

AMBULANT TÄTIGE OPERATEURE

Kritik an Ausgabenbegrenzung

Berufsverbände ambulant tätiger Operateure drohen damit, ambulante Operationen einzuschränken und Patienten stattdessen ins Kranken-

haus einzuweisen. Auf einer Pressekonferenz unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Ende Januar in Berlin kritisierten sie, dass Honorare für das ambulante Operieren „gedeckelt“ würden, obwohl sie „viel kostengünstiger als in Krankenhäusern“ erbracht würden.

Im Fokus der Kritiker steht das GKV-Finanzierungsgesetz vom 1. Juli 2010, das unter anderem den Ausgabenwuchs für Leistungen außerhalb der morbiditätsorientier-

ten Gesamtvergütung in diesem und im nächsten Jahr auf 0,9 Prozent gegenüber 2010 begrenzt. Der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. med. Andreas Köhler, nannte die Wirkung dieser Gesetzesregelung für ambulante Operationen „widersinnig“. Dadurch werde „ein Leistungsbereich, der Kosten sparen hilft, durch diese Deckelung klein gehalten“. Vertreter des Bundesverbandes für Ambulante Operationen (BAO) verwiesen auf ein Gutachten aus dem Jahr 2010, wonach ein durchschnittlicher ambulanter Operationsfall etwa 290 Euro Ersparnis gegenüber einem stationären Eingriff bringe.

Erschwerend kommt nach Ansicht des Präsidenten des Bundesverbandes der niedergelassenen Chirurgen, Dr. med. Dieter Haack, hinzu, dass durch ein Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 15. Oktober 2010 die regionalen Honorarzuschläge für förderungswürdige ambulante Operationen als unzulässig eingestuft wurden. *litt*



Foto: Klaus Rose

Ambulante Operationen sind oft kostengünstiger als stationäre. Trotzdem sind die Honorare gedeckelt.

ONLINE-ANBINDUNG

KV-SafeNet ist sicher

Das hardwarebasierte virtuelle private Netzwerk KV-SafeNet der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Kassenärztlichen Vereinigungen ist der sicherste Weg der Online-Kommunikation für Ärzte. Auf eine entsprechende Bewertung von Landesdatenschutzern hat der KBV-Vorstand Dr. med. Carl-Heinz Müller hingewiesen. Er dementierte damit Behauptungen des Verbandes Freie Ärzteschaft, wonach sich die KBV nach Gesprächen mit dem Vorsitzenden des Arbeitskreises Technik der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder zu einem Bündel von Maßnahmen bereiterklären musste, um die Sicherheit zu erhöhen.

„Der Datenschutz hat für uns höchste Priorität. Deshalb sind wir von uns aus aktiv auf die Datenschützer zugegangen. Dazu hat es keinen Druck von außen gegeben. Die Darstellung der Freien Ärzteschaft ist daher falsch“, sagte Müller. Er betonte, im KV-SafeNet gebe es keine Sicherheitslücken. Dafür sorgten regelmäßige Überprüfungen. Die Akzeptanz der Datenverarbeitung liege im Interesse der gesamten Ärzteschaft. *EB*

MAMMAKARZINOM: LYMPHADENEKТОMIE HÄUFIG UNNÖTIG

Bei einem Mammakarzinom im Frühstadium kann trotz eines positiven Sentinel-Lymphknotens auf die komplette axilläre Lymphadenektomie verzichtet werden (JAMA 2011; 305: 569–75). Bisher wird die axilläre Lymphadenektomie häufig auf jene Patientinnen beschränkt, bei denen der Wächter- oder Sentinel-Lymphknoten anzeigt, dass der Tumor die ersten lokalen Metastasen gesetzt hat. Dann wird zur Entfernung aller axillären Lymphknoten geraten.

Die randomisierte Z0011-Studie der Oncology Group des American College of Surgeons ging noch einen Schritt weiter. Bei der Hälfte der 891 Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom im Stadium T1–T2 ohne tastbare Lymphknoten wurde nach einem positiven Sentinel-Befund auf eine weitere Lymphadenektomie verzichtet. Diese Strategie war nicht ohne Risiko,

denn in der zweiten Studiengruppe, der im Durchschnitt 17 Lymphknoten (statt nur einem oder zwei Sentinel-Lymphknoten) entfernt wurden, wurden bei 27 Prozent der Frauen weitere Tumornester in der Axilla entdeckt. Man darf davon ausgehen, dass diese in der gleichen Häufigkeit auch bei den Patientinnen ohne komplette axilläre Lymphadenektomie vorhanden waren.

Dennoch war die Rate der axillären Rezidive in beiden Gruppen gleich: 0,9 Prozent nach alleiniger Entfernung der Sentinel-Lymphknoten und 0,5 Prozent nach axillärer Lymphadenektomie. Diese geringe Zahl von Lokalrezidiven ist aller Voraussicht nach der Chemotherapie und der Radiotherapie zu verdanken. Fast alle Patientinnen erhielten eine adjuvante Chemotherapie, und zum Studiendesign gehörte eine tangentielle Radiotherapie: Der Bereich der

Sentinel-Lymphknotenbiopsie und Teile der angrenzenden Axilla lagen im Strahlenfeld.

Im Endergebnis war die Gesamtsterblichkeit, der primäre Endpunkt der Studie, in beiden Gruppen gleich. Wie Armando Giuliano vom John Wayne Cancer Institute in Santa Monica berichtet, starben in der Nachbeobachtungszeit von 6,3 Jahren insgesamt nur 94 Patienten (42 im Sentinel-Biopsie-Arm und 52 im Arm mit zusätzlicher Lymphadenektomie): Die Fünf-Jahresüberlebensrate lag bei 92,5 versus 91,8 Prozent. Die Rate des krankheitsfreien Überlebens betrug 83,9 versus 82,2 Prozent.

Diese Ergebnisse wären vor vier Jahrzehnten noch unvorstellbar gewesen, schreiben die Editorialisten Grant Walter Carlson und William Wood von der Emory Universität in Atlanta (JAMA 2011; 305: 606–7). *Rüdiger Meyer*