bei der inhaltlichen Gestaltung benachteiligt werden, die Krankenhäuser glauben, dass ihre offene Leistungsgestaltung eingeschränkt wird. Beide sind der wohl berechtigten Auffassung, dass das System noch bürokratischer ausgerichtet wird, indem die Dokumentation weiter ausufert, ohne dass die Versorgung für die Patienten wirklich besser wird.

Für die Kostenträger eröffnen sich demgegenüber neue Perspektiven,

wittert man an der Grenze ambulant/stationär doch schon seit Jahren hohe Einsparreserven, die gehoben werden könnten. Auch sieht man sich einem schon länger gehegten Wunsch näher, die Leistung ergebnisbezogen zu bezahlen: Therapeutische Misserfolge, ggf. auch von der Krankheit selbst verursacht, sollen zu Honorarkürzungen führen. Genau betrachtet ist nicht die Qualitätsverbesserung das erste Ziel der Kassen, sondern die Kosteneinsparung. Das Gesundheitswesen in den USA steht bei den Überlegungen Pate und hat eine griffige Überschrift gefunden, die in Deutschland flugs übernommen wird. P4P – pay for performance – heißt das Zauberwort, nüchtern ausgedrückt: Ergebnisorientierte Vergütung ist das Ziel.

● Ist der G-BA demokratisch ausreichend legitimiert?

Auf dem Symposium in Berlin wurde deutlich, dass auch Juristen bei diesem neuen Konstrukt noch Fußangeln sehen. Prof. Dr. Peter Axer, Heidelberg, beschäftigte sich unter anderem mit der Frage, ob dieses System nur für Kollektivverträge oder auch für das selektives Kontrahieren gilt. Er gab eine klare Antwort: Da Selektivverträge auch Bestandteil der GKV-Versorgung sind, gelten die Bestimmungen kollektiv und selektiv gleichermaßen. Damit dürfen nach seiner Meinung, die im Übrigen allgemein geteilt wurde, Selektivverträge hinter den Standards nicht zurücktreten. Die vom G-BA ausgearbeiteten Vorgaben wären somit Mindeststandards.

Zentraler Diskussionspunkt war aber die grundsätzliche Frage, ob der G-BA ausreichend demokratisch legitimiert ist, so weitreichend über die Versorgung der GKV-Patienten zu bestimmen. Man erwartet gespannt die Auffassung des Bundesverfassungsgerichts zu diesem Punkt. Prof. Axer sieht hier kein Hindernis, andere Teilnehmer waren aber gegenteiliger Auffassung und hinterfragten die Kompetenz des GBA.

● Ist der Datenschutz gewährleistet?

Dr. Thilo Weichert, der Datenschutzbeauftragte in Schleswig-Holstein, sah in der gesetzlichen Vorgabe sehr viele Ungereimtheiten. Natürlich müsse der Patient einverstanden sein, will man seine Daten sektorübergreifend verwenden. Aus datenschutzrechtlicher Sicht bestehen aber Zweifel, weil in unserem System dem Patient gar keine andere Wahl bleibt, als zuzustimmen, wenn er weiter versorgt werden will. Seine Zustimmung könnte zur Farce werden.

Noch kritischer ist die Vorgabe für die Leistungserbringer, führen die Vorgaben doch zu einer Art Leistungsbewertung mit Ranking und wird damit die

Wettbewerbsituation (unzulässig?) beeinflusst.

Noch hat man für die neue Aufgabe keine verbindlichen Vorgaben; diese sollen nach einer Ausschreibung von einem unabhängigen Institut erarbeitet werden. Gewonnen hat den Wettbewerb das AQUA-Institut von Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi, Göttingen. BQS hatte das Nachsehen.

Prof. Szecsenyi legte dar, dass man sich nach seinem Konzept an der Versorgungsrealität orientieren werde. So werde man bei verschiedenen Leistungen – zuerst bei der Katarakt und der PTCA – bei Leistungserbringern Daten sammeln, um danach die Standards zu erarbeiten. Hier wird ein eklatanter Unterschied zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) von Prof. Sawitzki sichtbar: Dort wertet man die vorliegende Wissenschaft aus und nimmt auf die Versorgungsrealität weniger Rücksicht. Man darf auf die Arbeitsergebnisse von AQUA gespannt sein.

● Neue „ambulante Qualitätsindikatoren“ der KBV

Dr. Franziska Diel war für die Kassenärztliche Bundesvereinigung um eine Stellungnahme gebeten worden. Sie

wies darauf hin, dass es bereits jetzt eine Reihe von Leistungen gibt, bei denen im vertragsärztlichen Bereich die Vergütung an strikte Qualitätsvorgaben geknüpft ist. Dies sei somit nichts Neues. Die Einhaltung der Qualitätsparameter werde stichprobenartig überprüft, um den Verwaltungsaufwand gering zu halten. Neu ausgearbeitet habe die KBV „ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“, abgekürzt AQUIK®. Ziel sei dabei, einerseits über die Vergütung Anreize zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu setzen, andererseits aus Fairnessgründen solche Ärzte besser zu vergüten, die ein hohes Qualitätsniveau vorhalten. Es wundert nicht, dass der Vertreter der Krankenkassen in der Diskussion darauf hinwies, dass dies kostenneutral durch Abschläge bei den übrigen Vertragsärzten, die diese Bedingungen nicht erfüllten, finanziert werden müsste. Dr. Diel stellte Leistungen und Indikationsgebiete für AQUIK vor, räumte aber ein, dass dies nur für die ambulante Versorgung gelten könne.

Dr. Wulf-Dietrich Leber vom Spitzenverband Bund gab eine Stellungnahme für die Kostenträger ab, für die die sektorübergreifende Qualitätssiche-

rung ohne Wenn und Aber in eine ergebnisorientierte Vergütung münden müsse. P4P sei angesagt. Er hält dies für eine Art Imperativ für alle, die Vergütungssysteme entwickeln. Das Thema Kollektivverträge versus Selektivverträge und sektorübergreifende Qualitätssicherung brachte er auf den einfachen Nenner: Kollektiv messen, selektiv kontrahieren.

● Noch mehr Dokumentationsaufwand

Leistungserbringer, Vertragsärzte wie Krankenhäuser, werden sich somit nach den Vorgaben des WSG in Zukunft auf neue Vorgaben der Qualitätssicherung einstellen müssen, die vom AQUA-Institut erarbeitet werden. Dieses will sich bei seiner Arbeit beeilen. Auf alle dürfte im Gesundheitswesen noch mehr Dokumentationsaufwand zukommen. Entbürokratisierung ist damit wieder ein leeres Versprechen der Politik. Es ist zu befürchten, dass der mit den neuen Standards verbundene Aufwand die direkte Arbeit am Patienten weiter einschränken wird. Ein schwacher Trost bleibt: Vor 2011 rechnet man nicht mit der Umsetzung der neuen Vorgaben.

HFS

BDI-Landesverband Berlin

Erinnerung an den internistischen Mauerfall

Flankiert von einer hochkarätigen radiologischen Fortbildung und einem präzisen Lagebericht des Präsidenten Wesiack gedachte der Berliner BDI seiner östlichen Sternstunde: Konkurrenz der Vereinigung Berliner Internisten hatte ihn einst in Dauerschlaf versinken lassen. Die Internisten Prof. Lohmann, Wiederholt und Fritz reanimierten ihn Anfang 1989 – und ahnten nicht, dass dies 6 Monate später zu einer Wiedervereinigung ganz anderer Art werden sollte: Gemeinsam mit der (Ost-)Berliner Medizinischen Gesellschaft entstand nach dem Mauerfall ein starker Gesamtberliner BDI-Landesverband, der die erheblichen Ost-West-Unterschiede unter Internisten in einer Stadt schnell überwinden konnte.

Dies zu feiern und die Kollegen der ersten Stunde zu ehren war man am 21. November Gast im ehrwürdigen Virchow-Langenbeck-Haus neben der Charité, vielen Internisten bekannt vom 2. Deutschen Internistentag. Der Berliner Landesvorsitzende Bruns – von Anfang mit dabei – hielt die Laudatio für Prof. Lohmann. Dessen Verdienst um die Berliner Fortbildung, seine kundige Moderation und beständige Mitarbeit im BDI wurden mit der Ehrenmitgliedschaft besonders gewürdigt.

Harthmut Weinholz, geschätzter Ehrenpräsident und launiger Laureat, nahm sich der beiden anderen Kandidaten an, die ebenfalls über Jahrzehnte dem internistischen Fach gedient haben: Wenngleich Ehrungen dieser Art meist praeterterminal vergeben würden, so Weinholz, sei Winfried Wiederholt ein ausgewiesener homo politicus mitten im Leben: Im Anschluss an eine KV-Sitzung stand er am 9.11.89 auf der Mauer vor dem Brandenburger Tor: Sicher ein emotionaler Impuls, der zum Aufbau von MUT (Medizin und Technik) führte – einer gewaltigen Börse für Know-how, Technik und guten Rat für die Ostberliner

Kollegen und Kolleginnen. Seine Vita (Stabsarzt, medizinische Einsätze in Afghanistan und Indonesien) und die Erfahrung aus langjähriger Präsenz in KV und Kam-

mer haben diese logistische Meisterleistung erst ermöglicht. Den Beginn der politischen Vita von Hans-Georg Fritz verortete Weinholz beim bundesweiten Ärztestreik, den er 1973 (mit dem MB-Vorsitzenden Roderich Nehls) von Berlin aus mit organisierte: Ihm verdanken wir die ersten Vergütungen für Bereitschaftsdienste und das gewachsene Bewusstsein für den materiellen Wert ärztlicher Arbeit. Konstruktiv-kritische Arbeit in Kammer und KV sowie die legendäre Schutzgemeinschaft für kassenärztliche Rechte prägte auch Inno-



Prof. H.W. Lohmann, Dr. W. Wiederholt, Dr. H.G. Fritz bei der Feier zum „internistischen Mauerfall“.

vationen in seiner eigenen Praxis: 12-Stunden-Präsenz, Weiterbildung in der Praxis (zunächst von Ärztinnen nach der Familienphase), strukturierte Fortbildung im Bezirk. Dann auch Beschleunigung des internistischen Zusammenwachsens in Berlin. Seine beharrliche Forderung eines ethischen Pendant zum Wiesbadener Internisten-Kongress führte ab 2007 zum Deutschen Internistentag, einer wichtigen Plattform für den BDI und die Internisten in der Gesellschaft.

Bild: BDI/Fritz

● Erneut Gefahr im Verzug bei inter-nistischer Weiterbildung

Gefolgt von dieser medizinhistorischen Einstimmung gab Präsident Wolfgang Wesiack eine erste medizinpolitische Einschätzung nach der Bundestagswahl. Wenngleich die Ärzte mit der klaren FDP in der Regierung zufrieden sein können, taktiere die CDU und die CSU wisse am Abend nicht, was sie morgens gesagt habe. Mit den Programmpunkten freier Arztberuf, mehr Wettbewerb und Kostenerstattung/Wahlmöglichkeiten könnte man

Der Krankenhaus-Sektor hat bei all diesen Problemen die größte Frustration zu erleiden und erscheint derzeit perspektivlos: Die DRGisierung führt zu einer grotesken Verkennung der Versorgung internistischer Patienten. Hier gehen qualifizierte Kollegen und Kolleginnen verloren. Es herrscht dringender Handlungsbedarf für den Verband. Das umfassende Berufsbild des Internisten muss früh umworben werden, wie beim Assistententag anlässlich des 2. Internistentags. Der Vorstand freut sich über weitere



Der BDI-Landesvorsitzende Dr. J. Bruns und sein Amtsvorgänger Dr. H.G. Fritz in Berlin.

Bild: BDI/Fritz

zufrieden sein, wenn nicht statt dessen Zunahme der Bürokratie und endloses Taktieren zu erwarten sei. Die starre Ideologie der Ex-Ministerin sei vorüber. Der BDI ist hoffnungsvoll, werde sich konstruktiv einbringen und sieht einen besseren Zugang zur FDP bei einem liberalen Arzt als Gesundheitsminister.

Langfristig hat der BDI eine ideale Ausgangsposition: Menschen werden älter, multimorbider – vor allem im internistischen Bereich. Acht- bis neunhundert Internisten treten pro Jahr ins Berufsleben, an ihnen hängt ein immenses Kostenpotenzial. Schon jetzt sind 20% des ambulanten Gesamt-Honorars internistisch zugewiesen, 40% aller Klinikbetten stehen auf internistischen Abteilungen. Der BDI ist – als Europas größter Facharztverband – das Rückgrat der Medizin und mächtiger Interessenwahrer. Sein Vorstand hat daher kürzlich eine Klausur abgehalten, bei dem der Unsinn des § 73 b SGB V erneut zutage trat. Wesiack: „Wir brauchen ihn nicht und wir bekämpfen ihn mit unseren Stimmen.“ Die ambulante Honorierung werde 2010 erneut auf den Prüfstand gestellt: Niedergelassene werden bald erwachen, da ein Sieben-Milliarden-Defizit der Kassen mit nur 3,5 Mrd. aus Steuermitteln kompensiert werden soll. Schon bringe die AOK eine „neue Bescheidenheit“ in Honorarfragen ins Gespräch.

Die Muster-Weiterbildungsordnung lässt weitere Gefahren im Verzug erkennen: Der Facharzt für Innere Medizin konnte zwar 2007 aus der Verklammerung mit den Allgemeinärzten gelöst werden – jetzt reklamieren diese aber internistische Inhalte für ihr Fach, um Internisten zu ersetzen. Bei den o.a. Neuzulassungen Internisten/Allgemeinärzte 9:1 ist dies zwar rätselhaft, bleibt jedoch eine politische Bedrohung, gegen die der BDI geschlossen sachgerechte Lösungen bei den Ministerien einbringen wird – bei gleichzeitiger Aktivierung der fachärztlichen Weiterbildung.

Ideen und Anregungen, wie z.B. Förderung strukturierter Famulaturen in internistischen Praxen: Dies dürfte ein frühzeitiges Interesse an unserem wunderbaren Fach wecken. „Wir müssen die Marke Innere Medizin stärken – selbstbewusst und mit Phantasie – und uns hart durchsetzen, wenn es sein muss“, schloss Wesiack.

● Nofretete als „Patientin“

Waren die Ehrungen feierlich und die politische Analyse aufrüttelnd, so folgte jetzt ein knapp zweistündiges Reder besser: Pro-petitorium über die Zukunft radiologischer Diagnostik. Referenten: Prof. Bernd Hamm und PD Thomas Fischer vom Zentrum für Radiologie und Nuklearmedizin der Charité Berlin. Dass diese Diagnostik von morgen schon heute erhältlich ist, danken wir dem Forscher-Elan der Referenten und vielen ihrer Kollegen. Wir sollten fachlich darauf vorbereitet sein, die Indikationen für solche speziellen Untersuchungen streng zu stellen, da sie sich oft nicht im EBM finden – also weit weg von der täglichen Routine sind. Wie schnell sich dies wandelt zeigten Beispiele von Radiofrequenz-Ablation, Diagnostik des M. Bechterew oder Ultraschall-Diagnostik der Leberzirrhose unter Ausnutzung der shear waves (Elastografie). Die Faszination über die praktischen Fortschritte bildgebender Verfahren kulminierte, als Prof. Hamm Aufnahmen seiner wohl berühmtesten Patientin demonstrierte: Echnatons Gattin Nofretete. Unter den bildschönen Gips-Applikationen kam der Sandstein-Kern der Büste zur Darstellung und zeigte das anrührende, eher schlichte Bild einer reiferen Frau mit leicht eingezogenen Wangen und einem verschmälerten Nasenrücken.

● Berliner Dreiklang

Ehrungen verdienter BDI-Mitglieder, politische Analyse aus erster Hand und packende Fach-Informationen: Ein solcher Dreiklang fand begeisterte Aufnahme und angeregte Diskussion. Sie war des historischen Ortes würdig – und wurde durch die Nofretete-Diagnostik noch überhöht. Was hätte der Schliemann-Freund Virchow dafür gegeben, dabei sein zu können!

Dr. Hans-Georg Fritz

BDI-Landesverband Hessen

42. Hessischer Internistentag

Der 42. Hessische Internistentag 2009 fand am Samstag, den 7. November 2009, in Frankfurt am Main statt. Er wurde von Dr. Andreas Fach, dem hessischen BDI-Landesvorsitzenden, Dr. Gottfried von Knoblauch, Präsident der Landesärztekammer Hessen, und Dr. Margita Bert, 1. Vorsitzende der Kassenzentralen Hessen, eröffnet.

Jürgen Banzer, hessischer Sozialminister nahm als Gastredner zur aktuellen gesundheitspolitischen Lage Stellung. Absicht der neuen Bundesregierung sei es, die Gesundheitsfinanzierung zukunftsfest zu machen. Das deutsche Gesundheitswesen habe turbulente Zeiten durchlebt und müsse jetzt in ruhigeres, verlässliches Fahrwasser geführt werden. Minister Banzer stellte unmissverständlich klar, dass angesichts gewachsener Anforderungen und Möglichkeiten das Gesundheitswesen mehr Geld benötige. Er zeigte Verständnis für die Sorgen und Nöte der Ärzte in Praxis und Krankenhaus, forderte aber auch mehr interdisziplinäre Netzwerke und den Austausch zwischen Krankenkassen und niedergelassenen Ärzten. Im Detail ging er auf den § 73 b und die hausärztliche Versorgung ein und kritisierte die Änderung dieses Paragraphen der schwarz-roten Bundesregierung in der letzten Legislaturperiode. Auch die letzte Neuordnung der belegärztlichen Versorgung müsse in Details verbessert werden. Er wies darauf hin, dass das Land Hessen bei seinen Investitionen in Krankenhäuser bundesweit mit an der Spitze liege, sodass für gute Rahmenbedingungen für eine hochwertige Patientenversorgung gesorgt sei.

● Kardiologie

Breiten Raum nahm beim diesjährigen Hessischen Internistentag eine weitgefächerte Fortbildung ein. Im Themenblock Kardiologie (Vorsitzende: Prof. Dr. Schächinger, Priv. Doz. Dr. Voigtländer) war ein weiterer Bogen mit kardiologischen Themen von Sport bis hin zu innovativen Kathetertechniken (Implantation einer stentgestützten Aortenklappe) gespannt. Innerhalb des ersten Vortrages stellte Professor Schmermund aus Frankfurt den Sport als „Therapeutikum“ vor. Im Rahmen seiner Präsentation konnte er zeigen, dass aktuelle Daten belegen, dass Sport bei kardiovaskulären Erkrankungen die Prognose deutlich verbessern. Dies konnte durch Hambrecht et al. (Circulation 2004) bereits vor Jahren für Patienten mit koronarer Herzkrankung gezeigt werden. Eine aktuelle Studie (HF-Action) wurde dieses Jahr vorgestellt. Es zeigte sich, dass auch bei Patienten mit einer kritisch eingeschränkten linksventrikulären Funktion durch regelmäßiges körperliches Training die Prognose signifikant verbessert werden kann. Wichtig waren in diesem Zusammenhang auch Hinweise, dass die kardiovaskulären Ereignisraten während des Sportes sich nicht von Ereignisraten bei Patienten unter-

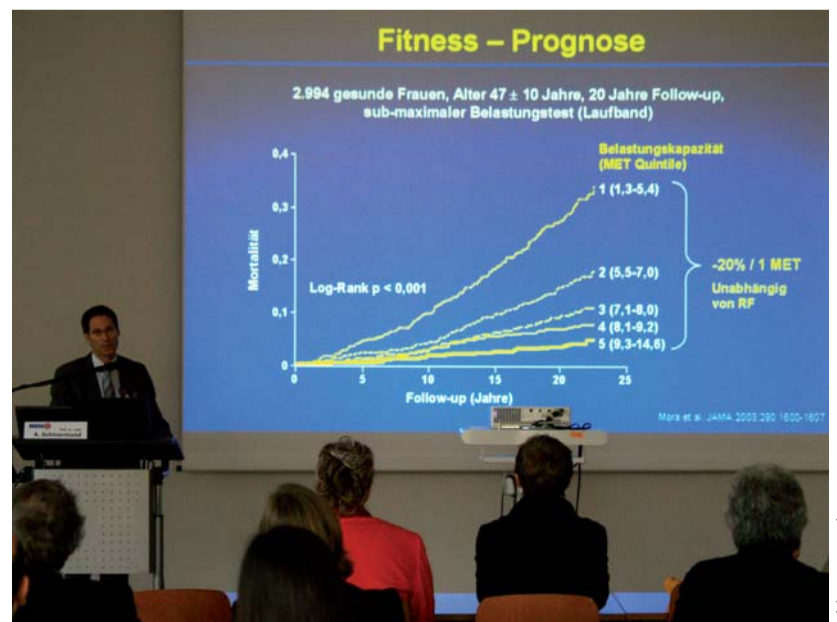
scheiden, die keine sportlichen Aktivitäten durchführen. Wichtig sei jedoch, so Professor Schmermund, dass für die Festlegung der Trainingsintensität eine entsprechende kardiovaskuläre Trainingseinheit mit Überwachungsmöglichkeit und kardiovaskulärer Expertise erforderlich ist. In einem zweiten Vortrag berichtete Dr. Piorkowski, Leipzig, über moderne Schrittmachtherapie bei Patienten mit einer schweren Herzinsuffizienz. Das Konzept der Cardialen Resynchronisationstherapie (CRT) ist etabliert für Patienten mit einer EF < 35%, Linksschenkelblock und NYHA III- und IV-Symptomatik. Neue Studienergebnisse zeigen, dass die Positionierung der linksventrikulären Sonde Patienten individuell erfolgen muss. Nur so kann die Rate an Non-Respondern weiter gesenkt werden. Dr. Piorkowski führte überzeugend aus, inwieweit mit einer integrierten Bildgebung von Morphologie des Koronarvenensinus und echokardiographischer Wandanalyse die ideale Positionierung der linksventrikulären Sonde erfolgen kann.

Dies ist insbesondere wichtig bei Patienten mit koronarer Herzkrankung und stattgehabten Myokardinfarkten. Bei diesen Patienten ist eine sehr exakte Analyse der Wandbewegung erforderlich, um die linksventrikuläre Sonde so zu positionieren, dass eine optimale Kontraktion als Resultat der biventrikulären Stimulation zu erreichen ist. Dr. Piorkowski berichtete über Studienergebnisse, die zeigen, dass auch bei Patienten mit einer Herzinsuffizienz NYHA I und II ein prognostischer Benefit zu erreichen ist.



Dr. Fach eröffnet den 42. Hessischen Internistentag.

Bild: Ingo Esch



Sport verbessert bei kardiologischen Erkrankungen die Prognose deutlich, wie Prof. Schmermund hervorhob.

Bild: Ingo Esch

In einem dritten Vortrag berichtete Professor Schächinger, Fulda, über die Möglichkeiten der modernen Therapie bei hochgradiger Aortenklappenstenose. Er zeigte die Ergebnisse, die mit der transapikalen, aber auch transfemorale Technik des stentgestützten Aortenklappenersatzes möglich sind. Insbesondere durch die zunehmende Verringerung des Durchmessers der transfemorale „Devices“ wird die Methode der interventionellen Aortenklappentherapie für mehr Patienten möglich. Er berichtete, dass die Methodik derzeit überwiegend bei Patienten eingesetzt wird, bei denen ein zu hohes Operationsrisiko besteht. Eine Entscheidungshilfe ist bei diesen Patienten der Euroscore. Dies ist ein Score, der die Letalität im Rahmen herzhirurgischer Eingriffe

tur hin. Eine medikamentöse Therapie sollte immer als Step-down-Therapie mit Protonenpumpeninhibitor (PPI) durchgeführt und mögliche Therapieversager mittels pH-Metrie und Manometrie verifiziert werden. Prof. Dr. K.-H. Fuchs, Frankfurt am Main, stellte die mittlerweile guten Langzeitergebnisse nach laparoskopischer Fundoplikatio dar und erläuterte die steigenden OP-Zahlen, die Indikationen sowie die Gründe der Re-Operationen. Die Divertikelkrankheit ist laut Prof. Dr. F. Hartmann, Frankfurt am Main, im Falle einer unkomplizierten Divertikulitis antibiotisch und konservativ zu therapieren. Er wies insbesondere auf die seltene Entität der rechtsseitigen Divertikulitis hin und den Stellenwert des Ultraschalls bei der Diagnosestellung.



Bild: Ingo Esch

PD Dr. Salm referierte über Ethik in der Patientenversorgung.

abschätzt. Professor Schächinger führte aus, dass die derzeit implantierten Prothesen in naher Zukunft weiter verbessert werden können. Insbesondere die Repositionierbarkeit der Prothesen im Rahmen der interventionellen Prozedur wird als nächster Entwicklungsschnitt erwartet.

● Gastroenterologie

Die Sitzung Gastroenterologie/Viszeralmedizin unter Vorsitz von Prof. Dr. W. Bechstein und PD Dr. N. Hoepffner, beide Frankfurt am Main, hatte drei wichtige Themenblöcke: Gastroesophageale Refluxkrankheit (GERD), Divertikelkrankheit und Hepatozelluläres Karzinom (HCC) – jeweils aus internistischer und chirurgischer Sicht. Zum Thema GERD wies Prof. Dr. S. Rossol, Frankfurt am Main, auf die verschiedenen phänotypischen Manifestationen der Spätfolgen von GERD, Barrett und peptischer Strik-

tur hin. Eine medikamentöse Therapie sollte immer als Step-down-Therapie mit Protonenpumpeninhibitor (PPI) durchgeführt und mögliche Therapieversager mittels pH-Metrie und Manometrie verifiziert werden. Prof. Dr. K.-H. Fuchs, Frankfurt am Main, stellte die mittlerweile guten Langzeitergebnisse nach laparoskopischer Fundoplikatio dar und erläuterte die steigenden OP-Zahlen, die Indikationen sowie die Gründe der Re-Operationen. Die Divertikelkrankheit ist laut Prof. Dr. F. Hartmann, Frankfurt am Main, im Falle einer unkomplizierten Divertikulitis antibiotisch und konservativ zu therapieren. Er wies insbesondere auf die seltene Entität der rechtsseitigen Divertikulitis hin und den Stellenwert des Ultraschalls bei der Diagnosestellung.

● Pneumologie

Unter dem Vorsitz von Prof. Bargon und Dr. Kardos, beide aus Frankfurt am Main, wurde über Neues bei obstruktiven Lungenerkrankungen referiert. Bei Asthma, so Dr. Kardos, stellt schon die Diagnosestellung ein Problem dar: Viele Patienten kommen im obstruktionsfreiem Intervall zur Untersuchung. Zukünftige Leitlinien könnten daher Diagnose- und Therapieempfehlungen für gesichertes Asthma, wahrscheinliches Asthma und mögliches Asthma geben. Die Therapiesteuerung erfolgt nicht mehr nach Schweregrad, sondern nach dem Grad der Asthmakontrolle. Verschiedene Asthmaphänotypen müssen auch bei der therapeutischen Entscheidung berücksichtigt werden.

Nach Prof. Bargon korrelieren bei COPD die Schweregrade gut mit histologisch feststellbaren entzündlichen Veränderungen. Neben der Bronchialobstruktion stellen der Ernährungszustand, die Körperkomposition und der Raucherstatus wichtige prognostische Faktoren dar. Die nicht-invasive Beatmung sollte bei COPD-Patienten mit respiratorischer Globalinsuffizienz in Erwägung gezogen werden. Ultralang wirksame Bronchodilatoren für die täglich einmalige Anwendung werden in naher Zukunft in den Handel kommen.

PD Dr. Hirche, Wiesbaden, nahm zu Betablockern bei Lungenerkrankungen Stellung. Diese Substanzgruppe galt seit den 1960-er Jahren wegen der Gefahr der Bronchokonstriktion als absolut kontraindiziert bei den obstruktiven Atemwegserkrankungen. Heute gelten sie bei COPD als anwendbar, falls hierzu eine entsprechende kardiologische Indikation besteht. Auch bei Asthma wird die absolute Kontraindikation, die sich auf wenige Kasuistiken stützt, in der Zukunft wahrscheinlich aufgeweicht werden.

● Diabetologie

Unter dem Vorsitz von Dr. Braun, Schlüchtern, und Dr. Mertes, Frankfurt, wurde die oft sehr kontrovers und emotional diskutierte Therapie des Diabetes mellitus besprochen. Prof. Sawicki, Köln, sprach zur Bedeutung der Patienteninformation und -beteiligung und beklagte, dass die medizinische Forschung sich besonders beim Diabetes mellitus zu wenig an der klinischen Relevanz orientiert. Nach Patientenbefragungen sei die Patientenorientierung verbesserungswürdig. Er definierte die Indikatoren für einen besseren Patientenbezug: Wertschätzung und respektvolle Behandlung, partizipative Therapieentscheidungen, gute Arzt-Patient-Kommunikation, Aufmerksamkeit und Zuwendung, Höflichkeit und angenehmer Umgang sowie soziale Unterstützung.

Prof. Pfohl, Duisburg, hält die Hypoglykämie für ein unterschätztes Problem und plädiert besonders bei älteren Patienten dafür, das HbA_{1c} nicht zu niedrig einzustellen und nach einer Untersuchung eine Korrektur postprandialer Blutzuckerwerte zu korrigieren. Aus seiner Sicht stellt die Kombination der Hypoglykämie mit Demenz und Herzinfarkt eine besonders unheilvolle Kombination dar. Prof. U. A. Müller, Jena, beschäftigte sich mit der Lipidsenker-Therapie beim Diabetiker. Er ist der Meinung, dass beim Diabetes eine Fettstoffwechselstörung nicht in dem Maße verantwortlich für die Arterioskleroseentstehung ist, wie bisher angenommen. Dennoch profitieren Diabetiker von einer Statinbehandlung, auch wenn die Cholesterinwerte nicht gesenkt werden oder erst gar nicht erhöht waren. Folgerichtig stellt er eine regelmäßige Bestimmung der Lipidwerte in Frage.



Minister Banzer im Gespräch mit Dr. Margita Bert, Vorsitzende der KV Hessen, und Dr. F. Hartmann.

Bild: Ingo Esch

Dr. Mertes, Frankfurt, befasste sich mit dem diabetischen Fuß aus internistischer Sicht und beklagte, dass Unterschenkelamputationen bei Diabetikern in Deutschland immer noch häufiger als in anderen Industrienationen durchgeführt würden. Er weist eindringlich auf die Notwendigkeit einer konsequenten angiologischen Diagnostik und Therapie hin. Nur in Zusammenarbeit mit einem invasiv tätigen Angiologen und einem Gefäßchirurgen lässt sich ein erfolgreiches Therapiemanagement gestalten. Diese multidisziplinäre Versorgung muss nach seiner Meinung ambulant wie stationär organisiert werden.

● Geriatrie

Unter dem Vorsitz von PD Dr. Püllen, Frankfurt, und Dr. Werner, Oberursel, beschäftigte sich PD Dr. Pfisterer, Darmstadt, mit der Harninkontinenz im Alter als ein pathophysiologisch komplexes und sehr häufiges Syndrom in der Geriatrie. Er gab sehr praxisnahe Richtlinien für einfache diagnostische und nichtmedikamentöse Maßnahmen vor. Medikamente sind nur in einigen Fällen indiziert. Gewalt gegen alte Menschen hat viele Gesichter und ist leider immer noch ein Tabuthema in unserer Gesellschaft. Der Vortrag von Prof. Dr. Hirsch, Bonn, hat in eindringlicher Weise auf dieses Problem aufmerksam gemacht und gemahnt, wachsam zu sein im Interesse der alten Menschen. Die zukünftigen Richtlinien des MDK zur Pflegebegutachtung, erläutert von Dr. Lübke, Hamburg, orientieren sich an Funktionen und Fähigkeiten des Pflegebedürftigen und gehen damit vom bisherigen, wenig sinnvollen Konzept des zeitlichen Pflegeaufwandes ab.

● Palliativmedizin

Unter dem Vorsitz von Dr. Haas-Weber, Hanau, und Prof. Fassbinder, Fulda, referierte PD Dr. Salm, Offenbach, zum Thema Ethik am Lebensende. Dabei geht es in der Regel um den Umgang mit der Patientenverfügung, die meist die Behandlung begrenzt, zum Beispiel, indem auf eine neuerliche Krankenhauseinweisung oder auch auf Reanimations-

maßnahmen verzichtet wird. Dabei bleibt die „gute ärztliche Intuition“ weiter Grundlage ärztlichen Handelns. Im Einzelfall muss aber entschieden werden, ob in der aktuellen Situation dennoch derartige Maßnahmen sinnvoll sind. Nach entsprechender Aufklärung müssen der Patient oder seine Angehörigen erneut entscheiden.

Pfarrer Jung-Henkel beleuchtete die Rolle der Seelsorger. Sie bedauerte, dass ein Rahmen der zunehmenden „Professionalisierung“ der Medizin die gemeinsame Aufgabe einer symptomlindernden Medizin und der spirituellen Betreuung zunehmend verloren geht. Die Spiritualität ist als Begriff uneinheitlich definiert. Dies gilt selbst für die theologische Literatur. Es sollte vor allem den Wunsch nach Transparenz, ganzheitlicher Betrachtung und nach Erfüllung im Leben und Sterben Rechnung getragen werden. Im Mittelpunkt steht die religiöse Begleitung des Patienten.

Bei der Palliativversorgung, über die Dr. Mattek, Friedberg, referierte, kommt es insgesamt auf die ganzheitliche Betreuung des Patienten und seiner Angehörigen an. Heilung tritt in den Hintergrund, die Behandlung der Symptome ist entscheidend, hier vor allem eine konsequente Schmerztherapie.

Die Auswahl der Themen und der Praxisbezug der Vorträge kamen bei den Zuhörern gut an und wurden von den teilnehmenden Internistinnen und Internisten lebhaft diskutiert.

HFS



Gefängnismedizin
Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen
Herausgegeben von
Karlheinz Keppler
Heino Stöver
Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2009
376 S., 28 Abb., 89,95 €

Medizin im Strafvollzug

Das Buch „Gefängnismedizin“, herausgegeben von den Autoren Keppler und Stöver, stellt auf 317 Seiten das Thema der medizinischen Versorgung unter Haftbedingungen sowie die juristischen Grundlagen des Strafvollzuges dar. Es richtet sich an Ärzte und Pflegepersonal, Juristen und sämtliche Berufsgruppen, die mit der Betreuung von Gefangenen befasst sind. Es geht hier weniger um die Darstellung der Erkrankungen wie Virushepatitiden, HIV und Tuberkulose, sondern um die Vermittlung der gefängnismedizinischen

Aspekte der einzelnen Krankheitsbilder. Zentrale Probleme in allen Gefängnissen sind Drogen und Infektionen, psychiatrische Erkrankungen und Suizid. In sieben Kapiteln werden zunächst die geschichtlichen Aspekte, ethische und gesetzliche Grundlagen der Anstaltsmedizin, Grundlagen der medizinischen Versorgung im Gefängnis, Besonderheiten der Medizin im Justizvollzug und die Praxis der Gefängnismedizin dargestellt. So werden beispielsweise im Kapitel „Besonderheiten der Medizin im Justizvollzug“ die Rolle des Arztes im Strafvollzug, das Thema Frauen- und Jugendvollzug, Gefangene Ausländer und Migranten im Vollzug sowie die Problematik von Abgrenzung und Überschneidung vollzuglicher und medizinischer Aufgaben besprochen. Das letzte Kapitel befasst sich mit neuen Ansätzen der Gefängnismedizin und gibt Ausblicke auf zukünftige Entwicklungen. So geht es hier um wichtige Themen wie Qualitätsmanagement, Gesundheitsförderung und Prävention in Haft. Jedes Kapitel ist gut gegliedert, es besteht aus mehreren Unterkapiteln, die die Thematik übersichtlich darstellen. Juristische Aspekte wie Gesetzestexte und Paragraphen sind in die einzelnen Kapitel eingearbeitet, um Nicht-Juristen die notwendigen Grundlagen zu vermitteln. Jedem einzelnen Kapitel ist ein Textfeld „Das Wichtigste in Kürze“ vorangestellt. Es bietet einen guten Einstieg in das Thema und fasst den Inhalt des Kapitels knapp zusammen. In den gesam-

ten Text eingestreut sind farblich unterlegte Textboxen, die Wichtiges hervorheben und zum Vergleich die Situation in Österreich und in der Schweiz darstellen. In der Mitte des Buches findet sich eine Farbtabelle mit einigen typischen Bildern, die eine gute Qualität aufweisen. Der Text enthält viele Tabellen, Abbildungen und Fotos, die den Text unterstreichen und ergänzen. Ein ausführliches Glossar gefängnistypischer Ausdrücke hilft, die Sprache im Drogenmilieu und unter den Gefangenen zu verstehen. Am Ende des Buches findet der Leser ein ausführliches Literatur- und Sachverzeichnis. Das Preis-Leistungs-Verhältnis darf anhand der Informationsdichte als sehr gut bezeichnet werden.

Fazit: Das Buch „Gefängnismedizin“ stellt sowohl die rechtlichen als auch die medizinischen Aspekte der Gefängnismedizin kompetent und übersichtlich dar. Es richtet sich an alle Berufsgruppen, die im Strafvollzug arbeiten, und setzt sich dafür ein, moderne Aspekte wie Qualitätsmanagement und Prävention auch im Strafvollzug zu berücksichtigen.

Dr. med. Kristina Groh



Dr. Kristina Groh ist Fachärztin für Innere Medizin und arbeitet derzeit in der Abteilung für Innere Medizin des Krankenhauses Weilburg



Bildgebung in der Onkologie
Diagnostik und Bewertung – Das Wesentliche für das Konsil
H. Hricak, J. Husband, D. M. Panicek (Hrsg.)
Unter Mitarbeit von D. Dinter
Elsevier, München 2009
320 S., 125 Abb., 54,95 €

Kein „Kochbuch“

Die Hämato-Onkologie ist eine vom Wissen her rasch fortschreitende Disziplin. So verwundert es nicht, dass jährlich mehr als zwanzig Bücher neu oder in Neuauflage auf den Markt gebracht werden. Aktuell erschien im Verlag Elsevier (Urban & Fischer) das im DIN A5 Format handlich gebundene, ca. 300 Seiten starke Paperback mit dem Titel „Bildgebung in der Onkologie“ und dem etwas unglücklichen Untertitel „Diagnostik und

Bewertung – Das Wesentliche für das Konsil“. Es ist eine Übersetzung des amerikanischen Buches „Oncologic Imaging – Essentials of Reporting Common Cancers“ von D. Dinter und richtet sich in erster Linie an den befundenden Radiologen aber auch an alle, die onkologische (Bild-)Befunde richtig interpretieren müssen. Nach einer Einführung über die allgemeinen Richtlinien zur radiologischen Befunddokumentation der Tumorerkrankungen werden in 37 gleich strukturierten Kapiteln die einzelnen Tumorentitäten abgehandelt. Am Anfang eines Kapitels wird kurz die Klinik beschrieben, gefolgt von einer Übersicht der notwendigen Staginguntersuchungen. Hier finden sich auch tumorspezifische Tipps zur Durchführung und Befundung der einzelnen Untersuchungsverfahren. Bei den sich anschließenden Hauptelementen der Befunddokumentation steht die TNM-Klassifikation und die daraus resultierende Stadieneinteilung im Vordergrund. Diese wird sowohl tabellarisch als auch z. T. anhand von gelungenen Graphiken, z. B. der Lymphknotenareale, dargestellt. Leider bezieht sich die TNM-Klassifikation auf das sieben Jahre alte AJCC Cancer Staging Manual (6th ed.) aus dem Jahr 2002, obwohl es zwischenzeitlich einige relevante Änderungen – zuletzt beim NSCBC gegeben hat. Zum Schluss erfolgt ein Ausblick auf die therapeutische

Bedeutung der erhobenen Befunde. Das Buch ist vom Layout her übersichtlich und gut zu lesen. Eine detaillierte Befundinterpretation, z.B. eines Thorax-CT bei Bronchialkarzinom, findet sich nicht. Wenn dieses Buch nach Erscheinen und unter Einbeziehung der anstehenden revidierten Auflage der TNM-Klassifikation herausgekommen wäre, hätte es die optimale Zusammensetzung eines Staging-Handbuchs bezüglich der Durchführung der Untersuchungen, der Befundinterpretation und der Klassifikation.

Fazit: Das vorliegende handliche Buch stellt eine gut lesbare, übersichtliche Zusammenfassung der notwendigen Untersuchungsmethoden beim Staging der Tumorerkrankungen mit für den Radiologen wertvollen Tipps zur Durchführung aber auch zur Befundinterpretation der einzelnen Untersuchungsmethoden dar. Es ist jedoch kein „Kochbuch“ für den onkologisch tätigen zur genauen Befundung.

Dr. med. Stefan Heide



Dr. med. Stefan Heide, Facharzt für Innere Medizin, Schwerpunkt Hämato-Onkologie, ist zurzeit Assistent in der I. Inneren Medizin des Klinikums Mutterhaus der Borromäerinnen, Trier.



Thomas M.H. Bergner
Arzt sein
Die 7 Prinzipien für Erfolg, Effektivität und Lebensqualität
Schattauer Verlag, Stuttgart 2009
296 S., 94 Übungen und Tests, 39 Tab., 29,95 €

Hilfen für die Helfer

Es gibt viele „starke Sätze“ in diesem Buch, die den Leser immer wieder zum Textmarker greifen lassen. Angefangen damit, dass „Ärzte so wie sie sich verhalten, keine Feinde brauchen: Sie erledigen sich selbst.“ bis zum letzten Kapitel über Ärztliche Freiheit: „Menschlichkeit dem Patienten gegenüber darf nicht bedeuten, von uns selbst Unmenschliches zu verlangen.“ Jeder Leser wird eine ganze Reihe solcher Sätze finden, die auf Probleme in seinem eigenen „Arzt sein“ zutreffen. Der mit teils sehr allgemeinen und esoterisch anmutenden Formulierungen erklärte umfassende Anspruch des Werkes ist es, der zunächst skeptisch macht und vom Weiterlesen zögern lässt. Wer durchhält wird dann aber schnell mit sehr konkreten, praktischen Hinweisen belohnt. Übersichtliche Gliederung, zahlreiche Selbsttests und Übungen, durchgehende Strukturierung mit Aufzählungen, Kästen, Merksätzen, markierten Fallbeispielen etc. machen die Lektüre abwechslungsreich und leiten rasch durch die „sieben Prinzipien“. Wer sehr motiviert ist und das Werk komplett durcharbeitet, ist damit allerdings einige Zeit intensiv beschäftigt. Die detaillierte Inhaltsübersicht erlaubt es jedoch auch, gezielt Fragen und Probleme anzusteuern und sich abschnittsweise zu belezen.

Die zahlreichen Fragebögen und Selbsttests ergeben gelegentlich überraschende Erkenntnisse im Hin-

blick auf eigene Wünsche, Vorstellungen und Ziele aber auch Schwächen, Empfindlichkeiten und Konflikte. Der gesamte ärztliche Alltag wird unter die Lupe genommen – die eigene Rolle und Wahrnehmung, Selbstachtung, Kommunikation, Empfindungen und Verletzungen ebenso wie die Akzeptanz des Patienten, Empathie, das Einfühlen in den Menschen. Ganz wichtig dabei immer wieder der Perspektivwechsel: Wie nimmt mein Gegenüber die Situation wahr? Fallbeispiele illustrieren zahlreiche Fallstricke und warnen vor vorschnellem Urteilen. Die Lesbarkeit leidet teilweise darunter, dass manches „zu gut gemeint“ ist, einerseits zu sehr ausgenutzt, andererseits in der Auswertung kryptisch, nicht wirklich „auf den Punkt gebracht“. Manche Tests und Übungen scheinen zu lang, pseudo-genau; ihr Nutzen wird erst am Ende klar. Kurz: Es braucht einiges an Geduld und gutem Willen bzw. einen ziemlichen Leidensdruck, wenn man das wirklich vollständig durcharbeiten will. Dennoch – es lohnt sich: Man findet u. a. viele hilfreiche Instrumente wie das „Störblatt“, das „Mitarbeitergespräch mit sich selbst“, das „Drehbuch“ für das eigene Leben oder die „Einkaufsliste“ für virtuelle Güter – alles einfache, sehr effektive Hilfsmittel, um sich selbst besser kennenzulernen, externe Einflüsse zu identifizieren und letztlich etwas ändern zu können.

Fazit: Eine lohnende, wenn auch nicht leichte Lektüre für alle Ärzte, die spüren, dass sie in ihrem Alltag etwas ändern müssen. „Es gibt keine Geheimnisse, die in einem Buch veratet werden können. Sie selbst wissen alles, was Sie für ein gutes Leben brauchen. Aber ein Buch kann Sie an Ihr Wissen heranzuführen.“ Genau das tut dieses Werk.

Thomas Kohlhaufen



Thomas Kohlhaufen ist Arzt für Innere Medizin, Sozialmedizin und Medizinische Informatik. Er leitet die Stabsstelle Wissensmanagement beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) in Essen.



Was ist neu im DRG-System 2010? (Teil 2)

Neuerungen im OPS-Katalog und Überarbeitung der DKR

Neben den Neuerungen im ICD-10-GM (siehe BDI aktuell 12/09) gab es für 2010 auch Änderungen im OPS-Katalog und den Deutschen Kodierrichtlinien. Diese Neuerungen finden Sie wie in jedem Jahr auf den folgenden Seiten von BDI aktuell.

Neuerungen im OPS-Katalog

Die umfangreichsten Änderungen erfolgten 2010 im OPS-Katalog. Außer Klarstellungen und erweiterten Kodierungsmöglichkeiten wurden analog der Anforderungen der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) Codes für die Eingruppierung der Patienten geschaffen. Zudem erfolgt eine Trennung der Anwendungsmöglichkeiten verschiedener Komplexcodes in den stationären Bereichen nach § 17 b bzw. § 17 d KHG. Für letzteren wurden differenzierte Komplexcodes für die Behandlung psychiatrischer Patienten geschaffen. Neu eingeführt wurden auch die Codes für die Abbildungen der Leistungen des Pflegepersonals bei hochaufwendigen Patienten. Für die Abbildung von Materialkombinationen liegen 2010 unterschiedliche Kodieranleitungen für den stationären bzw. ambulanten Bereich vor.



Kapitel 1

Diagnostische Maßnahmen (1-10...1-99)

Biopsie ohne Inzision (1-40...1-49)

Unter dem Code 1-40 *Biopsie ohne Inzision an Nervensystem und endokrinen Organen* wird neu die Möglichkeit zur Kodierung der *Endosonographischen Biopsie an endokrinen Organen* mit 1-408 eingeführt. An der 5. Stelle kann die *Nebenniere* kodiert werden, hier erfolgt auch der Hinweis, dass eine *Endosonographie* gesondert zu kodieren ist (3-05a). Ebenfalls an der 5. Stelle kann die *Endosonographische Biopsie an sonstigen oder n.n.b. Organen* kodiert werden.

Biopsie durch Inzision (1-50...1-58)

In diesem Abschnitt werden zahlreiche Codes gestrichen, die aufgrund des oberflächlichen Zuganges zu dem Organ bei der Kodierung gehäuft die Frage aufwarfen, ob deshalb überhaupt eine Inzision vorlag. Der Code 1-500 *Biopsie an Haut und Unterhaut durch Inzision* wird mit sämtlichen

Möglichkeiten der Verschlüsselung an der 5. Stelle gestrichen. Ebenfalls gestrichen sind die Codes für die *Biopsie an der Konjunktiva* bzw. *an der Kornea durch Inzision* unter 1-52 *Biopsie an Augen und Augenangengebilden durch Inzision*. Gestrichen ist der Code 1-530 *Biopsie an der Ohrmuschel durch Inzision* und unter 1-54 *Biopsie an Mund, Mundhöhle und Pharynx durch Inzision* die Kodierungsmöglichkeiten für die *Biopsie durch Inzision an der Lippe, der Zunge, am Vestibulum oris und am Gaumen*. Unter dem Code 1-545 *Biopsie an anderen Strukturen des Mundes und der Mundhöhle durch Inzision* ist neu das Exklusivum eingefügt, dass Biopsien an der Mundschleimhaut mit dem Code 1-420 ff. *Biopsie ohne Inzision an Mund und Mundhöhle* zu verschlüsseln sind. Konsequenterweise fällt auch dann die Möglichkeit der Kodierung der *Biopsie durch Inzision an Gingiva und Wangenschleimhaut* weg (1-545.0 bzw. 1-545.2). Gestrichen ebenfalls die Codes unter 1-558 *Biopsie an Analkanal, Analrand und Perianalregion durch Inzision* mit allen Fünfstellern. Bei den Codes 1-562 *Biopsie an anderen Harnorganen durch Inzision* bzw. 1-571 *Biopsie an Uterus und Cervix uteri durch Inzision* wird neu das Exklusivum der *Endoskopische Biopsien* 1-46 ff. bzw. 1-47 ff. eingefügt. Bei den *Biopsien am Penis durch Inzision* (1-564) bzw. *am weiblichen Perineum durch Inzision* (1-574) bzw. *am männlichen Perineum* (1-566) bzw. *an anderen Organen und Geweben durch Inzision* (1-589) wird auf die entsprechenden Codes für Biopsien an der Haut durch Exklusiva hingewiesen (*Biopsie an der Haut des Penis* 1-463.3, *Biopsie an der Haut des Perineums beim Mann* 1-463.9, *Biopsie an der Haut des Perineums bei der Frau* 1-470.6 bzw. *Biopsie an der Haut* 1-490 ff.).

Diagnostische Endoskopie (1-61...1-69)

Bei den Diagnostischen Endoskopien der oberen Atemwege wird neu der Code 1-613 *Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop* eingeführt mit dem Exklusivum *Diagnostische Laryngoskopie* (1-610 ff.) bzw. *Diagnostische Pharyngoskopie* (1-611 ff.) sowie ebenfalls neu der Code 1-683 für die *Diagnostische Sialendoskopie der Glandula submandibularis oder der Glandula parotis*.

Funktionstests (1-70...1-79)

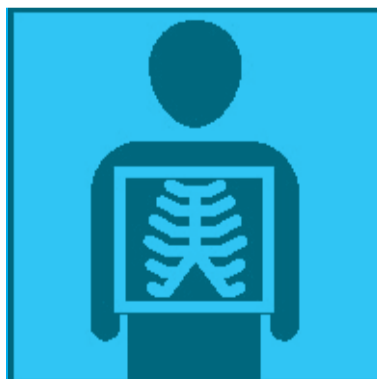
Bei 1-79 *Physiologischen Funktionstests* findet sich neu der Code 1-798

für die *Instrumentelle 3D-Ganganalyse* mit der Möglichkeit der Verschlüsselung an der 5. Stelle nach Art der Untersuchung.

Unter 1-991 *Molekulares Monitoring der Resttumorlast* ist das Inklusivum *Patienten mit ALL* gestrichen. Mit dem Code 1-992 *Durchführung von Genmutationsanalysen bei soliden bösartigen Neubildungen* ist ein neuer Code zur Abbildung von diagnostischen Maßnahmen geschaffen, worunter Analysen zur Therapieplanung und -steuerung z. B. K-RAS bei Kolonkarzinom oder HER2-neu bei Mammakarzinom fallen. Der Code ist nur einmal pro stationärem Aufenthalt anzugeben und exkludiert die *Komplexe neuropädiatrische Diagnostik* bzw. die *Basisdiagnostik bei unklaren Symptomen bei Neugeborenen und Säuglingen mit erweiterter genetischer Diagnostik* (1-942.2 bzw. 1-944.1).

Andere diagnostische Maßnahmen (1-90...1-99)

Die bereits bekannten OPS-Codes unter 1-90 *Psychosomatische, psychotherapeutische, (neuro-)psychologische, psychosoziale und testpsychologische Untersuchung* zeigen 2010 einen neuen Hinweis. Dieser besagt, dass Codes aus diesem Bereich nur für Leistungen anzugeben sind, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17 b KHG erbracht wurden. Neu sind die OPS-Codes 1-903 bzw. 1-904, mit denen die *Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen* bzw. *bei Kindern und Jugendlichen* kodiert werden können. Diese beiden Codes können allerdings nur für Leistungen angegeben werden, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17 d KHG (!) erbracht wurden. Beide Prozeduren können sowohl für die voll- als auch für die teilstationäre Behandlung verwendet werden. Die komplexen Codes beinhalten umfangreiche Mindestmerkmale und Ausschlüsse. An der 5. Stelle kann die Zeitdauer kodiert werden, wobei hier keine Anrechnung der Zeitdauer auf die Codes aus 9-60 bis 9-69 möglich ist.



Kapitel 3

Bildgebende Diagnostik (3-03...3-99)

Ultraschalluntersuchungen (3-03 ... 3-05)

Hier ist der Abschnitt 3-03 *Komplexe differentialdiagnostische Sonographie mit digitaler Bild- und Videodokumentation* mit dem Hinweis eingefügt, dass der untersuchende Arzt Facharzt

im jeweiligen Fachgebiet sein muss. Hier kann mit der Differenzierungsmöglichkeit an der 4. Stelle die *Komplexe differentialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmitteln* bzw. die *Komplexe differentialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie* verschlüsselt werden. Bei letzterer sind die *Ergometrische und pharmakologische Stress-Echokardiographie* sowie die *Stress-Echokardiographie mit Kontrastmittel* inkludiert. Bei der *Komplexen differentialdiagnostischen Sonographie mit Kontrastmittel* (3-030) wird eine vorab durchgeführte Farbdopplersonographie vorausgesetzt.

Computertomographie (CT) (3-20...3-26)

Unter dem Code 3-224 *Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel* wird neu die Möglichkeit der Verschlüsselung der *CT-Koronarangiographie* eingeführt (3-224.3). Zur Verschlüsselung wird allerdings die Durchführung der CT-Koronarangiographie mindestens mit einem 64-Schicht-Multidetektorgerät vorausgesetzt.

Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren (3-70...3-76)

Im Abschnitt 3-70 *Szintigraphie* wird neu der Code 3-70d zur Verschlüsselung der *Teilkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik* eingeführt. Mit 3-70d.0 kann die *Teilkörper-Szintigraphie des Herzens mit rezeptorgerichteten Substanzen* bzw. die *Teilkörper-Szintigraphie mit 123-Jod-Meta-Jod-Benzylguanidin* verschlüsselt werden bzw. mit 3-70d.x *Sonstige*. Unter dem Code 3-724 *Teilkörper-Single-Photon-Emissionscomputertomographie ergänzend zur planaren Szintigraphie* kann jetzt neu an der 5. Stelle das Organ (Knochen/Herz/Sonstige) kodiert werden.

Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren (3-99...3-99)

Die Codes aus 3-99 dürfen nicht als selbständige Codes benutzt werden und sind nur im Sinne einer Zusatzkodierung zulässig. Trotz dieses Hinweises erfolgte neu unter dem Code 3-996 zusätzlich zur Klarstellung der gesonderte Hinweis, dass dieser Code *Anwendung eines 3D-Bildwandlers* als Zusatzcode zu einem Code aus dem Kapitel 5 angegeben werden kann.



Kapitel 5

Operationen (5-01...5-99)

Operationen am Nervensystem (5-01...5-05)

Unter 5-02 *Andere Operationen an Schädel und Gehirn* werden bei 5-020 *Kranioplastik* Codes zur Differenzierung der Lokalisation bzw. der Art des Materials eingeführt. Bei der Anlage eines Liquorshuntes wird neu darauf hingewiesen, dass die Implantation eines *telemetrischen Shuntsensors* gesondert zu kodieren ist (5-023.3). Der genannte Code ist neu eingeführt. Unter 5-029 *Andere Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten* wird die Möglichkeit der Kodierung der Implantation bzw. der Entfernung von Knochenankern geschaffen.

Operationen an den Augen (5-08...5-16)

Unter 5-16 *Operationen an Orbita und Augapfel* werden neue Codes eingeführt, um die Verwendung des Bulbusplatzhalters nach Art des Einsatzes verschlüsseln zu können.

Operationen an den Ohren (5-18...5-20)

Unter dem Code 5-209.2 *Einführung eines Kochleaimplantates* wird neu die Verschlüsselung des Einsatzes einer gehörerhaltenden bzw. nicht gehörerhaltenden Einzelelektrode geschaffen.

Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen (5-21...5-22)

Unter dem Code 5-215 *Operationen an der unteren Nasenmuschel* wird neu darauf hingewiesen, dass die gleichzeitige Operation an der mittleren Nasenmuschel im Code enthalten ist. Unter 5-22 *Operationen an den Nasennebenhöhlen* werden neue Codes für die Ballondilatationen im Bereich der Nasennebenhöhlen eingeführt. Der Code 5-269 *Andere Operationen an Speicheldrüse und Speicheldrüsenausführungsgang* kann jetzt neu bis zur 6. Stelle die Art der Entfernung eines Steins oder Fremdkörpers bzw. die Dilatation im Rahmen einer Sialendoskopie der Glandula submandibularis oder der Glandula parotis verschlüsselt werden.

Operationen an Lunge und Bronchus (5-32...5-34)

Der Code 5-339.6 *Plastische Deckung bronchialer oder vaskulärer Anastomosen und Nähte* erhält neu das Inklusivum: *Plastische Deckung eines Bronchialstumpfes*.

Operationen am Herzen (5-35...5-37)

In den Hinweisen zu diesem Abschnitt wird klargestellt, dass eine Volumenreduktion im Rahmen der Anwendung der Herz-Lungen-Maschine nicht gesondert zu kodieren ist. Unter 8-85 *Extrakorporale Zirkulation und Behandlung von Blut* werden für den Code 8-851 *Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine)* Kodierungsmöglichkeiten zur Verschlüsselung der Anwendung mit oder ohne Ballonokklusion geschaffen. Analog dieser Erweiterung werden im Abschnitt 5-35 *Operationen an Klappen und Septen des Herzens und herznaher Gefäße* die Codes der tiefen oder profunden Hypothermie erweitert, um auch hier die Anwendung mit oder

ohne intraaortale Ballonokklusion verschlüsseln zu können. Ohne hier auf die einzelnen OPS-Schlüssel einzugehen, wird darauf hingewiesen, dass bei jeder Prozedur, die die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine inkludiert, die zusätzlich anzugebenden Codes für den Einsatz der Herz-Lungen-Maschine in tiefer oder profunder Hypothermie analog ergänzt wurden.

Auch unter dem Code 8-851 *Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine)* erfolgt neu der Hinweis, dass eine Volumenreduktion im Rahmen der Anwendung der Herz-Lungen-Maschine nicht gesondert zu kodieren ist. Unter 5-35a *Minimalinvasive Operationen an Herzklappen* wird der Code 5-35a.4 neu zur Kodierung der *Endovaskulären ventrikulären Mitralklappenrekonstruktion* geschaffen, die die transösophageale Echokardiographie inkludiert.

Bei der Anlage eines aortokoronaren Bypasses (OPS 5-361 bzw. 5-362) wird neu darauf hingewiesen, dass die offen chirurgische Entnahme zur Transplantation im Code enthalten ist, aber die endoskopische Entnahme eines Gefäßes zur Transplantation gesondert zu kodieren ist (5-38b ff.). Im Abschnitt 5-37 *Rhythmuschirurgie und andere Operationen an Herz und Perikard* erfolgt unter 5-376 *Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch* der Hinweis, dass bei einem isolierten, nicht offen chirurgischen Pumpenwechsel der Code entsprechend der neu eingesetzten Pumpe zu wählen ist.

Unter 5-377 *Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators* erfolgt zusätzlich der Hinweis, dass die Verwendung eines MRT-fähigen Herzschrittmachers gesondert zu kodieren ist (5-394), analog erfolgt der Hinweis unter 5-378 *Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators*. Mit diesem Code können jetzt auch neu an der 6. Stelle zusätzliche Messfunktionen von Defibrillatoren verschlüsselt werden.

Unter 5-378.9 *Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators* kann neu bei der Systemumstellung an der 6. Stelle nach Art der Umstellung differenziert kodiert werden.

Unter 5-379 *Andere Operationen an Herz und Perikard* findet sich neu der Code 5-379.9 zur Verschlüsselung der *Implantation, Wechsel oder Entfernung eines epikardialen Ventrikel-Unterstützungssystems*, wobei hier an der 6. Stelle die Implantation bzw. der Wechsel oder die Entfernung kodiert wird.

Unter 5-379.a kann die *Anwendung eines Klammernahtgerätes bei Gefäß-anastomosen* verschlüsselt werden, bei diesem Code handelt es sich um einen Zusatzcode, die jeweils durchgeführte Operation ist gesondert zu kodieren.

Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)

In diesem Abschnitt erfolgt neu der Hinweis, dass die *offen chirurgische Implantation von Stents*, die *offen chi-*

urgische Angioplastie (5-38c ff., 5-38d ff., 5-38e ff., 5-38f ff.) sowie die *intraoperative Anwendung eines Embolieprotektionssystems* gesondert zu kodieren sind (5-399.e). Die Lokalisationsangaben sind erfreulicherweise um die Gefäßprothesen und weitere Gefäße ergänzt und als Ganzes aus dem Abschnitt 5-38 herausgenommen worden und finden sich nun am Anfang des Abschnitts *Operationen an den Blutgefäßen (5-38...5-39)* unter den Exklusiva und Hinweisen.

Unter 5-381 *Enderteriektomie* wird der Hinweis durch den Zusatz ergänzt, dass die Enderteriektomie aus Gefäßprothesen an der 5. Stelle entsprechend der Region für den proximalen Anschluss und in der 6. Stelle mit dem jeweiligen Code für die Gefäßprothese zu kodieren ist.

Unter 5-384 *Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta* ist der Code 5-384.8 *Aorta ascendens, Aortenbogen und Aorta descendens mit Hybridprothese* gestrichen und in den Code 5-384.9 überführt mit der Möglichkeit der Kodierung nach Anzahl der Prothesen an der 6. Stelle. Zusätzlich wird der Code 5-384.a *Aorta thoracoabdominalis oder Arteria iliaca mit Hybridprothese* neu geschaffen, ebenfalls mit der Möglichkeit der differenzierten Verschlüsselung der Anzahl der Prothesen an der 6. Stelle. Unter dem OPS 5-386 *Andere Exzision von erkrankten Blutgefäßen und Transplantatentnahme* findet sich eine neue Exklusivum: die *Endoskopische Entnahme eines Gefäßes zur Transplantation* ist mit 5-38b ff. zu verschlüsseln. Der Hinweis, dass bei einer endoskopischen Arterien- oder Venenentnahme zur Transplantation der Zusatzcode 5-986 für die minimalinvasive Technik anzugeben ist, ist gestrichen. Unter dem neu geschaffenen Code 5-38b *Endoskopische Entnahme von Blutgefäßen zur Transplantation* ist die Verschlüsselung nach der Lokalisation bis zur 6. Stelle möglich.

Für die differenzierte Verschlüsselung von Stentanlagen wurden bereits bestehende Schlüssel erweitert bzw. neue Codes eingeführt. Unter 5-38a *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen* kann jetzt bis zur 6. Stelle neu die Art des Materials, zum Teil verknüpft mit der Lokalisation, kodiert werden (Bifurkations- oder Rohrprothesen mit Anzahl der Seitenarme bzw. Fenestrierungen). Für die offen chirurgischen Implantationen von Stents werden drei neue Codes eingeführt: 5-38c *Offen chirurgische Implantation von nicht großlumigen ungecoverten Stents*, 5-38d *Offen chirurgische Implantation von nicht großlumigen gecoverten Stents* bzw. 5-38e *Offen chirurgische Implantation von großlumigen ungecoverten Stents*. Bei allen drei Codes handelt es sich um Zusatzcodes zu den jeweiligen Operationen aus den Bereichen 5-38 *Inzision, Exzision und Verschluss von Blutgefäßen* bzw. 5-39 *Andere Operationen an Blutgefäßen*. Ebenfalls für alle drei neuen Codes gilt der Hinweis, dass diese nicht verwendet werden dürfen, wenn die alleinige Inzision eines Gefäßes als Zugang

(ohne weitere Maßnahmen, wie z. B. eine Embolektomie oder eine Thrombektomie) als primäres Verfahren durchgeführt wurde. In diesen Fällen ist ein Code aus dem Bereich 8-84 *Perkutan-transluminale Stentimplantation* zu verwenden. Die angeführten Lokalisationen, an der 6. Stelle zu kodieren, beziehen sich jeweils auf das Gefäß, in das der Stent eingebracht wurde. Die Anzahl der Stents wird über die 5. Stelle verschlüsselt. Auch für die *offen chirurgische Angioplastie (Ballon)* wird ein neuer Code eingeführt (5-38f.), für den ebenfalls die genannten Hinweise gelten. Unter 5-39 *Andere Operationen an Blutgefäßen* findet sich ebenfalls ein neuer Code, über den die intraoperative Anwendung eines Embolieprotektionssystems zu verschlüsseln ist. Auch bei diesem Code (5-399.e) handelt es sich um einen Zusatzcode, wobei die jeweilige Gefäßoperation gesondert zu kodieren ist.

Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (5-40...5-41)

Zur Verschlüsselung einer *Regionalen Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation (5-406)* wurde eine weitere Differenzierung eingefügt. Unter 5-406.9 können jetzt auch die *Mesenterialen Lymphknoten* verschlüsselt werden, wobei im Hinweis dargestellt wird, dass zu den Mesenterialen Lymphknoten die Lymphknoten an folgenden Gefäßstämmen gehören: Arteria mesenterica superior, Arteria mesenterica inferior, Arteria ileocolica, Arteria colica dextra, Arteria colica media, Arteria colica sinistra, Arteria sigmoidea.

Operationen am Verdauungstrakt (5-42...5-54)

Um die *Endoskopische submukosale Dissektion an Magen* bzw. *Ösophagus* verschlüsseln zu können, wird jeweils ein neuer Code eingeführt (5-422.24 bzw. 5-433.24).

Unter 5-458 *Erweiterte Kolonresektion mit Entfernung von Nachbarorganen* wird klargestellt, dass nicht nur die Lymphknoten des regionalen Lymphabflussgebietes sondern auch das Omentum majus nicht zu den Nachbarorganen gehört. Der gleiche Hinweis erfolgt unter 5-484.7 *Erweiterte anteriore Resektion mit Entfernung von Nachbarorganen*. Hier werden allerdings die Nachbarorgane neu noch weiter differenziert durch Hinzufügen von Gebärmutter und Blase.

Operationen an den Harnorganen (5-55...5-59)

Bei den Operationen an der Niere erfolgt eine Klarstellung. Die *Operative Dilatation eines Nephrostomiekanals mit Einlegen eines dicklumigen Nephrostomiekatheters (mindestens 10 Charr.)* kann mit dem neuen Code 5-550.6 verschlüsselt werden. Unter 5-557.a *Dilatation eines rekonstruktiven Nephrostomas* wird neu das Exklusivum des *Wechsels eines Nephrostomiekatheters ohne operative Dilatation (8-138.0)* und exklusiv der

Code 5-550.6 eingefügt. Unter 8-138 *Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters* werden die Exklusiva entsprechend ergänzt.

Bei den OPS 5-594 *Suprapubische (urethrovessikale) Zügeloperation (Schlingenoperation)* bzw. 5-598 *Suspensionsoperation (Zügeloperation) bei Harninkontinenz des Mannes* wird neu darauf hingewiesen, dass die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung gesondert unter 5-932 zu kodieren ist. Bei der Verwendung von alloplastischem Material kann jetzt neu nach der Adjustierbarkeit verschlüsselt werden (5-594.30 bzw. 5-594.31). Unter dem Code 5-602 *Transrektale und perkutane Destruktion von Prostatagewebe* wird der Code 5-602.4 *Durch magnetische Nanopartikel* neu eingefügt mit dem Hinweis, dass mit diesem Code die Installation von magnetischen Nanopartikeln zu kodieren ist, wobei die nachfolgende Thermotherapie gesondert kodiert wird (8-651).

Unter den Codes 5-704 *Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik* bzw. 5-707 *Plastische Rekonstruktion des kleinen Beckens und des Douglasraumes* werden neue 6-stellige Codes eingeführt, um den Zugang bzw. der Art der OP bzw. das Material differenziert verschlüsseln zu können.

Geburtshilfliche Operationen (5-72...5-75)

Unter dem Code 5-73 *Andere Operation zur Geburtseinleitung und unter der Geburt* findet sich der Hinweis für einzelne Vier- bzw. Fünfsteller, dass die Überwachung und Leitung einer normalen Geburt oder einer Risikogeburt gesondert zu kodieren ist (9-260 bzw. 9-261). Analog wird bei dem Code 5-75 *Andere geburtshilfliche Operationen* verfahren.

Operationen an den Bewegungsorganen (5-78...5-86)

2009 wurde unter 5-786.9 *Materialkombinationen* im Abschnitt 5-786 *Osteosyntheseverfahren* der Hinweis eingefügt, dass dieser Code im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17 b KHG) nicht zu verwenden ist. Dafür sind bei Kombinationen von Osteosynthesematerialien während eines Eingriffes alle Komponenten einzeln zu kodieren. Dieser Hinweis gilt für 2010 weiter und wird auf alle Codes aus Abschnitt 5-79 *Reposition von Fraktur und Luxation*, die die Materialkombinationen abbilden, ausgedehnt. Damit liegen unterschiedliche Kodieranleitungen für den stationären und den ambulanten Bereich vor.

Bei den *Operationen am Gelenk, Knorpel und an den Menisken (offen chirurgisch oder arthroskopisch, 5-801 bzw. 5-812)* wird klargestellt, dass der künstliche Meniskus den Kollagenmeniskus bzw. den Meniskus aus Polyurethan inkludiert. Im neu eingefügten Exklusivum wird darauf hingewiesen, dass die *Entfernung bzw. Implantation eines interpositionellen, nicht verankerten Implantates am Kniegelenk* über 5-823.e bzw. 5-822.c zu kodieren ist. Bei den *Arthrodesen (5-808)* kann jetzt neu bis zur 6. Stelle die Anzahl

der Kleinzehegelenke verschlüsselt werden.

Bei den Codes 5-822 *Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk* bzw. 5-823 *Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk* wird unter 5-822.8 *Patellaersatz* bzw. 5-823.5 *Wechsel eines Patellaersatzes* der Hinweis eingefügt, dass bei liegender Knieendoprothese die Revision (ohne Wechsel) derselben nicht gesondert zu kodieren ist. Zur differenzierten Erfassung des Wechsels oder der Entfernung einer Schultergelenksprothese als Teil oder komplett werden neue Codes unter 5-825 *Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität* geschaffen. Gleiches gilt für die Sprunggelenkendoprothese, wo unter 5-827.1 *Wechsel einer Sprunggelenkendoprothese* bis zur 6. Stelle differenziert werden kann.

Unter dem Code 5-842 *Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger* wird der Hinweis durch den Zusatz ergänzt, dass plastisch-chirurgische Maßnahmen wie die lokale Lappenplastik (z. B. Z-Plastik) oder die Hauttransplantation gesondert zu kodieren sind (5-902 ff bzw. 5-903 ff.).

Operationen an Haut und Unterhaut (5-89...5-92)

Im Abschnitt 5-89 *Operationen an Haut und Unterhaut* werden Klarstellungen eingefügt. Unter 5-893 *Chirurgische Wundtoilette (Wunddebridement) und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut* werden die Exklusiva erweitert. Hier finden sich jetzt die *Lokale Exzision oder lokale Kürettage von Schweißdrüsen (5-894.2)* bzw. *Radikale Exzision oder radikale Kürettage von Schweißdrüsen (5-895.6)*. Bei dem Code 5-894.2 *Exzision von Schweißdrüsen* handelt es sich neu um die lokale Exzision von Schweißdrüsen analog dem voranstehenden 4-stelligen Code 5-894, zusätzlich wird das Inklusivum der *Lokalen Kürettage von Schweißdrüsen* eingefügt. Zur *Radikalen Exzision von Schweißdrüsen* steht neu der Code

5-895.6 zur Verfügung, der die radikale Kürettage von Schweißdrüsen inkludiert und als Exklusivum die *Axilläre Saugkürettage von Schweißdrüsen (5-911.3)* nennt. Neu eingefügt auch der Code 5-895.5 *Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut, mit Transplantation oder Transposition, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)* mit dem Hinweis, dass die Art der durchgeführten Transplantation gesondert zu kodieren ist (5-902 ff.).

Unter den Codes 5-902 *Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle* bzw. 5-903 *Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut* erfolgt neu der Zusatz, dass falls mehrere Transplantationen an derselben anatomischen Region durchgeführt werden, die Flächen aller verwendeten Transplantate zu addieren sind. Dies gilt nicht für mehrere kleine Transplantate, die an unterschiedlichen Regionen transplantiert werden.

Unter 5-909.3 kann neu die *Implantation einer Dopplersonde zum Monito-*

ring eines freien Gewebetransfers kodiert werden.

Unter 5-915 *Destruktion von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut* kann jetzt an der 5. Stelle die klein- bzw. großflächige Elektrochemotherapie gesondert kodiert werden.

Zusatzinformationen zu Operationen (5-93...5-99)

Mit 5-934 kann neu die Verwendung eines MRT-fähigen Herzschrittmachers kodiert werden bzw. mit 5-98b die Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops.



Kapitel 6

Medikamente (6-00...6-00)

Unter dem OPS-Kode 6-00 *Applikation von Medikamenten* erfolgt im Hinweis eine Klarstellung. Die Applikation von zytostatischen Chemotherapeutika, Immun- bzw. antiretroviraler Therapie ist bekanntermaßen mit einem Kode aus 8-54 zu kodieren und zusätzlich ggf. mit einem Kode aus Kapitel 6 Medikamente, wobei jetzt neu darauf hingewiesen wird, dass letzteres für jedes kodierbare Medikament (z.B. Zytostatika, Antikörper und Supportivmedikamente) gilt. Darüber hinaus finden sich umfangreiche Änderungen im Kapitel Medikamente mit Verschiebungen von bereits kodierbaren Medikamenten in neue Kodes mit der zusätzlichen Möglichkeit der Kodierung höherer Dosen und neue OPS zur Kodierung nach Alter bzw. nach Dosierungen. Unter dem Kode 6-005 *Applikation von Medikamenten* zeigt sich eine neue Liste 5 mit weiteren neu zu kodierenden Medikamenten.



Kapitel 8

Nichtoperative therapeutische Maßnahmen (8-01...8-99)

Therapeutische Katheterisierung, Aspiration, Punktion und Spülung (8-14...8-17)

Bei 8-144 *Therapeutische Drainage der Pleurahöhle* kann an der 5. Stelle neu der klein- und großlumige, sonstige bzw. Verweilkatheter kodiert werden. Es erfolgt hier neu der Hinweis, dass

Therapeutische Spülungen der Pleurahöhle gesondert unter 8-173.1 ff. zu kodieren sind.

Strahlentherapie, nuklearmedizinische Therapie und Chemotherapie (8-52...8-54)

Die aufgeführten Chemotherapiecodes wurden inhaltlich aktualisiert, wobei bei den Inklusiva der Satz gestrichen wurde, dass die folgenden Beispiellisten bei Bedarf aktualisiert werden und die jeweils aktuelle Version sich im Internet unter www.dimdi.de Klassifikationen, Prozeduren, OPS befindet.

Der Hinweis zum Abschnitt 8-54 *Zytostatische Chemotherapie, Immuntherapie und antiretrovirale Therapie* wird durch Klarstellungen ergänzt. Fest an Zytostatika gekoppelte Supportivmedikamente werden nicht als zusätzliche Medikamente bzw. Zytostatika im Sinne der Hinweise unter 8-542 *Nicht komplexe Chemotherapie*, 8-543 *Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie* und 8-544 *Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie* gezählt, als Beispiel wird Mesna nach Cyclophosphamid/Ifosfamid bzw. Folsäure nach Methotrexat aufgezählt. Allerdings werden Zytostatika, Antikörper und Supportivmedikamente mit einem eigenen OPS-Kode in Kapitel 6 (Medikamente) zusätzlich zu einem Kode aus 8-54 mit einem Kode aus 6-00 kodiert, als Beispiele werden Oxaliplatin bei Chemotherapie mit FOLFOX, Filgrastim, Lenograstim oder Pegfilgrastim bei Chemotherapie mit CHOP14 bzw. Rituximabgabe alleine oder bei R-DHAP genannt. Diese Klarstellung erfolgte, nachdem Zusatzkodes aus 6-00 formal nicht anerkannt wurden und damit Zusatzentgelte nicht zur Wirkung kamen.

Der Kode 8-542 *Nicht komplexe Chemotherapie* ist durch einen umfangreichen Zusatz ergänzt worden. Bis jetzt fand sich nur der Hinweis, dass der Kode bei subkutaner oder intravenöser Chemotherapie als Ein-Tages-Chemotherapie mit 1-2 Medikamenten zu verwenden ist, wobei jeder Therapieblock (ein- oder mehrtägig hintereinander) einmal zu kodieren ist. Der Hinweis wird nun dadurch ergänzt, dass nur die Tage zählen, an denen eine Chemotherapie appliziert wird. Bei Gaben über Nacht zählt nur der Tag, an dem die Gabe begonnen wurde. Pausen von maximal einem Tag Dauer werden mitgezählt, wenn sie regelhaft zum jeweiligen Chemotherapieprotokoll gehören. Pausen ab zwei Tagen führen dazu, dass ein neuer Kode angegeben werden muss. Es zählen alle zytostatischen Medikamente, unabhängig davon, ob sie über alle zu berechnenden Tage verabreicht wurden oder über weniger Tage. Gezählt werden die verwendeten Zytostatika und nicht die Einzelapplikationen. Entsprechend diesen Hinweisen wurde der Kode 8-542 durch eine 5. bzw. 6. Stelle ergänzt, mit der die Anzahl der Tage bzw. die Anzahl der Medikamente verschlüsselt werden kann. Analog wurde bei dem Kode 8-543 *Mittelgradig komplexe und intensive*

Blockchemotherapie verfahren, wobei hier noch zusätzlich der Hinweis erfolgt, dass bei Gabe von Hochdosis-Methotrexat die Tage mit Spiegelmessung zur Chemotherapie zählen. Unter dem Kode 8-547 *Andere Immuntherapie* wird unter 8-547.0 *Mit nicht modifizierten Antikörpern* das Inklusivum modifiziert: Die aufgezählten Medikamente sind nicht mehr als abschließende Liste sondern als Beispielliste zu sehen.

Frührehabilitative und physikalische Therapie (8-55...8-60)

Bei dem Kode 8-550 *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung* wird jetzt darauf hingewiesen, dass die fachärztliche Behandlungsleitung überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein muss. Zusätzlich erfolgt der Hinweis, dass falls der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zulässt, dies zu dokumentieren ist. Wenn der Zustand des Patienten es erlaubt, ist die Erhebung nachzuholen, gleichzeitig wird auf die Fremdanamnese hingewiesen.

Elektrostimulation, Elektrotherapie und Dauer der Behandlung durch fokussierten Ultraschall (8-63...8-66)

Für die *Thermotherapie mit magnetischen Nanopartikeln* wird der Kode 8-651 angeführt, mit dem Hinweis, dass dieser Kode für jede Anwendung einzeln anzugeben ist, die Instillation der magnetischen Nanopartikel gesondert zu kodieren ist (Kapitel 5) und eine durchgeführte Radio- oder Chemotherapie ebenfalls gesondert zu kodieren ist (8-52 ff. bzw. 8-54 ff.). **Maßnahmen für das Atmungssystem (8-70...8-74)** Unter 8-71 *Maschinelle Beatmung über Maske oder Tubus* wird der Kode 8-712 *Maschinelle Beatmung bei Kindern und Jugendlichen* neu eingefügt. Hier kann unter 8-712.0 *die Atemunterstützung mit kontinuierlichem positiven Atemwegsdruck (CPAP)* kodiert werden. Aus dem Hinweis geht hervor, dass dieser Kode nur für Patienten ab dem Beginn des 2. Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres anzugeben ist und das dieser Kode nur bei intensivmedizinisch versorgten Patienten anzuführen ist.

Maßnahmen für den Blutkreislauf (8-80...8-85)

Unter dem OPS-Kode 8-800.6 *Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate* finden sich jetzt neu weitere Kodierungsmöglichkeiten für eine Anzahl von Thrombozytenkonzentraten von mehr als 39. Der Kode 8-800.7 *Erythrozytenkonzentrat* ist gestrichen und neu in den Kode 8-800.c *Erythrozytenkonzentrat* überführt worden, mit der Möglichkeit der Kodierung von 280 und mehr Transfusionseinheiten. Im Abschnitt 8-82 *Plasmapherese und Immunabsorption* findet sich jetzt ein neuer Kode mit 8-826 *Doppelfiltrationsplasmapherese (DFPP)*, wobei hier an der 5. Stelle die durchgeführte oder nicht durchgeführte Kryofiltrati-

on und an der 6. Stelle die Anzahl der Doppelfiltrationsplasmapherese verschlüsselt werden kann.

Unter dem Kode 8-835 *Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie* wird ein neuer Fünfsteller zur Kodierung der *Kryoablation (8-835.a)* eingeführt, wobei an der 6. Stelle die Lokalisation kodiert werden kann. Konsequenterweise wurde die Kryotherapie im Inklusivum unter 8-835.4 *Ablation mit anderen Energiequellen* gestrichen.

Der Kode 8-836.0 *Perkutan-transluminale Gefäßintervention, Angioplastie (Ballon)* wird durch eine eigene Lokalisationstabelle ergänzt. Hier kann an der 6. Stelle das Gefäß, Gefäßmalformationen und künstliche Gefäße kodiert werden. Der Hinweis wird durch den Zusatz ergänzt, dass die Art des verwendeten Ballons für medikamentenfreisetzende und anti-körperbeschichtete Ballons gesondert zu kodieren ist (8-83b.b).

Die *Atherektomie unter peripherem Embolieschutz* kann unter dem neuen Kode 8-836.w kodiert werden, hier erfolgt der Hinweis, dass die Anwendung eines Embolieprotektionssystems hier nicht gesondert zu kodieren ist.

Bei den *Perkutan-transluminale Gefäßinterventionen an Gefäßen des Lungenkreislaufes (8-838)* kann jetzt neu die *Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie* mit 8-838.j kodiert werden, exkludiert ist das *Legen eines Katheters in die Arteria pulmonalis (8-832.0)*.

Unter 8-83b *Zusatzinformationen zu Materialien* werden neue Kodes zur Verschlüsselung von Materialeigenschaften eingeführt (Art und Anzahl). Der Hinweis unter dem Abschnitt 8-84 *Perkutan-transluminale Stentimplantation* wurde erweitert. Neu ist, dass nicht nur die Lokalisation für die Kodes 8-840 bis 8-846 (*Perkutan-transluminale Implantation von Stents unterschiedlicher Art*), sondern auch für die Kodes 8-848 bis 8-84a (*Perkutan-transluminale Implantation verschiedener Stents*) nach der beigefügten Lokalisationstabelle, die erweitert wurde, zu kodieren ist. Die Lokalisationstabelle differenziert jetzt die extrakraniellen Gefäße des Kopfes und des Halses.

Nur die *Perkutan-transluminale Implantationen eines Wachstumsstents (8-847)* werden nicht nach der Lokalisation verschlüsselt. Neu eingefügt wird der Kode 8-85b *Anwendung von Blutegeln zur Sicherung des venösen Blutabstroms bei Lappenplastiken oder replantierten Gliedmaßenabschnitten*.

Unter dem OPS-Kode 8-853 *Hämofiltration* kann neu bei 8-853.1 *Kontinuierliche arteriovenöse (CAVH) Hämofiltration* die Stundenzahl bis bzw. von mehr als 2400 Stunden kodiert werden. Analog wurde der Kode 8-853.7 *Kontinuierliche, venovenöse pumpengetriebene Hämofiltration, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation* und der Kode 8-853.8 *Kontinuierliche, venovenöse, pumpengetriebene Hämofiltration, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen* erweitert.

Die korrespondierenden Kodes unter 8-854 *Hämodialyse* sind ebenfalls neu mit den Kodierungsmöglichkeiten der Stundenzahl bis bzw. von mehr als 2400 Stunden versehen (8-854.6; 8-854.7). Dasselbe gilt für die Kodes der *Peritonealdialyse (8-857.1 und 8-857.2)* sowie für das *kontinuierliche Dialyseverfahren wegen mangelnder Funktionsaufnahme und Versagen eines Nierentransplantates (8-85a.1)*.

Therapie mit besonderen Zellen und Blutbestandteilen (8-86...8-86)

Unter 8-861 *Entnahme, Aufbereitung und Applikation von Blutbestandteilen zur lokalen Anwendung* kann jetzt bei 8-861.0 *Lokale Applikation von autogenem Thrombozytenkonzentrat* an der 6. Stelle die Art der Gewinnung (Zentrifugation/Filtration/Sonstige) kodiert werden.

Komplexbehandlung (8-97...8-98)

Der Text zum Kode 8-97e *Behandlung des Morbus Parkinson in der Spätphase mit Apomorphin* wurde geändert und heißt nun *Behandlung des Morbus Parkinson in der Spätphase mit Arzneimittelpumpen*. Die *Ersteinstellung mit Apomorphin* findet sich jetzt unter 8-97e.0 und die *Ersteinstellung mit L-Dopa-Gel* unter dem neu geschaffenen Kode 8-97e.2, wobei hier in den Hinweisen differenzierte Mindestmerkmale formuliert werden. Unter 8-97e.3 findet sich jetzt neu die *Dosis- und Therapiekontrolle und Optimierung einer Behandlung mit L-Dopa-Gel*.

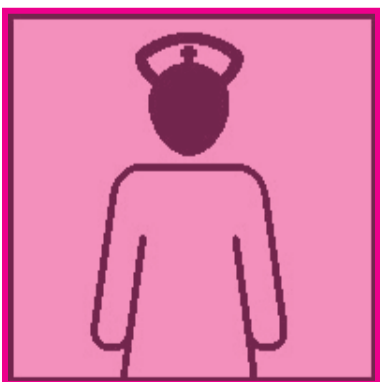
Bei der *intensivmedizinischen Komplexbehandlung (Basisprozedur) 8-980* wird der Hinweis durch den Zusatz ergänzt, dass die Behandlungsleitung bei einem Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin liegt. Sofern die Zusatzweiterbildung noch nicht vorliegt, ist zur Aufrechterhaltung bereits bestehender Versorgungsangebote übergangsweise bis zum Jahresende 2012 eine vergleichbar mehrjährige Erfahrung in der Intensivstation ausreichend.

Bei den Komplexkodes 8-981 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* und 8-98b *Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* erfolgt eine Änderung bei den Mindestmerkmalen: Die Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes zur Früherkennung von Schlaganfallprogression, Rezidiv und anderen Komplikationen muss 6-stündlich mit einem maximalen Abstand nachts von 8 Stunden erfolgen. Bei der *Multimodalen rheumatologischen Komplexbehandlung (OPS 8-983)* wird bei den Mindestmerkmalen hingewiesen, dass der Einsatz diagnosebezogene Instrumente zur Beurteilung der Krankheitsintensität nicht erfolgen muss, sofern dieser bei einer Diagnose oder zu einem bestimmten Zeitpunkt medizinisch nicht sinnvoll ist (z. B. BASDAI bei chronischer Polyarthrit oder die erneute Messung mit dem FFbH bei Entlassung).

Bei der *Multimodalen Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus* (OPS-Kode 8-984) erfolgt bei den Mindestmerkmalen der Zusatz, dass bei Kindern und Jugendlichen die Therapie auch unter Einbeziehung von Eltern und/oder anderen Bezugspersonen erfolgen soll und dass bei alleiniger Behandlung von Kindern und Jugendlichen, z. B. in Kinderkliniken, die kontinuierliche Vorhaltung und Durchführung differenzierter Behandlungsprogramme, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 ausreichend ist. Mit dem zuletzt genannten Zusatz fallen die Mindestmerkmale der kontinuierlichen Vorhaltung und Durchführung differenzierter Behandlungsprogramme, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus 2, Insulinpumpentherapie, Bluthochdruck, Adipositas, Dyslipidämie, Nephropathie und schweren Hypoglykämien für Kinder und Jugendliche weg.

Die Prozedur 8-985 *Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker (qualifizierter Entzug)* wird mit dem Hinweis versehen, dass ein Kode aus diesem Bereich nur für Leistungen anzugeben ist, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17 b KHG erbracht wurden.

Der Kode 8-98c *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)* ist gestrichen und in den deutlich erweiterten Komplexkode 8-98d *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)* überführt wurden. Hier können jetzt neu an der 5. Stelle die Summe der Aufwandspunkte kodiert werden, wobei diese sich aus der Summe der Punktzahlen für die einzelnen Kriterien pro Tag berechnen. In die Bestimmung der Aufwandspunkte fließt das Alter und die Vorerkrankungen der Kinder und Jugendlichen ein, der Aufnahmezustand, aber auch Vitalparameter wie der Blutdruck und die Herzfrequenz, Laborbefunde und Beatmungsparameter sowie die Bewusstseinslage und apparative bzw. invasive Verfahren. Die maximal pro Tag erreichbare Punktzahl beträgt 196. Eine Übersicht zur Berechnung der Punkte findet sich im Anhang des OPS. Die Mindestmerkmale für das ärztliche und pflegerische Personal wurden ebenfalls erweitert bzw. präzisiert.



Kapitel 9

Ergänzende Maßnahmen (9-20...9-99)

Pflege und Versorgung von Patienten (9-20...9-20)

An den Anfang des Kapitels 9 „Ergänzende Maßnahmen“ wird ein neuer Kode zur *Hochaufwendigen Pflege von Patienten* (9-20) gesetzt. Über die 4. Stelle wird entweder die Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen oder die Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen oder aber die Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern kodiert. Über die 5. Stelle wird jeweils die Gesamtzahl der Aufwandspunkte kodiert, die über den Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) für Erwachsene (PKMS-E), Kinder und Jugendliche (PKMS-J) und Kleinkinder (PKMS-K) ermittelt werden. Die sich aus diesen Scores ergebenden Aufwandspunkte werden täglich addiert, die gesamte Zahl der Aufwandspunkte errechnet sich dann aus der Summe der täglich ermittelten Punkte über die Verweildauer des Patienten. Aufwandspunkte die am Aufnahme- und/oder Entlassungstag entstehen werden mitgezählt. Die pflegerischen Leistungen werden durch examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger/innen oder unter deren Verantwortung erbracht. Die zu verwendenden Parameter des PKMS und die Nutzungshinweise sind im Anhang zum OPS zu finden. Bei den PKMS handelt es sich um ein von der Expertengruppe des Deutschen Pflegerates entwickeltes Instrument zur Abbildung der Pflege von hochaufwendigen Patienten im Krankenhaus auf „Normalstationen“. Die hochaufwendige Pflege geht über die normale volle Übernahme von Pflegetätigkeiten in definierten Leistungsbereichen hinaus. Die Gründe für die hochaufwendige Pflege sind einmalig und bei Änderungen des Patientenzustandes zu erfassen und die Pflegeinterventionen sind durch eine tägliche (Kalendertag) Leistungsdokumentation nachzuweisen. In den Nutzungshinweisen zum Pflegekomplexmaßnahmen-Score im Anhang des OPS wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der PKMS nur auf der „Normalstation“ zu kodieren ist. Es sind keine Kalendertage auf Intensivstationen, Überwachungseinheiten, Intermediate-Care-Stationen, Stroke-Units etc. für die Kodierung des PKMS heranzuziehen. Am Verlegungstag von „Normalstationen“ auf eine der genannten Einheiten werden die Aufwandspunkte nicht verwendet, am Tag der Rückverlegung auf die „Normalstation“ kann der PKMS bestimmt werden. Zu beachten ist, dass falls ein Leistungsmerkmal zutreffen soll, einer der Gründe für die hochaufwendige Pflege in dem entsprechenden Leistungsbereich vorlegen muss und gleichzeitig ein entsprechendes aufgeführtes Pflegeinterventionsprofil zutreffen muss.

Psychosoziale, psychosomatische, neuropsychologische und psychotherapeutische Therapie (9-40...9-41)

Die Abschnitte 9-40 *Psychosoziale, psychosomatische und neuropsychologische Therapie* und 9-41 *Psychotherapie* sind durch den Hinweis ergänzt worden, dass ein Kode aus diesem Bereich nur für Leistungen anzuge-

ben ist, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17 b KHG erbracht wurden.

Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60...9-64)

Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-65...9-69)

Absolut neu im Kapitel 9 sind die Abschnitte *Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen* (9-60...9-64) bzw. *Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen* (9-65...9-69). Für die Prozeduren aus diesem Bereich gilt der Hinweis, dass diese nur für Leistungen anzugeben sind, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17 d KHG erbracht wurden. Die gleichzeitige somatische Diagnostik und Behandlung ist gesondert zu kodieren.

Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60...9-64)

Zusätzlich zu den bereits genannten Hinweisen finden sich für diese Kodes noch folgende Voraussetzungen für deren Verschlüsselung:

- Durchführung einer wöchentlichen multiprofessionellen Teambesprechung zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs.
- Die Behandlung erfolgt als ärztlich induzierte Diagnostik und Therapie im therapeutischen Milieu mit Bezug auf das Lebensumfeld des Patienten.
- Die Anwendung von Therapieverfahren erfolgt in individuell auf den Patienten abgestimmten Kombinationen und Dosierungen.

Die neu geschaffenen 3-stelligen Kodes beziehen sich auf die *Regelbehandlung* (9-60) bzw. *Intensivbehandlung* (9-61) bzw. die *Psychotherapeutische Komplexbehandlung* (9-62) und die *Psychosomatisch-Psychotherapeutische Komplexbehandlung* (9-63) bei *psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen*.

Der neue OPS 9-64 bietet *Zusatzinformationen zur Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen* und gliedert sich in drei 4-stellige Kodes, die Zusatzkodes sind und nur in Zusammenhang mit den Kodes aus 9-60 bzw. 9-61 bzw. 9-62 bzw. 9-63 in zum Teil festgelegten Kombinationsmöglichkeiten angegeben werden können.

Die Kodes 9-640 und 9-641 charakterisieren einen erhöhten Aufwand (*erhöhter Behandlungsaufwand* bzw. *kriseninterventionelle Behandlung*) und sind für jeden Behandlungstag gesondert anzugeben.

9-640 *Erhöhter Behandlungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstö-*

rungen bei Erwachsenen kann nach Zeitdauer bzw. der Anzahl der Therapeuten bis zur 6. Stelle differenziert kodiert werden. Dieser Kode, wie auch die Kodes 9-641 *Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen* und 9-642 *Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen* beinhalten umfangreiche Hinweise und Mindestmerkmale, die Anforderungen an die Qualifikation des ärztlichen, psychologischen und pflegerischen Personals darstellen, wie auch Anforderungen an die Infrastruktur des Krankenhauses sowie die Dokumentation bzw. medizinischen Voraussetzungen für die Anwendbarkeit der Kodes.

Im Gegensatz zu den Zusatzinformationen aus 9-64 stellen die Kodes 9-60 bis 9-63 sogenannte Primärkodes dar. Diese Primärkodes schließen sich gegenseitig in der Kodierung aus. Bei allen Primärkodes erfolgt der Hinweis, dass die entsprechenden Zusatzkodes aus 9-64 bzw. 1-903 bei Bedarf anzuwenden sind. Alle Primärkodes sind in der Regel einmal pro Woche anzugeben, wobei in den Hinweisen genaue Erläuterungen zur Bestimmung der Zeitspanne gegeben werden. Therapieverfahren an Wochenenden, Feiertagen, Aufnahme- oder Entlassungstagen sind ebenfalls zu berücksichtigen. Der Begriff der Therapieeinheit wird für alle Primärkodes definiert. Eine Therapieeinheit entspricht einer zusammenhängenden Therapie von mindestens 25 Minuten als Einzeltherapie bzw. entspricht Gruppentherapie von mindestens 25 Minuten einer viertel Therapieeinheit, wobei bei Gruppentherapien die Gruppengröße auf maximal 9 Patienten begrenzt ist. Für die Berechnung der Therapieeinheiten wurden zur Erläuterung Tabellen mit Darstellung der Zeitstaffelung eingefügt. Leistungen die durch Mitarbeiter in Ausbildung erbracht werden, werden bei der Berechnung der Therapieeinheiten nicht berücksichtigt.

An der 4. Stelle der Primärkodes kann die jeweilige Therapieeinheiten erbringende Berufsgruppe verschlüsselt werden, an der 5. Stelle die Anzahl der Therapieeinheiten. Für die Kodierung sind die durch die jeweilige Berufsgruppe erbrachten Therapieeinheiten zu addieren. Die Kodes können mit Ausnahme 9-61 *Intensivbehandlung* sowohl für die voll- als auch die teilstationäre Behandlung angewendet werden.

Zusätzlich wurden die Kodes 9-60 bis 9-63 mit differenzierten Mindestmerkmalen zur Qualifikation des Personals, zur Zusammensetzung des Personals, zu den angewandten Verfahren und zu den Patientenvoraussetzungen sowie zur Diagnostik versehen.

Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-65...9-69)

Die OPS-Kodes für die Behandlung bei Kindern und Jugendlichen wurden analog der Kodes für die Behandlung der Erwachsenen konzipiert und auf die besonderen Bedürfnisse bei Kindern und Jugendlichen zugeschnitten.

Es finden sich neu die Kodes 9-65 *Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern*, 9-66 *Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen*, 9-67 *Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen* und 9-68 *Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Auch hier schließen sich die Kodes in der Verschlüsselung gegenseitig aus und können mit Ausnahme des Kodes 9-67 *Intensivbehandlung* sowohl für die voll- als auch die teilstationäre Behandlung verwendet werden. Formal sind die Kodes analog der Erwachsenenkode strukturiert, wobei die Hinweise und Mindestmerkmale den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen entsprechend modifiziert und ergänzt wurden. Unter 9-69 finden sich *Zusatzinformationen zur Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen*, die sich allerdings hier nur in einem einzelnen 4-Steller widerspiegeln: 9-690 *Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Auch dieser Kode ist nur ein Zusatzkode und kann nur in Kombination mit den Schlüsseln aus 9-65, 9-66, 9-67 bzw. 9-68 angegeben werden. Dieser Kode ist für jeden Behandlungstag mit kriseninterventioneller Behandlung gesondert anzugeben. Auch hier finden sich differenzierte Mindestmerkmale.

Andere ergänzende Maßnahmen und Informationen (9-98...9-99)

Unter dem neu eingefügten OPS 9-98 finden sich Prozeduren zur Behandlung in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatriepersonalverordnung liegen. Es erfolgt der Hinweis, dass sich die Definitionen der Behandlungsarten nach der Psychiatriepersonalverordnung richten. Die Prozeduren gliedern sich in vier neue 4-Steller:

- 9-980 *Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatriepersonalverordnung liegen, Bereich allgemeine Psychiatrie*
- 9-981 *Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatriepersonalverordnung liegen, Bereich Abhängigkeitskranke*

– 9-982 *Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatriepersonalverordnung liegen, Bereich Gerontopsychiatrie*

– 9-983 *Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatriepersonalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie*

Diese sind jeweils mit dem Hinweis versehen, dass Codes aus diesem Bereich zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel des Behandlungsbereiches anzugeben sind. An der 5. Stelle kann jeweils die Behandlungsart (regel- oder intensiv- bzw. rehabilitative Behandlung usw.) kodiert werden.

Deutsche Kodierrichtlinien Version 2010

Wie jedes Jahr erfolgte auch eine redaktionelle Überarbeitung des Manuskriptes der Vorgängerversion von 2009, die Anpassung an die aktuellen ICD-Kodes der Version 2010 (ICD-10-GM), sowie an die OPS-Version 2010 und an die G-DRG-Klassifikation 2010. Die Richtlinien mit inhaltlichen Änderungen bzw. neue Kodierrichtlinien wurden in der fortlaufenden Nummerierung mit „i“ bezeichnet. In der Summe sind die Änderungen in der DKR für 2010 moderater Natur und stellen überwiegend Anpassungen an die Änderungen im OPS-Katalog bzw. ICD-10-GM 2010 dar. Entscheidend für die zukünftige Kodierung sind die DKR D003i Nebendiagnosen mit der Gleichstellung von Symptomen mit den Nebendiagnosen sowie die Mehrfachkodierung von Krankheitsbildern bei der Erfüllung eines Aufwandfaktors für mehrere Krankheitsbilder.

Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten

D002f Hauptdiagnose

In der DKR D002f Hauptdiagnose wurde unter dem Absatz „Schlüsselnummern aus Z03.0 bis Z03.9 – Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen“ der letzte Absatz geändert. Hieß es bis einschließlich 2009, dass wenn zwei oder mehrere Befunde/Symptome bei der Beobachtung des Verdachtsfalles für die Hauptdiagnose in Frage kommen, vom behandelnden Arzt diejenige auszuwählen ist, die für Untersuchung und/oder Behandlung die meisten Ressourcen verbraucht hat, so fällt jetzt neu der Zusatz „Untersuchung und/oder Behandlung“ weg. Auszuwählen ist jetzt nur noch nach dem höchsten Ressourcenverbrauch.

D003i Nebendiagnosen

Für Kodierungszwecke müssen Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, wenn das Patientenmanagement in der folgenden Weise beeinflusst ist: durch therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhtem Betreuungs-/Pflege- und/oder Überwachungsaufwand.

Eine gravierende Änderung ergibt sich nun neu ab einschließlich 2010 durch den Zusatz, dass bei Patienten, bei denen einer dieser erbrachten Faktoren auf mehrere Diagnosen ausgerichtet ist, alle betroffenen Diagnosen kodiert werden können. Erläutert wird dieser Zusatz durch ein neues Beispiel (Beispiel 1) eines Patienten, der wegen einer koronaren Herzkrankheit, arteriellem Hypertonus und Herzinsuffizienz mit einem Betablocker behandelt wird und hier aufgrund des therapeutischen Aufwandes (Gabe eines Betablockers) alle drei genannten Krankheitsbilder als Nebendiagnosen kodiert werden können.

Der Abschnitt „Symptome als Nebendiagnose“ wurde neu geregelt. Für Symptome gelten nun die Regelungen zur Kodierung von Nebendiagnosen. Die Frage, ob es sich um eine Diagnose oder ein Symptom handelt, ist im Zusammenhang mit der Kodierung von Nebendiagnosen nicht mehr relevant. Im Beispiel 6 erfolgt die Erläuterung durch das Krankheitsbild einer fortgeschrittenen alkoholischen Leberzirrhose mit ausgeprägtem Aszites, der klinisch wirksam ist. Dieser wird u.a. mittels Entlastungspunktionen behandelt. In diesem Falle wird als Nebendiagnose der Aszites kodiert. Aus dem Anhang B der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2010 geht hervor, dass die Selbstverwaltung eine Überdokumentation von Symptomen zu vermeiden empfiehlt. Zum Beispiel ist die zusätzliche Kodierung von Kopfschmerzen bei Migräne nicht beabsichtigt.

D012i Mehrfachkodierung

Im Abschnitt „Ausrufezeichenkodes“ wurde vor Tabelle 1 (optional anzugebende mit einem Ausrufezeichen gekennzeichnete Kategorien/Kodes) der Hinweis angebracht, dass die in dieser Tabelle aufgeführten Ausrufezeichenkodes angegeben werden können, wenn dies aus klinischer Sicht sinnvoll ist. Zusätzlich zu den bereits vorhandenen Schlüsselnummern aus Kapitel XX (Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität V, W, X, Y) wurden folgende Codes neu der Tabelle 1 hinzugefügt:

U05.-! Nicht belegte Schlüsselnummern
U99.-! Nicht belegte Schlüsselnummern
Z33! Schwangerschaftsfeststellung als Nebenergebnis

Z50.-! Rehabilitationsmaßnahmen
Z54.-! Rekonvaleszenz

Erläutert wird die Anwendung der Codes durch das Beispiel 9. Hier wird eine Patientin mit Mittelhandfraktur aufgenommen, wobei nebenbefundlich eine Schwangerschaft in der 6. Schwangerschaftswoche festgestellt und überwacht wird. Zusätzlich zur Kodierung der Hauptdiagnose *S62.32 Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens* wird hier u.a. als Nebendiagnose *Z33! Schwangerschaftsfeststellung* als Nebenergebnis kodiert.

Alle Ausrufezeichenkodes, die in Tabelle 2 aufgeführt sind, sind jetzt neu obligat anzugeben. Der Zusatz „bei Vorliegen bestimmter Diagnosen“ wurde gestrichen, ebenso der Hinweis, dass diese Ausrufezeichen-

kodes bei anderen Situationen angegeben werden können, wenn dies aus klinischer Sicht sinnvoll ist.

Neu wurde hier der Code *B98.-! Sonstige näher bezeichnete infektiöse Erreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind* hinzugefügt sowie der Code *I67.80! Vasospasmen bei Subarachnoidalblutung, K72.7-! Hepatische Enzephalopathie und Koma hepaticum, N39.47! Rezidivinkontinenz und S06.7-! Bewusstlosigkeit bei Schädelhirntrauma*. Die Codes *U05.-!* und *U99.-!* *Nicht belegte Schlüsselnummern* wurden gestrichen, da sie neu in Tabelle 1 übernommen wurden.

D013c Im Systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen
Unter dem Absatz „Geschweifte Klammer“ erfolgte eine Anpassung an die aktuellen Formalia der ICD-10-GM. Die „Geschweifte Klammer“ wurde durch einen senkrechten Strich ersetzt.

D013c Im Systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen

Unter dem Absatz „Geschweifte Klammer“ erfolgte eine Anpassung an die aktuellen Formalia der ICD-10-GM. Die „Geschweifte Klammer“ wurde durch einen senkrechten Strich ersetzt.

Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren

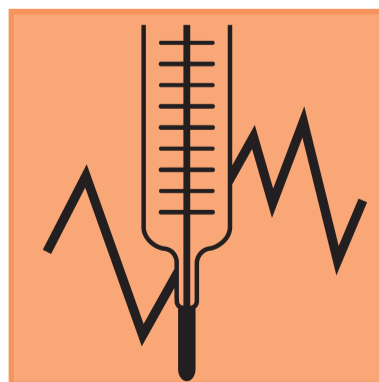
P012d Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl

In dieser DKR erfolgte eine Klarstellung zur Kodierung von Prozeduren, die nach Größe, Zeit oder Anzahl unterschieden sind. Der Zusatz, dass falls keine Größen-, Mengen- oder Zeitangaben verfügbar sind, der Code für die kleinste bzw. zeitlich kürzeste Einheit zu verwenden ist, wurde gestrichen. Es sind weiterhin die Mengen- bzw. Zeitangaben zu addieren und die Summe einmal pro Aufenthalt zu kodieren. Als Bezugsdatum ist aus pragmatischen Gründen der Tag der ersten Leistung zu wählen.

P014e Prozeduren, die normalerweise nicht verschlüsselt werden

Aus der Beispieltabelle für nicht kodierbare Prozeduren (Tabelle 1) wurde die Mammographie bei den konventionellen Röntgenuntersuchungen gestrichen und bei den Sonographien darauf hingewiesen, dass Endosonographien und die komplexe differentialdiagnostische Sonographie mit digitaler Bild- und Videodokumentation kodiert werden können. Grund für diese Änderungen sind die in den OPS-Katalog aufgenommenen entsprechenden Prozeduren.

Spezielle Kodierrichtlinien

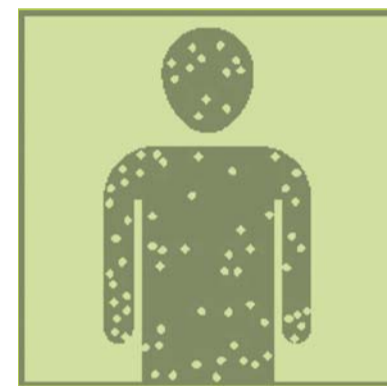


Kapitel 1

Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten

0101f HIV/AIDS

Bei den HIV-Kodes wurde neu der ICD-Kode *O98.7 HIV-Krankheit (Humane Immundefizienz-Viruskrankheit), die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert* neu aufgenommen. Darüber hinaus erfolgt in dem Abschnitt „Reihenfolge und Auswahl der Codes“ der Hinweis, dass, sofern die Erkrankung, die hauptsächlich für die Veranlassung des Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist, die HIV-Krankheit ist, der entsprechende Code aus B20-B24 (außer B23.0) oder O98.7 als Hauptdiagnose zu verwenden ist. Der Zusatz „als Hauptdiagnose“ wurde neu aufgenommen.



Kapitel 2

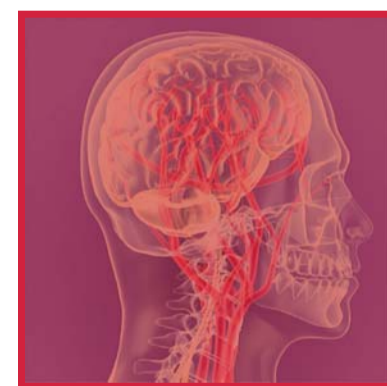
Neubildungen

0201f Auswahl und Reihenfolge der Codes

Im Abschnitt „Diagnosen“ erfolgte im letzten Absatz vor dem Beispiel 4 eine Anpassung an den ICD-Kode *C80.- Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation*.

0215h Lymphom

In die Liste der Codes, die bei Lymphomen nicht zuzuordnen sind, wurde der neue Code *C79.9 Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation* aufgenommen.



Kapitel 6

Krankheiten des Nervensystems

0601i Schlaganfall

Liegt in der Anamnese ein Schlaganfall vor, mit gegenwärtig bestehenden neurologischen Ausfällen, so werden diese entsprechend der DKR D003 Nebendiagnosen kodiert und danach ein Code aus *I69.- Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit* zugewiesen. In dieser DKR fehlte bis jetzt der Hinweis, dass die Residuen analog der Nebendiagnosendefinition kodiert werden, so dass diese häufig ohne

entsprechenden Aufwand verschlüsselt wurden.



Kapitel 10

Krankheiten des Atmungssystems

1001h Maschinelle Beatmung

Im Abschnitt „kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck (CPAP)“ wurde ergänzend der neu in den OPS-Katalog aufgenommene Code *8-712.0 Maschinelle Beatmung bei Kindern und Jugendlichen: Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP)* aufgenommen.



Kapitel 15

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

In den DKR 1505a, 1509a und 1519e erfolgten Anpassungen an die Änderungen in dem Codebereich *O60.- Vorzeitige Wehen und Entbindung*.

Dr. med. Christine Kopf-Schiller

Korrespondenz

Dr. med. Christine Kopf-Schiller
Fachbereich Krankenhaus
Team für Sonderaufgaben Versorgungsstrukturen
MDK Bayern
Putzbrunnerstr. 73
81739 München

Diabetologie

Welches Insulin-Schema ist das beste?

Bisher konnte für keines der bekannten Insulin-Schemata eine Überlegenheit nachgewiesen werden. In der aktuell publizierten 4-T-Studie von R. Holman et al. wurde unter Fortsetzung der bisherigen oralen antidiabetischen Medikation und in der Kombination mit entweder basalem oder prandialem Insulin im Vergleich zur Kombination mit einem Mischinsulin häufiger ein HbA_{1c}-Wert von $\leq 6,5\%$ erreicht. *N Engl J Med 2009; 361: 1736–1747*

In die 3-jährige, offene, multizentrische „Treating to Target in Type-2-Diabetes“ (4-T)-Studie haben die Autoren 708 Typ-2-Diabetiker mit unbefriedigender Stoffwechsellage unter maximal tolerierter Dosis von Metformin und Sulfonylharnstoff eingeschlossen. Randomisiert erhielten die Teilnehmer entweder 2 × täglich Mischinsulin (inklusive Insulin Aspart), prandiales Insulin Aspart 3 × täglich oder 1 × bzw. 2 × täglich das langwirksame Insulinanalogon Detemir. Die Therapie mit Sulfonylharnstoff wurde unterbrochen und durch Insulin ersetzt, wenn sich andernfalls der HbA_{1c}-Wert nicht unter 6,5 % absenken lies. Zielparame- ter waren HbA_{1c}, Anteil der Patienten mit HbA_{1c}-Werten von 6,5 % und darunter, Hypoglykämierate und Gewichtsverlauf.

Der durchschnittliche HbA_{1c}-Wert war in den 3 Gruppen (Mischinsulin 7,1 %; prandiales Insulin 6,8 % und Insulin Detemir 6,9 %) vergleichbar (p=0,28). Allerdings erreichten mit Mischinsulin weniger Patienten HbA_{1c}-Werte von 6,5 % oder darunter (31,9 %) als mit prandialem Insulin (44,7 %; p=0,006) oder mit Insulin Detemir (43,2 %; p=0,03). Die durch-

schnittliche Zahl an Hypoglykämien pro Patientenjahr war am geringsten mit Insulin Detemir (1,7), höher mit Mischinsulin (3,0) und am höchsten mit prandialem Insulintherapie (5,7; jeweils p<0,001). Das Körpergewicht stieg im Laufe der 3-jährigen Studie um durchschnittlich 5,7 kg unter Mischinsulin, um 6,4 kg unter prandialem Insulintherapie und um 3,6 kg unter Insulin Detemir. Andere Nebenwirkungen waren in den 3 Gruppen vergleichbar häufig.

● **Fazit**

Bei Typ-2-Diabetikern mit unbefriedigender Stoffwechsellage unter maximal tolerierter Dosis von Metformin und Sulfonylharnstoff wird durch die Kombination mit entweder Mischinsulin, prandialem Insulin oder Insulin Detemir der HbA_{1c}-Wert vergleichbar stark gesenkt. Allerdings verfehlen Patienten mit Mischinsulin häufiger den HbA_{1c}-Zielwert von 6,5 %. Unter der Therapie mit Insulin Detemir traten weniger Hypoglykämien auf und es wurde eine geringere Gewichtszunahme berichtet.

Dr. med. Winfried Keuthage

Pharmakologie

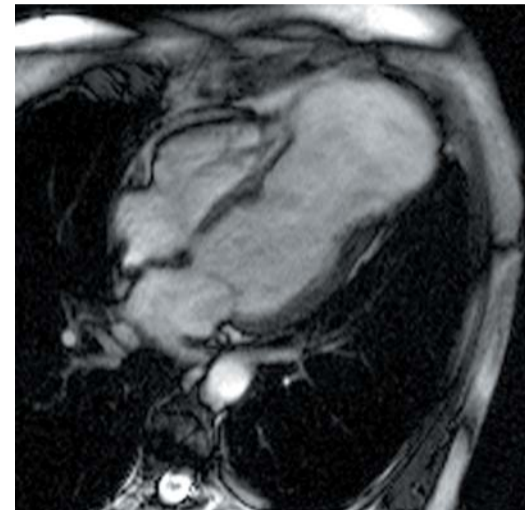
Depression und KHK: Verstärken Omega-3-Fettsäuren die Sertralinwirkung?

Die Gabe von Omega-3-Fettsäuren kann die Wirkung von Antidepressiva verstärken. In der vorliegenden Studie untersuchten R. M. Carney et al. von der School of Medicine an der Universität Washington, ob depressive Patienten mit koronarer Herzkrankheit nach der Gabe von Omega-3-Fettsäuren verstärkt auf Sertralin ansprechen. *JAMA 2009; 302:1651–1657*

Während der 10-wöchigen Studie erzielte die Behandlung mit Sertralin und Omega-3-Fettsäuren keine Vorteile im Vergleich zur Behandlung mit Sertralin und Placebo.

An der Studie hatten 122 Patienten (durchschnittlich 58 Jahre) mit Depression und koronarer Herzkrankheit (KHK) teilgenommen. Nach einer 2-wöchigen Anfangsphase erhielten die Patienten 10 Wochen randomisiert und doppelblind 50 mg/Tag Sertralin sowie 2 g/Tag Omega-3-Fettsäuren (930 mg Eicosa-pentaensäure und 750 mg Docosahe-xaensäure) oder Placebokapseln mit Maisöl.

In strukturierten Interviews zu Studienbeginn und -ende sowie wöchentlichen telefonischen Interviews gaben



Omega-3-Fettsäuren verstärken nicht die Wirkung von Antidepressiva bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit. Die Abbildung zeigt eine Wandausdünnung in der apikalen Ventrikelhälfte in der Enddiastole bei koronarer Herzkrankheit. (Bild: P. Hunold u. F. Breuckmann, Bildgebende Kardiagnostik, M. Thelen et al., Georg Thieme Verlag KG 2007, Stuttgart).

die Teilnehmer Auskunft über Nebenwirkungen und medizinischen Status. Als Hauptergebnisse zählten die erreichten Punktzahlen auf der Hamilton Depressionsskala (HAM-D) (17 Punkte) und in Becks Depression Inventory (BDI-II) (21 Punkte). Zu Beginn und Ende der Studie wurde den Patienten zudem Blut genommen, um die Konzentration der Fettsäuren zu kontrollieren.

Die Auswertung der BDI-II-Ergebnisse zeigte, dass die Depressionssymptome sich in beiden Gruppen in vergleichbarem Maße verbesserten. Nach 10 Wochen betrug der durchschnittliche BDI-II-Wert in beiden Gruppen 14,8, auf der Hamilton-Skala

lag er bei 9,4 (vs. 9,3). Auch die Rückfallraten unterschieden sich nicht.

● **Fazit**

Die These, dass die Gabe von Omega-3-Fettsäuren die Wirkung eines Antidepressivums verstärkt, wird durch die Studienergebnisse nicht unterstützt. Trotzdem sollte in weiteren Untersuchungen geklärt werden, ob eine veränderte Behandlungsdauer, ein anderes Verhältnis der Fettsäuren zueinander oder größere Mengen von Sertralin oder Omega-3-Fettsäuren bei depressiven Patienten mit koronarer Herzkrankheit die Wirkung von Sertralin verstärken.

Annett Zündorf

Die Beiträge sind erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2009; 134: 2373 bzw. 2376). Alle Rechte vorbehalten.

– Anzeige –

Notfall-Defibrillator
 AED + Monitoring Kombisystem
 statt 4460 € nur **1499 €** + MWST.
 Tel. 0800-111 0 511 tägl. 8-22h
www.herzmedica.de

Impressum

BDI aktuell wird vom Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) e.V. herausgegeben und erscheint im Georg Thieme Verlag KG. Die Zeitung erscheint monatlich mit Doppelnummer im August/September. BDI-Mitglieder erhalten BDI aktuell im Rahmen ihres BDI-Mitgliedsbeitrags.

Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) e.V. • www.BDI.de • Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden • Tel.: 0611/181 33-0 • Fax: 0611/181 33-50 • E-Mail: info@BDI.de
 • Präsident: Dr. med. Wolfgang Wesjack • kommissarischer Geschäftsführer: Tilo Radau

Georg Thieme Verlag KG Stuttgart New York • www.thieme.de • Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart • Tel.: 0711/8931-0, Fax: 0711/8931-235 • E-Mail: BDI-aktuell@thieme.de

Redaktion:

Chefredakteur: Dr. med. Hans-Friedrich Spies (HFS), V.i.S.d.P. • Redaktion (Mantelteil): Dr. med. Stefanie Conrads (SC) • Layout-Entwurf (Mantelteil): Michael Zimmermann • Layoutentwurf und Redaktion (Kongresse & Services) sowie Herstellung und Layout: Andrea Hartmann
 • Druck: Vogel Druck und Medienservice GmbH, Leibnizstraße 5, 97204 Höchberg

Weitere Mitarbeiter und Autoren dieser Ausgabe: Klaus Schmidt (KS) sowie die namentlich unter den Artikeln genannten Autorinnen und Autoren

Anzeigenverwaltung/-leitung: Manfred Marggraf, pharmedia Anzeigen- und Verlagsservice GmbH, Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart, Tel.: 0711/8931-464, Fax: 0711/8931-470, E-Mail: manfred.marggraf@pharmedia.de • Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 6.

Kleinanzeigen schicken Sie bitte an die BDI-Geschäftsstelle (Adresse s.o.) oder an GAltenburg@bdi.de

Wichtiger Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Heft eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass die Autoren und der Verlag große Sorgfalt daran verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung der Zeitung entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in dieser Zeitung abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers. Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen. Geschützte Warennamen werden nicht in jedem Fall besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright: Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.



Anzeige 167x118

Kardiologie

Vorhofflimmern durch Glukokortikoide

Es ist bekannt, dass Glukokortikoide das Risiko für Schlaganfälle, Herzinfarkte und Herzinsuffizienz erhöhen. Unklar ist die Studienlage jedoch bezüglich des Risikos für Vorhofflimmern und -flattern. Christiansen et al. gingen nun dieser Frage nach. *Arch Intern Med* 2009; 169: 1677–1683

Die Autoren machten mit Hilfe von Datenbankeinträgen aus einer Ursprungspopulation von 1,7 Mio. Menschen diejenigen Personen ausfindig, die zwischen Januar 1999 und Dezember 2005 wegen eines neu aufgetretenen Vorhofflimmerns oder -flatterns stationär behandelt wurden. Jedem dieser Fälle ordneten sie aus der Bevölkerung 10 nach Alter und Geschlecht angepasste Kontrollen zu. In einer weiteren Datenbank fahndeten sie nach Ver-

ordnungen von Glukokortikoiden. Lag die Verschreibung maximal 60 Tage zurück, definierten sie dies als

gegenwärtige Einnahme, lag sie länger zurück, als frühere Einnahme. In der Folge überprüften sie, ob Vorhofflimmern bzw. -flattern mit der Einnahme der Medikamente korrelierte.

Die Autoren konnten 20 221 Patienten mit Vorhofflimmern oder -flattern identifizieren, denen sie 202 130 Kontrollen zuordneten. Von den Fällen nahmen 1288 (6,4 %) gegenwärtig Glukokortikoide ein, 2375 (11,7 %) hatten diese Medikamente in der Vergangenheit eingenommen. In der Kontrollgruppe lauteten die

entsprechenden Zahlen 5245 (gegenwärtige Einnahme, 2,6 %) und 19 940 (frühere Einnahme, 9,9 %). Somit hatten Patienten, die aktuell Glukokortikoide nahmen, ein annähernd verdoppeltes Risiko für Vorhofflimmern oder -flattern mit einer Odds Ratio (OR) von 1,92. Für Patienten, die dieses Medikament neu verordnet bekommen hatten, betrug die OR 3,62, bei Langzeiteinnahme 1,66. Bei Patienten, die früher einmal Glukokortikoide eingenommen hatten, war das Risiko mit einer OR von 1,00 nicht erhöht.

● Fazit

Eine gegenwärtige Einnahme systemischer Glukokortikoide erhöht nach Ansicht der Autoren das Risiko für Vorhofflimmern und -flattern.

Dr. med. Johannes Weiß

Der Beitrag ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2009; 134: 2374). Alle Rechte vorbehalten.

Infektiologie

H1N1: Welche Patienten sind besonders gefährdet?

Mit steigenden Erkrankungszahlen wächst die Besorgnis über die neue Influenza A (H1N1). Eine amerikanische Studie ermittelte jetzt klinische und epidemiologische Faktoren, die mit besonders schwerwiegenden Verläufen vergesellschaftet waren. *JAMA* 2009; 302: 1896–1902

Laut J. Louie et al. gefährdet die Infektion besonders Kinder und alte Menschen. Krankenhausaufenthalte waren bei jungen Patienten häufiger und Ältere hatten ein gesteigertes Mortalitätsrisiko. Von April bis August 2009 traten in Kalifornien 1088 Fälle auf, die eine Hospitalisierung erforderten und/oder einen fatalen Ausgang hatten (=schwere Verläufe). Die meisten Erkrankungsfälle wurden im Juni und Juli verzeichnet. 32 % waren Kinder <18 Jahre. Das Durchschnittsalter aller Patienten betrug 27 Jahre und war damit niedriger als bei der herkömmlichen saisonalen Influenza.

Auf 100 000 Fälle kamen 2,8 schwere Verläufe. Die Hospitalisierungsrate der Kinder <1 Jahr war mit 11,9 hoch (>70-Jährige: 1,5). Umgekehrt waren die Daten zur Mortalität, die bei den Schwerekranken insgesamt 11 % betrug. Von 118 Sterbefällen traten nur 8 (7 %) bei Kindern auf. Besonders häufig betroffen war die Altersgruppe der >50-Jährigen. 60 % der Kinder und 72 % der Erwachsenen, bei denen eine Krankenhausaufnahme notwendig war oder die starben, hatten begünstigende Grunderkrankungen. Von 268 Patienten mit bekanntem Body-Mass-Index (BMI) hatten 156 (58 %) einen Wert ≥ 30 . Oftmals lagen auch in dieser Gruppe gleichzeitig andere Krankheiten vor (Asthma, Herzkrankheiten, Immunsuppression und Nierenschäden).

Die Infektion mit dem H1N1-Virus präsentierte sich überwiegend als Erkältung mit Husten, Fieber und Atemnot. 66 % der Röntgenbilder zeigten pneumonische Infiltrate oder Hinweise auf ein akutes Lungenversagen (ARDS). Gastrointestinale Symptome mit Übelkeit oder Durchfall kamen bei 20–30 % der

Erwachsenen und damit häufiger als bei der saisonalen Influenza vor. Der H1N1-Schnelltest hatte bei Patienten >18 Jahre mit 57 % eine geringe Sensitivität (Kinder 85 %). Bei einer Klinikaufnahme war in 31 % der Fälle eine intensivmedizinische Betreuung notwendig. Mehr als die Hälfte dieser Patienten musste beatmet werden. 20 % der Schwangeren, die stationär betreut wurden, kamen auf die Intensivstation. Diese Frauen waren meistens im 2. oder 3. Trimenon. Die durchschnittliche Krankenhauserweildauer betrug für alle

Patienten 4 Tage. Von denen mit kompletten klinischen und serologischen Daten erhielten 79 % eine antivirale Therapie mit Neuraminidaseinhibitoren. Eine bakterielle Superinfektion kam selten vor (4 %). *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* und gramnegative Stämme waren die häufigsten Keime.

● Fazit

Krankenhauseinweisungen waren bei Kindern und Sterbefälle bei älteren Patienten häufiger. In Überein-

stimmung mit anderen Beobachtungen lagen oft begünstigende Grundkrankheiten vor. Ob Übergewicht lediglich in Zusammenhang mit Ko-Erkrankungen oder als eigenständiges Risiko zu betrachten ist, müsste Inhalt weiterer Untersuchungen sein. Der wesentliche Unterschied zur saisonalen Influenza bestehe in der Altersverteilung der Patienten und der Frequenz gastrointestinaler Begleitsymptome. Die medikamentöse Behandlung mit antiviralen Medikamenten sei bei 21 % der Patienten trotz einer gesicherten Infektion nicht erfolgt. Dieser Punkt erfordere besondere Aufmerksamkeit, so die Autoren.

Dr. med. Susanne Krome

Der Beitrag ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2009; 134: 2433). Alle Rechte vorbehalten.

Kurzmitteilungen

Neues Therapiekonzept für Anämie-Patienten

Eine isolierte aplastische Anämie kann durch Antierythropoietin-Antikörper verursacht werden, einer Nebenwirkung der Behandlung mit rekombinantem humanem Erythropoietin.

I. Macdougall et al. gingen jetzt der Frage nach, ob ein synthetischer Peptid-basierter Erythropoietin-Rezeptor-Agonist die Erythrozyten-Produktion ankurbelt. In die offene Studie wurden 14 Patienten mit chronischem Nierenversagen eingeschlossen, die über 28 Monate alle 4 Wochen eine subkutane Injektion des Rezeptor-Agonisten erhielten. Im Laufe der Behandlung reduzierte sich der Antierythropoietin-Antikörper-Spiegel bei 13 Patienten; bei einem Patienten entwickelten sich Antikörper gegen den Agonisten. Die Autoren sehen den Erythropoietin-Rezeptor-Agonist als Alternative im Umgang mit Anämie. Das Konzept, dass eine synthetisch hergestellte, Peptid-basierte Komponente die Aktivität eines rekombinanten Proteins imitiert, könnte auch auf andere biologische Systeme mit Protein-Rezeptor-Interaktion übertragen werden, so die Autoren. *scr* (*N Eng J Med* 2009; 361: 1848–1855)

Senkt Glatiramer das Risiko für eine Multiple Sklerose?

Die Studie der PreCISe Forschungsgruppe zeigte, dass die Behandlung von MS-Risikopatienten mit Glatiramer das Potenzial hat, das Risiko einer Manifestation von MS zu senken. Für die Studie wurden 481 Patienten mit klinisch isoliert auftretenden Symptomen (CIS) unifokaler Manifestation und mindestens 2 T2-gewichteten Gehirnläsionen randomisiert in 2 Gruppen eingeteilt. Über einen Zeitraum von 36 Monaten erhielt die eine Gruppe subkutan 20 mg Glatiramer pro Tag, während die Kontrollgruppe Placebo erhielt. Die Autoren der Studie kommen zu dem Ergebnis, dass das Risiko einer klinisch sicher nachgewiesenen Multiplen Sklerose durch Glatiramer möglicherweise reduziert wird, da verglichen mit der Kontrollgruppe 45 % weniger Patienten der Wirkstoffgruppe innerhalb der 36 Monaten erkrankten. Bei den 25 % der Patienten, die im Studienzeitraum an MS erkrankten, konnte der Ausbruch der Krankheit verzögert werden. *hrs* (*Lancet* 2009; 374: 1503–1511)



Hospitalisierung und Mortalität aufgrund von H1N1-Infektionen sind altersabhängig. Begünstigende Grunderkrankungen zählen zu den Risikofaktoren. (Bild: Thieme Verlagsgruppe)