

Organ des Berufsverbands Niedergelassener Chirurgen (BNC) und des Bundesverbands Ambulantes Operieren (BAO)



Fernbehandlung und Videosprechstunde

Abwarten oder loslegen? Wie chirurgische Praxen Telemedizin für sich nutzen können

Hernienchirurgie

Dreidimensionale Leistenhernien-Netze – trotz vergleichbarer Qualität vor dem Aus?

Proktologie

Bericht über das 12. Symposium „Aktuelle Proktologie“ des Proktologischen Zentrums Berlin

Praxishygiene

Präoperative Ganzkörper-Desinfektion mit desinfizierender Waschlotion – ist das wirklich sinnvoll?



Qualität die überzeugt

Sterillium® classic pure erhöht die Hautfeuchtigkeit schon nach einer Woche um rund 30 Prozent*. Ein echter Vorteil für eine sichere Händedesinfektion und ein angenehmes Hautgefühl.

* RCTS' Study No. 3295 (2014). Evaluating the effect of a hand sanitizer using an exaggerated handwash method.



**Wir forschen für
den Infektionsschutz**

www.hartmann.de



**Gesundheit ist
unser Antrieb**

Sterillium classic pure: Wirkstoffe: Propan-2-ol, Propan-1-ol, Mecetroniumetilsulfat. **Zusammensetzung:** 100 g Lösung enthalten: Wirkstoffe: Propan-2-ol 45,0 g, Propan-1-ol 30,0 g, Mecetroniumetilsulfat 0,2 g. **Sonstige Bestandteile:** Glycerol 85 %, Tetradecan-1-ol, Gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** Zur hygienischen und chirurgischen Händedesinfektion. Zur Hautdesinfektion vor Injektionen und Punktionen. **Gegenanzeigen:** Für die Desinfektion von Schleimhäuten nicht geeignet. Nicht in unmittelbarer Nähe der Augen oder offener Wunden anwenden. Überempfindlichkeit (Allergie) gegen einen der Wirkstoffe oder der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich kann eine leichte Trockenheit oder Reizung der Haut auftreten. In solchen Fällen wird empfohlen, die allgemeine Hautpflege zu intensivieren. Allergische Reaktionen sind selten. **Warnhinweise:** Die Händedesinfektion dient der gezielten Vermeidung einer Infektionsübertragung z. B. in der Krankenpflege. Sterillium classic pure soll nicht bei Neu- und Frühgeborenen angewendet werden. Die Anwendung bei Säuglingen und Kleinkindern soll erst nach ärztlicher Rücksprache erfolgen. Ein Kontakt der Lösung mit den Augen muss vermieden werden. Wenn die Augen mit der Lösung in Berührung gekommen sind, sind sie bei geöffnetem Lidspalt mehrere Minuten mit fließendem Wasser zu spülen. Ein Umfüllen von einem Behältnis in ein anderes soll vermieden werden um eine Kontamination der Lösung zu vermeiden. Wenn Umfüllen unvermeidbar ist, darf es nur unter aseptischen Bedingungen (z. B. Benutzung von sterilen Behältnissen unter Laminar Air Flow) erfolgen. Erst nach Auftrocknung elektrische Geräte benutzen. Nicht in Kontakt mit offenen Flammen bringen. Auch nicht in der Nähe von Zündquellen verwenden. Flammpunkt 23 °C, entzündlich. Bei bestimmungsgemäßer Verwendung des Präparates ist mit Brand- und Explosionsgefahren nicht zu rechnen. Nach Verschütten des Desinfektionsmittels sind folgende Maßnahmen zu treffen: sofortiges Aufnehmen der Flüssigkeit, Verdünnen mit viel Wasser, Lüften des Raumes sowie das Beseitigen von Zündquellen. Nicht rauchen. Im Brandfall mit Wasser, Löschpulver, Schaum oder CO₂ löschen.

BODE Chemie GmbH, 22525 Hamburg, Melanchthonstraße 27, Tel. +49 40 54006-0.

Inhalt

Berufspolitik

Leitartikel BNC

Mehrarbeit? Ja bitte! Entbudgetierung und damit Bezahlung? Nein danke!

8

Leitartikel BAO

AOP-Patientenakte, AOP-Cloud: Ist Fernbehandlung perioperativ sinnvoll möglich?

12

BAO-Veranstaltungen

NARKA, Mitgliederversammlung und LAOB-Symposium: Informationen aus erster Hand

14

Fernbehandlung und Videosprechstunde

Abwarten oder loslegen? Wie chirurgische Praxen Telemedizin für sich nutzen können

16

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Stimmen zum ersten Gesetzentwurf von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

20

Regional

Ansprechpartner

Kontakt zu den Geschäftsstellen und Regionalverbänden von BNC und BAO

22

Meldungen

Aktuelle Nachrichten aus den ANC, den LAO, KVen und Landesärztekammern

23

Service

Hygienemanagement

Einsatz von „Blended Learning“ für die Qualifikation zur Hygienebeauftragten

26

Cyberkriminalität

Aktuelle Fallbeispiele: Cyber-Attacken auf Arztpraxen sind unbedingt ernst zu nehmen

28

Praxisteam

Abrechnung: Bei im Ausland versicherten Patienten alles richtig machen

30

Aktuelles zum Arztrecht

Aktuelle Urteile und Neuerungen mit Kommentaren des BNC-Justiziaris

32

Aktuelles zum Arztrecht

Datenschutzgrundverordnung: Die Abmahnwelle kommt langsam ins Rollen!

34

Medizin

Leserfragen an unsere Hygieneexperten

Ist die präoperative Ganzkörper-Desinfektion mit desinfizierender Waschlotion sinnvoll?

42

Proktologie

12. Symposium „Aktuelle Proktologie“ des Proktologischen Zentrums Berlin

44

Hernienchirurgie

Dreidimensionale Leistenhernien-Netze – trotz vergleichbarer Qualität vor dem Aus?

48

Verschiedenes

Editorial

Am Thema Fernbehandlung und Telemedizin scheiden sich die Geister

4

Impressum

Kontakt zu Herausgebern, Redaktion, Verlag, Grafik und Anzeigenabteilung

4

Nachrichten

Aktuelle Informationen aus Politik und Wissenschaft

5

Buchtipps

Aktuelle Neuerscheinungen für Chirurgen, Operateure und Anästhesisten

36

Termine

Kongresse, Seminare und Workshops für die fachärztliche Weiterbildung

38

Industrie

Nachrichten und Produktneuheiten unserer Partner aus der Industrie

40

Titelbild: iStockphoto.com/AndreyPopov

SC 5010 SEK Mobiler OP Stuhl

für

- Arthroskopie / Orthopädie
- Allgemeine Chirurgie
- Dermatologie
- Plastische / rekonstruktive Chirurgie



Kniehälter, elektrisch



Armtisch



Schulterzugang



Göpel Beinhälter

Schockposition



AKRUS GmbH & Co KG

Otto-Hahn-Str. 3 | 25337 Elmshorn

Phone: +49 4121 79 19 30

Fax +49 4121 79 19 39

info@akrus.de | www.akrus.de

Editorial

Am Thema Fernbehandlung und Telemedizin scheiden sich die Geister

Liebe Leserinnen und liebe Leser,

Können Sie sich vorstellen, Patientinnen und Patienten weniger häufig in ihrem Sprechzimmer zu empfangen und stattdessen über eine sichere Videoleitung via Monitor zu beraten? Falls nicht, dann sind Sie mit Ihrer Skepsis nicht allein. Viele Ärztinnen und Ärzte fremdeln noch mit der neuen Technologie oder hegen rechtliche Bedenken. Und sicherlich gibt es in anderen Fachgebieten mehr geeignete Indikationen für Videosprechstunden als in der Chirurgie – so dachte auch ich zumindest zu Beginn meiner Recherche.

Doch meine Gespräche mit zwei Pionieren aus Westfalen-Lippe haben mich eines Besseren belehrt: Auch wenn sicherlich noch viele Detailfragen zu klären sind, halte ich Videosprechstunden für eine sinnvolle Ergänzung der Regelversorgung, die allen Beteiligten Vorteile bringen kann (siehe S. 16 ff.). Insbesondere Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen, die für routinemäßige Verlaufskontrollen bislang mit großem Aufwand zur Arztterminen in die Praxen transportiert werden mussten, profitieren davon, wenn ihr Arzt sich ihre chronische Wunde oder den Sitz ihres Fixateur externe zur Kontrolle aus der Ferne anschauen kann.

Mit der Änderung der (Muster-)Berufsordnung hat der 121. Deutschen Ärztetag im Mai 2018 in Erfurt den Weg für ausschließliche Fernbehandlungen freigemacht. Nun ist es Sache der einzelnen Landesärztekammern, diese Neuerung in ihren jeweiligen Berufsordnungen umzusetzen. Die beiden Verbände BNC und BAO wollen diese Entwicklung aufgeschlossen und zugleich kritisch begleiten und ihre Mitglieder kontinuierlich informieren. Wir freuen uns daher auch über Ihre persönlichen Erfahrungsberichte und Einschätzungen zu diesem Thema.



Antje Thiel

Redaktionsleitung

Impressum: Chirurgen Magazin + BAO Depesche

Offizielles Verbandsorgan des Berufsverbandes Niedergelassener Chirurgen (BNC) und des Bundesverbandes Ambulantes Operieren (BAO). BNC-Mitglieder und BAO-Mitglieder erhalten das Magazin im Rahmen ihres Mitgliedsbeitrags.

Herausgeber und verantwortlich für den Inhalt:

Berufsverband Niedergelassener Chirurgen Deutschland e.V.
Dorfstraße 6 d, 22941 Jersbek
Telefon 04532 2687560, Fax 04532 2687561
info@bncev.de, www.bncev.de

Bundesverband Ambulantes Operieren e.V. BAO

Joachim-Karnatz-Allee 7, 10557 Berlin
Telefon 030 31958413, Fax 030 22196057
buero@bao.berlin, www.operieren.de

Redaktionskollegium und wissenschaftlicher Beirat:

Dr. Christoph Schüürmann, Bad Homburg
Dr. Axel Neumann, München
Dr. Dieter Haack, Stuttgart
Dr. Philipp Zollmann, Jena
Dr. Gerd-Dieter von Koschitzky, Walsrode
Dr. Petra Tietze-Schnur, Bremerhaven
Dr. Jörg Hennefründ, Oldenburg
Dr. Martin Bues, Ahrensburg
Jörg Hohmann, Hamburg
Dr. Ralf Großböting, Berlin
Dr. Ernst Tabori, Freiburg
Elmar Mertens, Aachen

Verlag, Anzeigen und Vertrieb:

VMK Verlag für Medizinkommunikation GmbH
Dachsweg 5, 25335 Elmshorn
Telefon 04121 2763634, Fax 04121 2764948
info@vmk-online.de
www.vmk-online.de

Redaktionsleitung:

Antje Thiel
Telefon 04121 2763634, Fax 04121 2764948
antje.thiel@vmk-online.de

Anzeigenleitung:

Kirstin Reese
Telefon 04846 2125594, Fax 04846 2125593
kirstin.reese@vmk-online.de

Grafik und Layout:

Stefan Behrendt, bbpm Mediendesign
Hoisdorfer Landstr. 68a, 22927 Grobhansdorf
Telefon 04102 2177223
stefan.behrendt@bbpm.de
www.bbpm.de

Druck:

Strube Druck & Medien OHG
Stimmerswiesen 3, 34587 Felsberg
Telefon 05662 9487-0, Fax 05662 9487-288
info@ploch-strube.de
www.ploch-strube.de

Haftung:

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

Urheberrechte:

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

Manuskripte:

Die Redaktion haftet nicht für unverlangt eingesandte Manuskripte. Mit der Annahme der Veröffentlichung überträgt der Autor dem Verlag das Nutzungsrecht für seinen Beitrag einschließlich der Nutzung für elektronische Ausgaben, Online-Veröffentlichung, Datenbanken etc.

Verbreitete Auflage:

Die Zeitschrift Chirurgen Magazin + BAO Depesche wird in einer Auflage von 7.300 Exemplaren gedruckt und hat eine verbreitete Auflage von 7.267 Exemplaren (Quartal 3.2018). Entsprechende Nachweise sind bei der Redaktion erhältlich.

Erscheinungsweise: vier Ausgaben pro Jahr
Bezugspreis: Jahresabonnement 48,00 Euro inklusive Versand und MwSt.

Gesundheitsministerkonferenz

Landesminister wollen Budgetierung ärztlicher Leistungen nicht antasten

Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder hat Ende Juni in Köln einen Antrag von Schleswig-Holsteins Minister Heiner Garg (FDP) abgelehnt, der die Budgetierung in der vertragsärztlichen Versorgung aufheben möchte. Der Antrag sah vor, mit der Entbudgetierung bei Leistungen der haus- und fachärztlichen Grundversorgung zu beginnen, also den mit dem Erstkontakt verbundenen Pauschalen im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich.

Garg betonte im Anschluss an die Konferenz, er sehe den Bund weiterhin in der Pflicht, vor dem Hintergrund des zunehmenden Fachkräftedarfs im ärztlichen Bereich eine Entbudgetierung zu prüfen. Die bestehende Budgetierung werde weder den Patienten noch der ärztlichen Leistung gerecht. Diese Auffassung vertritt auch der Hartmannbund, demzufolge die Landesminister die Chance verpasst haben,



Foto: Pixabay

Landarztpraxen für den Ärztenachwuchs attraktiver zu machen.

Der Beschluss sei besonders unverständlich, wenn man bedenke, dass die gesetzlichen Krankenkassen allein im 1. Quartal des Jahres 2018 erneut einen Überschuss von rund 416 Millionen Euro erzielt haben. Die endgültigen Jahresergebnisse 2017 hätten darüber hinaus einen Überschuss von 3,5 Milliarden Euro ergeben – rund 350 Millionen Euro mehr

als in den vorläufigen Werten ausgewiesen. Damit seien die Finanzreserven der Krankenkassen bis Ende März 2018 auf rund 19,9 Milliarden Euro gestiegen. In einer Erklärung des Hartmannbundes heißt es weiter: „Man hätte jetzt auf der Grundlage dieser üppigen Finanzreserven Taten folgen lassen können, denn wer keine Ärztinnen und Ärzte für die Versorgung in der Fläche findet, muss als erstes die Hürden für die Entscheidung einer Praxisübernahme abbauen.“

Anästhesiologie

Übelkeit und Erbrechen nach der Narkose: Es liegt auch an den Genen

Übelkeit und Erbrechen (postoperative nausea and vomiting, PONV) gehören zu den häufigsten postoperativen Nebenwirkungen. Die Auslöser dafür liegen aber wohl weniger im Magen als im Gehirn. Dass für die Übelkeit eine Genvariante mitverantwortlich sein kann, hat nun ein Wissenschaftlerteam der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen (UDE) herausgefunden. Dazu untersuchte es in einer randomisierten kontrollierten Studie 454 Patienten, die sich einem elektiven operativen Eingriff unterziehen mussten. Bei 37 Prozent der Probanden trat eine PONV auf. Dieses Auftreten von Übelkeit war häufig mit einer Genvariante im Acetylcholin-Rezeptor M3 assoziiert.

Wie verträglich eine Narkose ist, wird seit 25 Jahren weltweit mit dem sogenannten Apfel-Score abgeschätzt. Er berücksichtigt Faktoren wie die bisherige Narkoseträgbarkeit, das Geschlecht, den Raucher-Status und die Neigung zu Reiseübelkeit. Es komme aber vor, dass es Patienten nach einer OP speiübel ist, obwohl ihr Apfel-Score unauffällig war. Weil der jetzt gefundene Gen-Faktor unabhängig vom Apfel-Score ist, könnte er nach Einschätzung der Anästhesiologen per Gentest bestimmt werden. Die Autoren der Studie empfehlen, bei Vorliegen der Genvariante auch diese Patienten gegen postoperative Übelkeit zu behandeln. Allerdings würden solche genetischen Screenings derzeit noch nicht durchgeführt.

Kurzlink zur Studie: www.tinyurl.com/PONV-Genvariante

Interessenvertretung

Neuer Verband: IG Med formuliert erste Forderungen gegenüber der Politik

Am 1. Juni 2018 haben 104 selbstständige Ärzte und Zahnärzte in Frankfurt am Main die „Interessengemeinschaft Medizin“ (IG Med e.V.) gegründet, die künftig in einem unabhängigen Verband die Interessen der heilberuflich Tätigen in der Öffentlichkeit vertreten will. Die Initiatoren kritisieren, in den letzten 20 Jahren sei das deutsche Gesundheitssystem kaputtgespart worden – in jedem Bereich seien gesetzgeberische Maßnahmen ergriffen worden, um eine vermeintliche „Leistungsausweitung“ zu bekämpfen und „Kostendämpfung“ zu betreiben. Direkte Folge dieser rein ökonomisch ausgelegten Gesundheitspolitik sei der allgegenwärtige Personalmangel im Gesundheitswesen.

Die „IG Med“ wolle die im medizinischen Bereich tätigen Selbständigen in einer Bewegung vereinen und ihre Forderungen bündeln. Zu den Forderungen zählten eine leistungsgerechte Vergütung für die Arbeit am und für den Patienten, faire und rechtssichere Rahmenbedingungen ohne überbordende Kontrollbürokratie und eine Reform des SGB V mit dem Ziel, dass Patienten wieder eigenverantwortlich für ihre Gesundheit werden und nicht dem Diktat der Krankenkassen unterworfen werden. „Wir erwarten Veränderungen, die uns in der Heilkunde Tätigen unsere Grundrechte zurückgeben, die wir mit Hinweis auf die Gemeinwohlverpflichtung eingebüßt haben“, heißt es in einer ersten Erklärung der IG Med.

Hauptstadtkongress 2018

Martini-Datenbank zeigt: Outcome lässt sich gut messen

Eine zielgerichtete und nachhaltige Versorgung der Patienten hilft nicht nur dem einzelnen Kranken, sondern auch bei der Ausgaben-senkung. Valued based Healthcare heißt ein entsprechendes Konzept, welches 2006 von US-amerikanischen Wissenschaftlern um Michael Porter entwickelt wurde. Wie Prof. Hartwig Huland, einer der Chefarzte der Martini-Klinik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und Gründer derselben, beim Hauptstadtkongress Anfang Juni 2018 in Berlin ausführte, sollten sich nach deren Idee Gesundheitssysteme am Nutzen der erzielten Behandlungsergebnisse je Patient im Verhältnis zu den dabei entstehenden Kosten orientieren müssen. Dadurch ließe sich ein Wettbewerbs um die besten Resultate erreichen.

Tatsächlich gebe es bezüglich Behandlungsvolumen und Ergebnisqualität der medizinischen Behandlung aber weltweit noch einiges aufzuholen. Die Unterschiede im Outcome seien sowohl zwischen als auch innerhalb der Länder teils erheblich. So gebe es etwa eine 9-fache Variation bei der Komplikationsrate nach radikaler Prostatektomie in den Niederlanden, eine 18-fache Variation bei Nachoperationen nach Hüftoperationen in Deutschland sowie ein 20-fache Variation bei der Sterblichkeitsrate nach Darmkrebsoperationen in Schweden. Beim Qualitätsmanagement und bei Zertifizierungsprogrammen konzen-

triere man sich zumeist auf die Prozess- und Strukturqualität. „Wir Kliniker kennen die Ergebnisse unserer Arbeit nicht, weil nach der Klinik-Entlassung die Nachsorge in den Praxen erfolgt.“

Wie das Outcome dennoch messbar ist, stellte Prof. Huland am Beispiel des Patient-Reported Outcome Measurement (PROM) in der Martini-Klinik am UKE vor. Seit 1992 sammelt man hier Outcome-Daten zur radikalen Prostatektomie. Mittlerweile umfasse die Martini-Datenbank Informationen zu fast 30.000 Patienten mit Prostatakrebs und damit rund 80 Prozent der Patienten. „PROM ist die Lösung, Sie erhalten ehrliche Antworten und brauchen keinen überweisenden Arzt anzurufen“, warb Prof. Huland. Die Martini-Datenbank biete zahlreiche Auswertungsmöglichkeiten – grundlegend für Forschung, Operationsplanung, Patientenberatung und auch für die interne Qualitätskontrolle. Das Ergebnis jedes einzelnen Operators lasse sich so betrachten, etwa in Bezug auf die Kontinenz eine Woche nach Entfernen des Katheters. Prof. Huland ist überzeugt: In Zukunft wird die transparente, standardisierte Qualitätsmessung überall gefordert werden – und sie wird demjenigen Vorteile bieten, der sie rechtzeitig praktiziert. ck

Kontakt: www.hauptstadtkongress.de

HNO-Chirurgie

Eltern unterschätzen häufig den Analgetika-Bedarf ihrer Kinder nach Mandel-OP

Mandeloperationen gehören zu den häufigsten chirurgischen Eingriffen bei Kindern und sind für sie mit starken postoperativen Schmerzen verbunden. Eine aktuelle Studie zeigt, dass Eltern den Schmerzmittelbedarf ihrer Kinder oft unterschätzen. Demnach kann ein zusätzlicher Fragebogen ihnen helfen, ihre Einschätzung zu objektivieren und die Schmerztherapie für ihre Kinder nach der Operation zu verbessern.

Im Rahmen der Studie wurden die Kinder im Alter zwischen zwei und zwölf Jahren nach der Mandeloperation dreimal täglich von einem Schmerzdienst besucht, der die Schmerzintensität altersabhängig mit verschiedenen Fragebögen erhob – darunter auch der in Deutschland bislang wenig gebräuchliche „Parents' Postoperative Pain Measure (PPPM), mit dem die Eltern die Schmerzintensität ihrer Kinder dokumentierten. Der Operateur verordnete zur Linderung der Beschwerden zunächst die Nichtopioid-Analgetika Paracetamol, Ibuprofen und Diclofenac. Die Gabe der Medikamente erfolgte durch eine Pflegekraft nach Hinweis durch die Eltern, wenn diese oder ältere Kinder selbst meinten, dass zusätzliche Schmerzmittel nötig seien. Als Notfall-

medikation für besonders starke Schmerzen stand das Opioid Piritramid zur Verfügung. In der Folge entschieden die Ärzte sich bei 212 von 854 Visiten für den Einsatz von Piritramid.



Foto: Pixabay

In 121 Fällen hatten die Angaben der Eltern im PPPM-Fragebogen den Ausschlag gegeben, obwohl die Eltern zuvor der Ansicht waren, dass ihre Kinder nicht unter starken Schmerzen litten. Die Autoren bewerten den Einsatz des zusätzlichen Elternfragebogens PPPM positiv. Demnach hätten viele Eltern die Schmerzen ihrer Kinder nach einer Mandeloperation ohne den Fragebogen oft unterschätzt. Einige seien auch besorgt, dass Schmerzmittel

ihren Kindern schaden könnten. Solange die Kinder jedoch in der Klinik unter Aufsicht stünden, seien die Bedenken gegenüber eines potenten Opioids wie Piritramid unbegründet – Kinder sollten nach einer Mandeloperation nicht unnötig leiden.

Quelle: P. Gude et al.: Analgetikabedarf bei Kindern im Alter zwischen 2 und 12 Jahren nach Tonsillenoperationen. LRO Laryngo-Rhino-Otologie 2018; 97 (7); S.465–473

Operateure und Anästhesisten im BAO

ambulant, interdisziplinär, freiberuflich

BAO BUNDESVERBAND AMBULANTES OPERIEREN E. V.

www.operieren.de



Der BAO engagiert sich für die

- » Schaffung und Wahrung von Qualitätsstandards
- » Qualitätssicherung unter Einbeziehung unserer Patienten
- » Praktische und theoretische Fortbildung im Ambulanten Operieren
- » Politische Aktivitäten in Kooperation mit anderen Berufsverbänden
- » Information der Öffentlichkeit über das Ambulante Operieren
- » Förderung von Netzwerken und Kooperationsformen
- » Verhandlung und Abschluss von Struktur- und Selektivverträgen
- » Erweiterung des Leistungsspektrums des Ambulanten Operierens

Der BAO bietet seinen Mitgliedern

- » Unterstützung als selbstständige freie Unternehmer
- » Interdisziplinären Austausch rund um das Ambulante Operieren
- » Expertengutachten zur Qualität und Kosteneffizienz des Ambulanten Operierens
- » Vierteljährliche Verbandszeitschrift und monatlichen Online-Newsletter
- » Fachbezogene Arbeitsgruppen für alle im BAO vertretenen Fachrichtungen
- » Kostenlose Erstberatung in allen Rechtsfragen durch unseren BAO-Justiziar
- » Vorzugspreis für die Teilnahme am Bundeskongress Chirurgie
- » Umfangreiches kostenloses Online-Archiv unter www.operieren.de

Jedes zusätzliche Mitglied stärkt die gemeinsame Stimme der interdisziplinären Gemeinschaft des BAO

Bundesweit hat der Verband mehr als 800 Mitglieder aus den Fachrichtungen Anästhesie, Augenheilkunde, Chirurgie, Dermatologie, Gynäkologie, Herzchirurgie, HNO, Kinderchirurgie, MKG-Chirurgie, Neurochirurgie, Orthopädie, Plastische Chirurgie und Urologie.

Auf Bundesebene koordiniert das Präsidium die Arbeit, regional gibt es elf Landesverbände Ambulantes Operieren (LAO). Die Mitgliedschaft im BAO kostet 185 Euro pro Jahr. Über Ihre Mitgliedschaft im Bundesverband werden Sie automatisch Mitglied in dem für Ihre Region zuständigen Landesverband.

EIN BEITRITTSFORMULAR FINDEN SIE AUF DER INTERNETSEITE DES BAO UNTER

www.operieren.de/content/e3247/e6292

Leitartikel BNC

Mehrarbeit? Ja bitte! Entbudgetierung und damit Bezahlung? Nein danke!

Wenn es nach der Politik und den Kostenträgern geht, dann sollen Ärzte gern ihre Sprechstunden ausweiten, mehr arbeiten und damit die Patientenversorgung verbessern. Allerdings darf diese Mehrarbeit natürlich nichts kosten. Warum ziehen Ärztinnen und Ärzte nicht endlich an einem Strang und wehren sich dagegen?

Von Dr. Christoph Schüürmann

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wirklich überrascht war vermutlich niemand von Ihnen darüber, dass die Gesundheitsministerkonferenz Ende Juni in Köln die von der Ärzteschaft seit langem geforderte Entbudgetierung schlichtweg abgelehnt hat. Bemerkenswert ist dabei, dass der Antrag zur Entbudgetierung vom schleswig-holsteinischen Gesundheitsminister Heiner Garg (FDP) kam. Ich kann daraus nur schließen, dass das prinzipiell gemäßigte Klima in Schleswig-Holstein den Blick auf die Versorgungsrealität deutlich weniger vernebelt als in anderen Bundesländern.

Allerdings hätte der Antrag aus dem Nachbar-Bundesland auch in Hamburg erfolgreich sein können, wo die SPD-Politikerin Cornelia Prüfer-Storcks in Sachen Gesundheitspolitik das Sagen hat. Doch es hat nicht geklappt. Zum klimatischen Nebel kommt da noch ungebremst die logikbefreite und dann allein herrschende politische Ideologie dazu, die uns von Professor Karl Lauterbach bestens vertraut ist, der es eigentlich ebenfalls besser wissen müsste.

Keine durchdachten Pläne für die Zukunft vorgelegt

Dabei hatte der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Gassen, die Forderungen nach einer Entbudgetierung genau definiert. Er hatte damit eine exakte Antwort auf die traumtänzerischen Vorstellungen der Politik und der Kassenvertreter gegeben, die Mehrarbeit bzw. Mehrengagement von uns Kassenärzten in den Bereichen Sprechstunden, Notfallversorgung und Terminservicestellen fordern und darüber hinaus bislang noch keine durchdachten Pläne für die geplante zukünftige intersektorale Versorgung mit gemeinsamer Bedarfsplanung, Vergütung, Dokumentation, gemeinsamer Telematikinfrastruktur und Qualitätssicherung vorgelegt haben. Allein diese Begriffe sind für mich eine Beleidigung zur Beschreibung des Vorhabens!

Überraschend hatte parallel dazu ohne Vorwarnung Johann-Magnus von Stackelberg vom GKV-Spitzenverband plötzlich Millionen zusätzlich für die Ärzteschaft übrig, wenn sie ihre Sprechstunden auf die Samstage und Abende ausdehnen. Was meinen Sie, das wird doch

hoffentlich möglich sein, bei der inzwischen schwierigen Personalsituation in vielen Facharztpraxen Medizinische Fachangestellte zu finden, die gerne auch noch an den Samstagen und abends Sprechstunden begleiten, oder? Vielleicht können wir stattdessen aber problemlos auf die vielen unausgelasteten Krankenkassenmitarbeiterinnen und -mitarbeiter zurückgreifen, die dann samstags und abends bei uns an der Anmeldung sitzen. Ich für meinen Teil hätte dann gerne Herrn von Stackelberg oder Herrn Lanz, den Pressesprecher des GKV-Spitzenverbandes, das wird ein Spaß!

Dann werden Versichertengelder und Krankenkassenmitarbeiter endlich einmal sinnvoll eingesetzt. Stattdessen sietzen die Kassen inzwischen mehrheitlich wie Onkel Dagobert auf den Versichertengeldhaufen und geben sie nicht in die Versorgung. Das aber können sie nur, weil die Politik es ihnen erlaubt.

Kassen müssen Krankheitskosten ihrer Mitglieder begleichen

Noch sind wir keine Angestellten der Krankenkassen, obwohl diese immer wieder darauf drängen. Wir sind ein freier Beruf. Kranken-



Scheiterte mit seinem Antrag auf Abschaffung der Budgetierung in der Gesundheitsministerkonferenz: der schleswig-holsteinische Gesundheitsminister Heiner Garg (FDP)

kassen haben uns in keinster Weise in unsere Praxisorganisation hineinreden, sondern die anfallenden Krankheitskosten ihrer Mitglieder zu bezahlen. Sie haben sich auch nicht gemeinsam mit der Politik als Zechpreller zu gebärden, darüber hinaus meist abenteuerliche sogenannte „Gesundheitsleistungen“ allein aus Marketinggründen anzubieten sowie im Auftrag des Staates versicherungsfremde Leistungen zu bezahlen. Diese Beispiele sind für mich reine Maßnahmen zum Verschleudern von Versichertengeldern ohne jeglichen Sinn und Verstand und haben nichts mit den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu tun.

Unserem KBV-Chef Gassen ging es also um die Ausbudgetierung der Grundleistungen, auch für uns Fachärzte, die sich relativ genau auf etwa 500 Millionen Euro pro Jahr beziffern lassen. Angesichts eines Gesamtvolumens von über 330 Milliarden Euro pro Jahr in der Gesundheitsbranche ist das ein sehr überschaubarer und kalkulierbarer Anteil.

Mit der Ablehnung der Forderung nach Ausbudgetierung ärztlicher Grundleistungen ist eine einmalige Chance vertan worden, die Behandlung von neuen oder „Spontanpatienten“ bei unseren Kolleginnen und Kollegen attraktiver zu machen. Diese absolvieren sowieso schon meist Wochenarbeitszeiten, die sich Angehörige anderer Berufe kaum vorstellen können – Krankenkassenmitarbeiter schon gar nicht. Die Patientinnen und Patienten werden nun weiterhin meist unnötig in die Notfallambulanzen rennen. Die Ausbudgetierung hätte übrigens auch mit einem Schlag sehr viele aktuelle Terminprobleme elegant gelöst und die Terminservicestellen noch überflüssiger gemacht als sie ohnehin schon sind.

Verheerendes Signal an den ärztlichen Nachwuchs

Die Ausbudgetierung abzulehnen, ist für mich nicht nur komplett unlogisch, sondern auch bei den heutigen Bedingungen des massiv einsetzenden Ärztemangels – auch bei den Fachärzten und insbesondere in der Chirurgie – ein verheerendes Signal für die wenigen jungen Kolleginnen und Kollegen, die sich gedanklich überhaupt noch mit einer Niederlassung beschäftigen.

Nahezu parallel dazu erreichen uns Forderungen nach einer Ausweitung von Sprechstunden, nach erweiterten Terminservicestellen bei gleichzeitiger Aufkaufregelung sowie schwammige Ankündigungen wahrscheinlich inkompletter Kostenübernahmen für die zu installierende Telematikinfrastruktur sowie zusätzliche Arbeit und Investitionen für die Notfallversorgung (Portalpraxen). Dann auch noch von Telemedizin und Videosprechstunden zu reden, die wir ebenfalls noch einrichten sollen, schlägt dem Fass den Boden aus. Dass die verantwortlichen Politiker bei der nun strafbewehrten DSGVO in Brüssel auch von vorne bis hinten geschlafen haben, muss ich wohl nicht extra betonen.

Es gibt keine „bessere“ Strategie, um zukünftige Kolleginnen und Kollegen von der Niederlassung abzuhalten. Denn diese jungen Leute sind heute gut informiert – wesentlich genauer, als wir es damals waren. Die

Dr. Christoph Schüürmann

Geschäftsführender BNC-Vorsitzender
und niedergelassener Chirurg

Chirurgisches Zentrum
Louisenstraße 53–57
61348 Bad Homburg
Tel.: 06172 21039
Fax: 06172 9189102
C.Schueuermann@gmx.de



Foto: Schüürmann

neue Generation, ganz unabhängig von irgendeiner Genderdiskussion, überlegt sich genau, was sie macht und kann sich das auch leisten.

Massive und irreparable Schäden im Gesundheitswesen

An dieser Front wird sich die Politik noch viele blaue Augen holen. Ich habe dabei nur einen Traum: endlich funktionierende Haftpflichtgerichtsbarkeit für Politiker und ihre laienhaften politischen Entscheidungen, die teilweise massive und irreparable Schäden im Gesundheitswesen anrichten oder weiter in ein finanzielles Desaster führen, wobei das eigene Gehalt ungebremst weiterläuft.

Ich weiß nur nicht, ob wir unsere inzwischen gestärkten Positionen aufgrund des einsetzenden Mangels für uns zum Vorteil umsetzen können. Dieser Ärztemangel und der noch größere Pflegemangel (dem das Bundesgesundheitsministerium insbesondere bei der Ausbildungsreform mit hanebüchenen Konzepten begegnet) hat bislang nicht zu einer größeren Einheit unter uns Ärztekolleginnen und -kollegen geführt. Weiter verfolgen die meisten Verbände nur ihre Scheibcheninteressen. Einigkeit ist aber die unbedingte Voraussetzung, um gemeinsam etwas für uns zu erreichen.

Da muss ich aber aktuell in der Presse sinngemäß lesen, dass ein wirklich renommierter und sehr erfahrener Klinikchef den weiteren ungehinderten Zugang für Patienten zur Notfallambulanz mit dem offensichtlich nicht ganz verstandenen Begriff der „freien Arztwahl“ begründet. Der Chefarzt einer Notfallambulanz eines anderen Krankenhauses gibt den niedergelassenen Ärzten die Schuld, weil sie nicht jedes Minimalwehwehchen zu jeder Tages- und Nachtzeit sofort behandeln, man könne schließlich Patienten nicht erziehen, schon gar keine Gebühr erheben. Ich kann an dieser Stelle nur empfehlen, sich nochmals unter anderem den § 75, SGB V durchzulesen, in dem es um den Sicherstellungsauftrag geht. Wir haben damals mit der Krankenkassengebühr nicht die schlechtesten Erfahrungen gemacht, im Gegenteil.

In der Ärzteschaft muss ein Umdenken einsetzen

Ein Ärzteverband fordert jetzt für sich eine zusätzliche Vergütung für Hausbesuche (die Bezahlung ist zugegeben schlechter als für einen Taxifahrer), jedoch auf Basis von technischen Leistungsanteilen, also TL in der STABS-Matrix. Das ist verpulverte Energie für nur eine Gruppe ▶

» Wir sind ein freier Beruf. Krankenkassen haben uns nicht in unsere Praxisorganisation hineinreden, sondern die anfallenden Krankheitskosten ihrer Mitglieder zu bezahlen. Sie haben sich auch nicht zusammen mit der Politik als Zechpreller zu gebärden.«

Dr. Christoph Schüürmann



Leider arbeiten innerhalb der Ärzteschaft immer noch die meisten Gruppen gegeneinander statt miteinander an einem Strang zu ziehen

wie auch die oben genannten Beispiele: Jeder arbeitet unabgestimmt nur für sich, gemeinsame substanzielle Erklärungen kommen nicht zustande, sektorenübergreifend schon gar nicht.

Offensichtlich wird echten Gegnern aus Politik und GKV-Verband immer noch mehr vertraut als den eigenen Kolleginnen und Kollegen, das ist und bleibt unser Hauptproblem. Auch wenn es inzwischen trivial ist, muss ein Umdenken immer wieder angemahnt werden.

Durch die schwindende Zahl von Kolleginnen und Kollegen wird es für die verbliebenen Praxisinhaberinnen und -inhaber weiter bergauf gehen. Wir haben zunehmend die Möglichkeit, uns selbst zu helfen und uns auf die geänderten Situationen einzustellen. Natürlich vollzieht sich das regional unterschiedlich, aber der Trend ist eindeutig: Wir sind immer mehr gefragt. Der Staat ist weiter der Meinung, dass wir auch ohne adäquate Bezahlung wie bisher unsere unstrittig notwendige Arbeit nicht nur fortführen, sondern auch noch ausdehnen

sollen. Er hätte zu überschaubaren Konditionen die Möglichkeit gehabt zu beginnen, das endlich zu ändern und zu einer vernünftigen Lösung zu kommen, aber er will es nicht.

Jeder sollte sich dazu nun sein eigenes Konzept schaffen, wie darauf zu reagieren ist. Es gibt genügend Möglichkeiten in der Praxis, begrenzte Behandlungen bei begrenzten Mitteln zu verdeutlichen und konsequent anzuwenden. Effektive und kostengünstige ambulante Chirurgie gibt es sowieso nur bei uns.

Wenn es irgendwelche konkreten Schwierigkeiten in der Region gibt, kann sich jedes Mitglied gern an mich wenden. Wenn ich kann, werde ich in jedem Fall versuchen zu helfen. Ich wünsche Ihnen allen einen schönen restlichen Sommer. ◀

Mit den besten kollegialen Grüßen, Ihr Dr. Christoph Schüürmann

1. Vorsitzender des BNC



© Fathema Murtaza

IHR NEUER ARBEITSPLATZ

WIR SUCHEN **QUALIFIZIERTE MITARBEITERINNEN UND MITARBEITER**, DIE MIT UNS IN DEN BEREICHEN MEDIZIN, TECHNIK, ADMINISTRATION UND PROJEKTKOORDINATION HUMANITÄRE HILFE LEISTEN.

Unsere Teams sind in rund 60 Ländern im Einsatz. Werden Sie ein Teil davon! Informieren Sie sich online: www.aerzte-ohne-grenzen.de/mitarbeiten





BNC

Nur gemeinsam sind wir stark!

Wir arbeiten für Sie:

- › in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und ihren Gremien
- › in den Kassenärztlichen Vereinigungen und ihren Gremien
- › in der Bundesärztekammer sowie den Landesärzte- und Bezirksärztekammern
- › als Vertretung gegenüber den Unfallversicherungsträgern
- › mit den Krankenkassen vor Ort
- › mit der Politik
- › im Spitzenverband der Organfachverbände

Der BNC bietet seinen Mitgliedern:

- › eine vierteljährlich erscheinende Verbandszeitschrift
- › einen monatlich erscheinenden Spot über brandaktuelle Ereignisse
- › eine Unfall- und Spezial-Strafrechtsversicherung
- › Hilfe bei juristischen und betriebswirtschaftlichen Problemen
- › Weiterbildungspunkte im Rahmen eines gemeinsamen Kongresses



Wir brauchen Ihre Solidarität und Ihre Stimme!

Als reine Vertretung für Sie als niedergelassener oder angestellter Chirurg in MVZ, BAG und Einzelpraxen sollten Sie jetzt beitreten.

Einen Beitrittscoupon finden Sie auf Seite 29.

Für Fragen und eine ausführliche Beratung steht Ihnen die BNC-Geschäftsstelle unter Telefon 04532 2687560 oder info@bncev.de gern zur Verfügung.

Leitartikel BAO

AOP-Patientenakte, AOP-Cloud: Ist Fernbehandlung perioperativ sinnvoll möglich?

Für die operativ tätigen Fachdisziplinen ist es aus vielerlei Hinsicht riskant, beim perioperativen Management auf den persönlichen Patientenkontakt zu verzichten. Cloud-basierte elektronische Falldokumentationen wären mit Blick auf den Patientenschutz und die Versorgungsforschung allerdings auch für uns ein Sprung nach vorn.

Von Dr. Axel Neumann

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

es ist schon bemerkenswert, mit welcher Geschwindigkeit einzelne Ärztekammern in den Bundesländern die Berufsordnung ändern, nach dem der Deutsche Ärztetag in Erfurt mit seinem Beschluss das sogenannte Fernbehandlungsverbot geschwächt bzw. aufgehoben hat. Im Beschlussprotokoll heißt es hierzu wörtlich:

„Ärztinnen und Ärzte beraten und behandeln Patientinnen und Patienten im persönlichen Kontakt. Sie können dabei Kommunikationsmedien unterstützend einsetzen. Eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien ist im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation gewahrt wird und die Patientin oder der Patient auch über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt wird.“

» Man kann im Notfall nicht allein darauf vertrauen, dass der Patient selbstständig ein Problem erkennt, ein Foto von seiner operierten Leistenregion macht, es digital an den behandelnden Arzt übermittelt und ihn dann erst anruft. «

Dr. Axel Neumann

Ein Urpfeiler der Arzt-Patienten-Beziehung wurde gekippt

Man könnte fast annehmen, dass es ärztliche Disziplinen gibt, die nur darauf gewartet haben, ihre Patienten digital zu erfassen und multimedial zu behandeln. Es ist mir persönlich gar nicht mehr erinnerlich, wer in Person eigentlich den Anstoß zur Debatte um das Fernbehandlungsverbot gegeben hat – Interessenverbände? Nicht-ärztliche Leistungserbringer auf dem Gesundheitsmarkt? Ärzte? Die Landesärztekammern und die Berufsverbände waren es sicherlich nicht.

Wir sollten in diesem Zusammenhang noch einmal mit allem Nachdruck klarstellen, dass mit dem Fernbehandlungsverbot einer der Urpfeiler der Arzt-Patienten Beziehung gekippt wurde. Generationen von Ärztinnen und Ärzten haben in ihrer Ausbildung gelernt, dass es keine Behandlung eines Menschen geben darf, ohne ihn angesehen zu haben, ohne beratendes Gespräch und vor allem nicht ohne eine selbst durchgeführte körperliche Untersuchung. Es ist also eine *Conditio sine*

qua non verändert worden, die auch Grundlage der Rechtsprechung war. Die Folgen (positiv und negativ) sind derzeit nicht absehbar. Der Online-Handel von unwirksamen Globuli und Salben nach Pseudo-Bilddiagnostik über Facebook wird nun leichter stattfinden können.

Es sehr wahrscheinlich, dass in vielen Fachgebieten Patientenkontakte über Video-Telefonie etc. regelmäßig und sinnvoll durchführbar sind und den direkten Arzt-Patientenkontakt zumindest zeitweise ersetzen könnten. Auch bei großen Entfernungen des Wohnortes des Patienten zum Krankenhaus oder zur Arztpraxis kann eine derartige Behandlungsart ergänzend hilfreich sein, vor allem bei gleichzeitiger digitaler Übermittlung von Untersuchungsbefunden.

Wie geht perioperatives Management ohne Patientenkontakt?

Für die operativ tätigen Fachdisziplinen gilt das mit Sicherheit nur sehr eingeschränkt. Es ist nicht vorstellbar, aus Sicht des Patientenschutzes überaus riskant und mit Blick auf die aktuelle Rechtsprechung zur Arzt-

haftung wahrscheinlich unmöglich, ein perioperatives Management ohne Patientenkontakt durchzuführen. Präoperativ erforderliche Untersuchungsmaßnahmen und Aufklärungsmaßnahmen werden bislang deshalb nicht nur durch zuweisende Ärzte, sondern auch aktuell durch den operierenden Arzt durchgeführt.

Das präoperative Aufklärungsgespräch im Zusammenhang mit Befundbesprechungen sollte im Regelfall von Angesicht zu Angesicht stattfinden – die gegenseitige persönliche Kontaktaufnahme zwischen Patient und Operateur bzw. Anästhesist ist ein sehr wichtiger Bestandteil des Patientenschutzes und der Risikoerkennung vor und nach operativen Eingriffen.

Das rechtzeitige Erkennen von unerwünschten Ereignissen oder Komplikationen nach operativen Eingriffen und deren zeitgerechte Behandlung setzt ein gutes postoperatives Management voraus mit geplanten Wiedervorstellungs- und Nachuntersuchungsterminen. Unabhängig davon, dass Operateur, Anästhesist oder Krankenhaus

schon jetzt für den Patienten im Notfall immer erreichbar sein sollten, kann aus meiner Sicht nicht allein darauf vertraut werden, dass der Patient selbständig ein Problem erkennt, ein Foto von seiner operierten Leistenregion macht, es digital an den behandelnden Arzt übermittelt und ihn dann erst anruft.

In der Chirurgie steht das frühzeitige Erkennen von Komplikationen und deren schnelle fachärztliche Therapie im Vordergrund aller postoperativen Maßnahmen – der unmittelbare, wiederholte Arzt-Patienten-Kontakt sollte hierbei das Ziel und das Maß für alle Behandlungsoptionen sein. Ich kann derzeit nicht erkennen, welche multimedialen alltäglichen Hilfsmittel in dieser Phase einer chirurgischen Therapie so hilfreich sein könnten, dass sie den gewohnten Arzt-Patienten-Kontakt ersetzen. Ausnahme ist allerdings schon jetzt die gelebte Praxis der Medizinischen Dienste (MDK) der Krankenkassen, die allein nach Aktenlage entscheiden, wie lange ein Patient postoperativ im Krankenhaus (bezahlt) verweilen darf und ob er überhaupt ein Recht auf dieses Krankenhausbett hatte – ohne diesen Menschen jemals gesehen oder ihn wenigstens selbst befragt zu haben. Diese Form der ärztlichen Praxis ist manipulierbar und muss auch zukünftig wann immer möglich vermieden werden.

Alle Daten rund um die Operation in einer einzigen App

Überaus hilfreich wäre hingegen eine unter aktiver Mitwirkung des Patienten geführte, fallbezogene perioperative elektronische Patientenakte. Eine solche AOP-Cloud könnte den Patienten zukünftig auf dem Weg vom Hausarzt zum Facharzt und vom Facharzt zum Operateur und dann weiter auf dem Weg in das Operationszentrum bzw. Krankenhaus begleiten. Die elektronische Patientenakte enthält alle für die präoperative Risikoeinschätzung notwendigen Informationen über Allgemeinerkrankungen, Voroperationen, besondere Risiken, Antikoagulationstherapie etc. Alle Daten sind für Operateur und Anästhesist aktuell abrufbar (vorbehaltlich der Genehmigung durch den Patienten), wenn die Prämedikationssprechstunde stattfindet und/oder das Operationsverfahren festgelegt werden soll.

Geeignete Instrumente wie eine App können es dem Patienten erlauben, wichtige Befunde (Röntgen, MRT, alte Operationsberichte, Krankenhausentlassungsberichte...) selbst hinzuzufügen. Die digitale Erfassung und Sammlung aller wichtigen Befunde unter Kontrolle des Patienten im Vorfeld einer invasiven Behandlungsmaßnahme wird ein sehr wichtiger Bestandteil des Patientenschutzes und der ärztlichen Risikoeinschätzung sein.

Die überall verfügbare Speicherform in einer Cloud dürfte sinnvoll und praktisch leicht durchführbar sein. Selbstverständlich werden dann alle am Operationstag erhobenen Befunde, OP-Berichte, Anästhesieprotokoll, Nachbehandlungsanweisungen, Medikationspläne im Zusammenhang mit dem Entlass-Management in der Cloud gespeichert und begleiten den Patienten auf seinem weiteren Weg zu

Dr. Axel Neumann

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



Foto: Neumann

» Die digitale Erfassung und Sammlung aller wichtigen Befunde unter Kontrolle des Patienten im Vorfeld einer invasiven Behandlungsmaßnahme wird ein sehr wichtiger Bestandteil des Patientenschutzes und der ärztlichen Risikoeinschätzung sein.«

Dr. Axel Neumann

verschiedenen Nachbehandlern. Im Falle einer bedrohlichen postoperativen Komplikation oder eines unerwünschten Ereignisses, welches nach einer ambulanten Operation eine stationäre Aufnahme notwendig macht, könnte der Kollege in der Nothilfe einer Klinik unmittelbar auf alle für die Behandlung wichtigen Daten zurückgreifen, ohne auch nur einmal telefonieren oder den kranken Patienten durch viele Fragen ängstigen zu müssen.

Ein Traum? Wir alle sollten uns intensiv darum bemühen, Ideen zu liefern und an der Gestaltung derartiger elektronischer Patientenakten mitzuarbeiten. Auch für zeitlich befristete Behandlungsmaßnahmen wie ambulante Operationen oder stationäre Eingriffe wird eine derartig gepflegte Cloud den Patienten schützen, viel Zeit sparen, eine gleichzeitige Behandlung durch mehrere Ärzte ermöglichen und diese Behandlung auch weitgehend standortunabhängig machen können.

Voraussetzung dafür bleibt selbstverständlich, dass alle beteiligten Ärztinnen und Ärzte den Patienten persönlich befragt und untersucht haben sowie die Möglichkeit hatten, ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis aufzubauen: der Kardiologe, der das perioperative internistische Risiko einschätzt, der Anästhesist, der das passende Narkoseverfahren indiziert und der Operateur selbst.

Elektronische Dokumentation hilft der Versorgungsforschung

Eine weitere Überlegung erscheint chancenreich und wichtig: Es mangelt in fast allen ärztlichen Versorgungsbereichen an Erkenntnissen über die langfristige Prozess- und Ergebnisqualität medizinischer Maßnahmen. Versorgungsforschung ist aktuell rar, teuer und unvollständig. Eine fallbezogene, elektronische Dokumentation kann hier zukünftig sehr hilfreich sein in der kontinuierlichen Auswertung der Ergebnisse aller (interdisziplinären und intersektoralen) Behandlungsmaßnahmen – wenn diese Daten wie die alte Karteikarte primär in der Hand des behandelnden Arztes und des Patienten bleiben und nicht von Kostenträgern und Versicherungen als Instrument zu ökonomisch motivierten Eingriffen in den Behandlungsvertrag zwischen Patient und Leistungserbringern missbraucht werden. ◀

Mit freundlichen kollegialen Grüßen, Ihr Dr. Axel Neumann

BAO-Präsident

BAO-Veranstaltungen

NARKA, Mitgliederversammlung und LAOB-Symposium: Informationen aus erster Hand

Ambulante Operateure und Anästhesisten sollten sich für den Monat September nicht allzu viel anderes vornehmen. Denn sie können sich an gleich zwei Wochenenden – einmal in Nürnberg und einmal in Berlin – mit Kolleginnen und Kollegen vernetzen und sich über relevante Themen für ambulante OP-Praxen informieren.

Von Tamara Dietze

In diesem Jahr findet der NARKA, der über viele Jahre von Elmar Mertens in Aachen ausgerichtete Kongress für niedergelassene Anästhesisten, bereits zum zweiten Mal in Berlin statt. Die Premiere 2017 im Storz-Haus war für alle Teilnehmer grandios, wenngleich die Räumlichkeiten für die Industrie leider etwas zu klein waren. In diesem Jahr soll es derartige Engpässe nicht mehr geben, so wurde auch das Teilnehmerkontingent deutlich vergrößert.

„Ambulante Anästhesie – Der Patient im Mittelpunkt“ heißt das Thema beim NARKA 2018, der vom 28. bis 30. September in Berlin stattfindet. Ziel ist es, die neue politische Situation zu beleuchten mitsamt der daraus entstehenden Konsequenzen für die ambulante Anästhesie. Neu wird in diesem Jahr eine „Early-Bird“-Veranstaltung sein: ein berufspolitisches Frühstück, das im Dialog gestaltet werden soll und bei dem es noch vor Beginn des berufspolitischen Teils des NARKA ein

Einladung: **BAO-Programm und anschließende Mitgliederversammlung am So, 30. September 2018, beim NARKA in Berlin**

Programm:

Samstag, 29.09.2018

20:00 Uhr (Vorabend) **Net(t)working im Restaurant Tauro**
Inklusive Abendessen und Getränken
in festlicher Atmosphäre,
Kosten: 50 Euro

Sonntag, 30.09.2018

Vorsitz Dr. Axel Neumann, Dr. Stephan Dittrich

09:00–09:25 Uhr **Loht sich die eigene Praxis?**
Die wirtschaftliche Ausgestaltung der Arztpraxis
Referent: Karsten Uppendahl, Apobank Berlin

09:25–09:40 Uhr **Diskussion**

09:40–10:05 Uhr **AOZ-Gründung 2020 – wie gestaltet man das erfolgreich?**
Ein Bericht aus der Praxis eines BAO-Mitglieds
Referent: Dr. Raphael Hansen, Berlin

10:05–10:20 Uhr **Diskussion**

10:20–10:45 Uhr **Leben mit der Datenschutz-Grundverordnung und Erwartungen an die Umsetzung des E-Health-Gesetzes**
Referent: Rechtsanwalt Dominik Neumaier, Kanzlei kwm Berlin

10:45–11:00 Uhr **Diskussion**

11:00–11:30 Uhr **Pause**
und Besuch der Industrieausstellung

11:30–13:00 Uhr **Mitgliederversammlung**
des Berufsverbandes für Ambulantes Operieren

Ab 13 Uhr **Kollegialer Meinungsaustausch**
bei einem kleinen Imbiss und Getränken

Ca. 14 Uhr **Ende der Veranstaltung**

Informationen über den NARKA und Anmeldeöglichkeit finden Sie hier:

www.congress-compact.de/pdf/2018_09_28-30_NARKA_Programm.pdf

Interessante Hotels in der fußläufigen Umgebung des Veranstaltungsorts:

Arte Luise Kunsthôtel, Luisenstraße 19, 10117 Berlin
Maritim pro Arte, Friedrichstraße 151, 10117 Berlin
NH Collection, Friedrichstraße 95, 10117 Berlin
ARCOTEL Velvet Berlin, Oranienburger Straße 52, 10117 Berlin
Eurostars Berlin, Friedrichstraße 99, 10117 Berlin

Anmeldung:

Melden Sie sich bitte zusätzlich formlos bei buero@bao.berlin für die Mitgliederversammlung an.



wenig in die Diskussion zu persönlichen Themen gehen soll. Darüber hinaus soll erstmals am Samstagvormittag eine Veranstaltung für das Pflegepersonal angeboten werden, um auch hier eine der wichtigsten Berufsgruppen, mit denen Anästhesisten tagtäglich zusammenarbeiten, anzusprechen und für sie interessante Themen zu diskutieren.

Der BAO gestaltet zum einen inhaltlich das Programm des NARKA am Sonntag mit seinen Themen und lädt seine Mitglieder außerdem zu seiner diesjährigen Mitgliederversammlung ein. Nähere Informationen siehe Kasten unten links.

Nicht weniger spannend verspricht das Symposium des Landesverbandes Ambulantes Operieren Bayern (LAOB) zu werden, das am 22. September 2018 in Nürnberg stattfindet und bei dem ebenfalls viele aktuelle und praxisrelevante Themen aufgegriffen werden. Wir würden

Tamara Dietze

Dipl. Volkswirtin dietze-bauer & partner
Leiterin der BAO-Geschäftsstelle

Joachim-Karnatz-Allee 7
10557 Berlin
Tel.: 030 31958413
Fax: 030 22196057
buero@BAO.Berlin
www.operieren.de

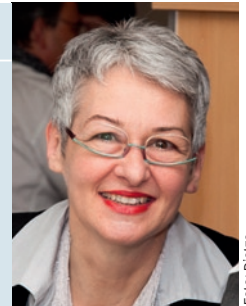


Foto: Dietze

uns freuen, möglichst viele Mitglieder des BAO sowie andere Interessierte bei diesen anstehenden Veranstaltungen begrüßen zu dürfen und freuen uns auf anregende Diskussionen mit Ihnen.

Einladung: Symposium des LAOB in Zusammenarbeit mit Firma B. Braun am Samstag, 22. September 2018 in Nürnberg

Veranstaltungsort:

Marmorsaal des Presseclubs Nürnberg,
Gewerbemuseumsplatz 2, 90403 Nürnberg

Programm:

Aktuelle Herausforderungen für ambulante Operateure und Anästhesisten
Vorsitz und wissenschaftliche Leitung: Dr. Christian Deindl und Dr. Axel Neumann

- 09:30 Uhr – 10:00 Uhr **Anmeldung**
- 10:00 Uhr – 10:15 Uhr **Begrüßung** durch Dr. Christian Deindl (LAOB) und Dr. Axel Neumann (BAO)
- 10:15 Uhr – 10:45 Uhr **Hygieneanforderungen beim Ambulanten Operieren**
Referent: Stefan Franke, Hygienemanagement (B. Braun)
- 10:45 Uhr – 11:00 Uhr **Diskussion**
- 11:00 Uhr – 11:30 Uhr **Hygiene und Infektionsprävention –**
Unterstützung von KV-Seite
Referent: Dr. Lutz Bader (KVB)
- 11:30 Uhr – 11:45 Uhr **Diskussion**
- 11:45 Uhr – 12:15 Uhr **Erste Erfahrungen mit der Datenschutzgrundverordnung in der ärztlichen Praxis und Handlungsempfehlungen**
Referentin: Silke Fröhlich (Helmsauer Gruppe)
- 12:15 Uhr – 12:30 Uhr **Diskussion**
- 12:30 Uhr – 13:15 Uhr **Mittagspause**
- 13:15 Uhr – 13:40 Uhr **Lohnt sich die eigene Praxis noch?**
Gestaltung der planvollen Existenzgründung, Investitions- und Kostenplanung, Praxis- und Apothekenbörse, Aspekte zur planvollen Praxisabgabe
Referent: Jost Neutze (Apobank)
- 13:40 Uhr – 13:50 Uhr **Diskussion**
- 13:50 Uhr – 14:15 Uhr **Aktuelles aus der Gesundheitspolitik**
Referent: NN
- 14:15 Uhr – 14:30 Uhr **Diskussion**
- 14:30 Uhr – 14:50 Uhr **Langzeitergebnisse mit dem AQS1-Patientensicherheitsfragebogen**
Referenten: Dr. Axel Neumann (BAO), Dr. Klaus Bäcker (Medicaltex), Dr. Christian Deindl (LAOB)
- 14:50 Uhr – 15:00 Uhr **Diskussion**
- 15:00 Uhr – 15:30 Uhr **Perioperative Schmerztherapie – Was gibt es Neues?**
Referent: NN
- 15:30 Uhr – 15:45 Uhr **Diskussion**
- 15:45 Uhr – 16:00 Uhr **Zusammenfassung und Verabschiedung**
Dr. Axel Neumann (BAO) und Dr. Christian Deindl (LAOB)

Parallel dazu finden im Foyer Workshops für Praxismitarbeiter/innen zu folgenden Themen statt:

- ▶ Praktische Übungen in der Verbands- und Gipstechnik
- ▶ Hygiene- und Wundmanagement

Die Tagungsgebühr von 40,00 Euro zahlen Sie bitte auf das Konto des LAO Bayern e.V.

IBAN DE04300606010004012976
BIC DAAEDEDXXX

Praxismitarbeiter/innen müssen keine Tagungsgebühr entrichten, zwecks Planung geben Sie aber bitte auf der Anmeldung an, wer welchen Workshop besuchen möchte.

Anmeldung:

BAO-Geschäftsstelle Berlin unter buero@bao.berlin oder per Fax 030 22196057

Lage des Tagungsortes:

im Haus der NÜRNBERGER Akademie
5 Gehminuten vom Hauptbahnhof
U-Bahn: Linie U2 und U3, Haltestelle Wöhrder Wiese
Straßenbahn: Linie 8, Haltestelle Marientor
Auto: Tiefgarage vor dem Haus





Fernbehandlung und Videosprechstunde

Foto: iStockphoto.com/melamnetworks

Abwarten oder loslegen? Wie chirurgische Praxen Telemedizin für sich nutzen können

Erwartungsgemäß haben die Delegierten des 121. Deutschen Ärztetages im Juni 2018 das Fernbehandlungsverbot in der (Muster-)Berufsordnung gekippt. Doch wie lassen sich diese Instrumente in den Alltag einer chirurgischen Praxis integrieren? Wo liegen die Chancen und Risiken der neuen Technik? Anwender berichten.

Von Antje Thiel

„Halten Sie die Kamera bitte etwas weiter nach links, ja, so ist es gut. Und jetzt stillhalten und fotografieren!“ Wenn Dr. Holger Brinkmann, niedergelassener Chirurg aus Soest und Vorsitzender der ANC Westfalen-Lippe, bei chronischen Wunden die alle vier Wochen vorgesehene Fotodokumentation anfertigt, dann sitzen ihm seine Patientinnen und Patienten nicht jedes Mal persönlich gegenüber. Häufig erledigt er routinemäßige Verlaufskontrollen dieser Art per Videosprechstunde.

„Die Videosprechstunde ist für mich eine tolle Möglichkeit, insbesondere Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen besser zu betreuen“, erklärt Dr. Brinkmann. Aufgrund des demographischen Wandels steige die Zahl der Pflegebedürftigen weiter an, und auch der Anteil Demenzkranker werde größer: „Und auch diese Menschen haben bei routinemäßigen Verlaufskontrollen ein Recht auf fachärztliche Behandlung.“

Ein Besuch in der Facharztpraxis ist für diese Personengruppe aber in der Regel nur mit erheblichem Aufwand möglich. Die gebrech-

lichen älteren Leute sind meist nicht mobil und müssen mit einem Krankentransport in die Praxis gebracht werden. „Zum einen werden sie dabei aus ihrer gewohnten Umgebung herausgerissen, was gerade für demenzkranke Menschen eine große Belastung darstellt“, erklärt Dr. Brinkmann. Zum anderen sei selbst für einen kurzen Routinetermin eine immense Logistik erforderlich, die sowohl in der Pflegeeinrichtung als auch in der Arztpraxis viele Ressourcen bindet.

Krankentransporte stressen Patienten und Praxisteam

„Solche Termine sind auch für das Praxisteam purer Stress. Mit dem Eintreffen des Krankentransportes werden sofort personelle Ressourcen über einen längeren Zeitraum gebunden und stehen den anderen Patienten nicht zur Verfügung.“ Nur selten seien die Krankentransporte zum geplanten Zeitpunkt in der Praxis. Denn schließlich haben Notfalltransporte Vorrang, und auch Wegezeiten (Staus) sind nicht kalkulierbar. „Wenn an einem Arbeitstag drei Patienten geplant mit

einem Krankentransport zur Kontrolle in die Praxis kommen, bedeutet dies jedes Mal eine Störung des üblichen Praxisablaufs“, berichtet Dr. Brinkmann. Denn diese Patienten würden natürlich den anderen Wartenden vorgezogen, damit sie schnell versorgt und möglichst mit demselben Krankentransport direkt wieder nach Hause oder in die Pflegeeinrichtung gebracht werden können.“ Die Alternative hierzu sind Hausbesuche in den Pflegeeinrichtungen. Diese aber kosten ihn für eine kurze visuelle Kontrolle, die kaum mehr als eine Minute Zeit erfordert, leicht 20 Minuten Fahrzeit pro Strecke. „Das ist für mich in den meisten Fällen vergeudete Zeit“, findet Dr. Brinkmann.

Verlaufskontrollen bei chronischen Wunden, aber auch die Nachsorge bei Frakturbehandlungen – etwa die Kontrolle der Eintrittsstellen von Fixateur-Pins – erledigt er deshalb mittlerweile lieber per Videosprechstunde. Dafür gibt es feste Termine, zu denen sich die Pflegekräfte der entsprechenden Einrichtung zu ihm einwählen und ihm die Patientin oder den Patienten vorstellen. „Das funktioniert so einfach wie bei Skype oder Facetime, nur halt mit einer sicheren Datenleitung“, erklärt Dr. Brinkmann, „ich kann so auch den Pflegekräften beim Verbandwechsel über die Schulter schauen, sie anleiten oder korrigieren. All das war zuvor in diesem Umfang gar nicht möglich.“

Weniger Besuche von MRSA-Trägern in der Praxis

Auch bei Routine-Verlaufskontrollen an Patientinnen und Patienten, die mit MRSA-Keimen infiziert sind, erleichtert die Videosprechstunde der Praxis die Arbeit: „Die Vor- und Nachbereitung von Präsenzterminen mit MRSA-Trägern ist für die Praxis extrem aufwändig. Allein die Zwischenreinigung des Behandlungsraums kostet schnell 20 Minuten Zeit.“ Mithilfe der Videosprechstunde kann Dr. Brinkmann die Zahl solcher Termine auf ein Minimum reduzieren. Insgesamt werde der Service von den Patientinnen und Patienten, ihren Angehörigen und dem Personal in den Pflegeheimen hervorragend angenommen, und auch sein Praxisteam sei begeistert. „Wirklich alle Beteiligten sparen Zeit und Nerven, es ist sozusagen eine Win-Win-Win-Situation!“

Natürlich eignet sich die Videosprechstunde nicht für sämtliche chirurgischen Indikationen. „Wenn ein elektiver operativer Eingriff ansteht, dann ist die persönliche klinische Untersuchung durch den Chirurgen durch nichts zu ersetzen“, betont Dr. Brinkmann, „die Grenzen der Methode sind da, wo es über eine visuelle Einschätzung hinausgeht.“ Trotzdem könne die Videosprechstunde auch im Umfeld von Operationen gute Dienste leisten: „Manchmal haben Patientinnen und Patienten eine Weile nach dem Aufklärungsgespräch noch Fragen, die sie gern vor dem OP-Termin erörtern möchten“, erzählt Dr. Brinkmann, „mit ihren offenen Punkten können sie sich dann in die Videosprechstunde einwählen und direkt von Angesicht zu Angesicht mit mir reden, ohne dass sie eigens in die Praxis kommen müssen.“

Blick über den Tellerrand der eigenen Fachrichtung hinaus

Dr. Brinkmann und die Pflegeeinrichtungen, mit denen er kooperiert, nutzen das System eVi für ihre Videosprechstunden. eVi steht für „elektronische Visite“ und wurde von der IT-Firma La-Well Systems

Antje Thiel

Redaktionsleitung
VMK Verlag für Medizinkommunikation GmbH
Chirurgen Magazin + BAO Depesche

Dachsweg 5, 25335 Elmshorn
Tel.: 04121 2763634
Fax: 04121 2764948
antje.thiel@vmk-online.de
www.vmk-online.de



Foto: Thiel

GmbH entwickelt. Das Unternehmen gehört mittlerweile der Computergroup, wurde aber ursprünglich von dem niedergelassenen Chirurgen Dr. Hans-Jürgen Beckmann aus Bünde gegründet, der vielen als Mitgründer von „Medizin und Mehr“ (MuM), einem der ältesten Ärztenetze Deutschlands, ein Begriff ist.

„Nach so langer Zeit in unserem interdisziplinären Ärztenetz MuM bin ich es gewohnt, über den Tellerrand meiner eigenen Fachrichtung hinauszuschauen“, sagt Dr. Beckmann. Und so war es naheliegend für ihn, mit dem eVi-System zusammen mit der Kassenärztlichen

121. Deutscher Ärztetag: (Muster-)Berufsordnung erlaubt Ärzten nun die Fernbehandlung

„Ärztinnen und Ärzte beraten und behandeln Patientinnen und Patienten im persönlichen Kontakt. Sie können dabei Kommunikationsmedien unterstützend einsetzen. Eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien ist im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation gewahrt wird und die Patientin oder der Patient auch über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt wird.“ So lautet die Neufassung des § 7 Absatz 4 der (Muster-)Berufsordnung, wie sie beim 121. Deutschen Ärztetag im Mai 2018 in Erfurt verabschiedet wurde.

Zur Begründung heißt es im Beschlussprotokoll unter anderem: „Ziel dieser Öffnung ist, den Patientinnen und Patienten zukünftig mit der Fort- und Weiterentwicklung telemedizinischer, digitaler, diagnostischer und anderer vergleichbarer Möglichkeiten eine dem anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse entsprechende ärztliche Versorgung anbieten zu können. Telemedizinische Primärarztmodelle sind dabei zu vermeiden. Die ausdrücklich benannten Anforderungen sollen verdeutlichen, dass ihnen bei der ausschließlichen Beratung und Behandlung aus der Ferne eine besondere Bedeutung zukommt und sie von der Ärztin oder dem Arzt zu gewährleisten sind. Ob eine Beratung oder Behandlung ausschließlich aus der Ferne über Kommunikationsmedien möglich ist, entscheidet die Ärztin oder der Arzt durch eine jeweilige Prüfung des Einzelfalls.“

Der nächste Schritt – sprich die Übernahme dieser Regelung in die rechtsverbindlichen Berufsordnungen der Landesärztekammern – wurde bislang in Sachsen vollzogen. Die Bundesländer Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg hatten Fernbehandlungen bereits im Vorfeld des Beschlusses von Erfurt im Rahmen von Modellprojekten erlaubt. Im Oktober 2018 wird der Bayerische Ärztetag in Nürnberg entscheiden, wie die Fernbehandlung in der dortigen Berufsordnung in Zukunft geregelt wird.

Kurzlink zum Beschlussprotokoll (hier: siehe Seite 287ff.):
www.tinyurl.com/DAET-Fernbehandlung

Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) seit dem Jahr 2016 im Rahmen eines ersten Projekts 19 Pflegeheime mit 14 Arztpraxen des Ärztenetzwerks miteinander zu vernetzen. Dabei zeigte sich, dass durch den Einsatz der Videosprechstunde etwa jeder zweite Krankentransport

Technische und organisatorische Voraussetzungen: **Worauf die Praxis achten muss und wer zertifizierte Software anbietet**

Technische Sicherheit und Datenschutz

KBV und GKV-Spitzenverband haben sich über die technischen Anforderungen für die Praxis und den Videodienst geeinigt, insbesondere zur technischen Sicherheit und zum Datenschutz.

- ▶ Ärzte müssen für die Videosprechstunde eine schriftliche Einwilligung des Patienten einholen.
- ▶ Die Videosprechstunde muss in Räumen stattfinden, die Privatsphäre bieten. Außerdem müssen die eingesetzte Technik und die elektronische Datenübertragung eine angemessene Kommunikation mit dem Patienten gewährleisten.
- ▶ Die Videosprechstunde muss vertraulich und störungsfrei verlaufen – wie eine normale Sprechstunde auch. So darf die Videosprechstunde beispielsweise von niemandem aufgezeichnet werden, auch nicht vom Patienten.
- ▶ Der Klarnamen des Patienten muss für den Arzt erkennbar sein.
- ▶ Die Videosprechstunde muss frei von Werbung sein.
- ▶ Der Videodienstanbieter muss zertifiziert sein. Diese Zertifikate muss er dem Arzt vorweisen können. Er muss zudem gewährleisten, dass die Videosprechstunde während der gesamten Übertragung Ende-zu-Ende verschlüsselt ist.

Zertifizierte Videodienstanbieter

Folgende Unternehmen bieten Software für die Videosprechstunde an. Alle erfüllen die Sicherheits- und Datenschutzaufgaben der KBV und wurden entsprechend durch die Datenschutz Cert GmbH zertifiziert. Als bislang einziges Produkt wurde „eVI – elektronische Visite“ von der TÜV Informationstechnik GmbH zertifiziert.

- ▶ Arztkonsultation, Kontakt: www.arztkonsultation.de
- ▶ Deutsche Arzt AG, Kontakt: www.sprechstunde.online
- ▶ Doccura, Kontakt: www.telemedallianz.de
- ▶ Doktor-Online.org, Kontakt: www.doktor-online.org
- ▶ eVI – elektronische Visite, Kontakt: www.elvi.de
- ▶ Patientus Online Videosprechstunde, Kontakt: www.patientus.de
- ▶ WoMBA Videosprechstunde, Kontakt: www.womba.org
- ▶ Viomedij, Kontakt: www.viomedij.de
- ▶ XPertyme, Kontakt: www.xpertyme.com, www.medityme.com

Abrechnung von Videosprechstunden

Arztpraxen erhalten ab April für jede Videosprechstunde einen Technik- und Förderzuschlag von 4,21 Euro (GOP 01450, Bewertung: 40 Punkte). Dieser wird für bis zu 50 Videosprechstunden im Quartal gezahlt, auch mehrmals im Behandlungsfall. Videosprechstunden sollen eine persönliche Vorstellung in der Praxis ersetzen. Die Konsultation ist deshalb Inhalt der Versichertenbeziehungsweise Grundpauschale und somit nicht gesondert berechnungsfähig. Für Fälle, bei denen der Patient in einem Quartal nicht die Praxis aufsucht, rechnen Ärzte ab 1. April die neue GOP 01439 (Bewertung 88 Punkte) ab.

Unter dem Link www.kbv.de/html/videosprechstunde.php finden Sie weitere Informationen zur Videosprechstunde sowie eine jeweils aktuelle Liste der zertifizierten Anbieter von Videosprechstunden.

eingespart werden konnte, obwohl die Bewohner der Einrichtungen häufiger mit ihren Ärzten im Kontakt standen als zuvor. Diese Erfahrung hat Dr. Beckmann auch in seiner eigenen chirurgischen Praxis gemacht: „Ich denke da an zwei ältere demente Damen, die in Pflegeheimen leben und zuvor immer alle zwei Wochen mit viel Aufwand für Verlaufskontrollen in die Praxis transportiert werden mussten. Heute sehen wir sie nur noch einmal monatlich persönlich in der Praxis. Dafür finden nun drei weitere Kontrolltermine pro Monat per Videosprechstunde statt. Wir haben also eine höhere Versorgungsdichte bei weniger Aufwand, das ist eine klare Verbesserung der Qualität.“ Auch Dr. Beckmann weiß die Möglichkeit zu schätzen, dem Personal in den Pflegeeinrichtungen via Videoverbindung direktes Feedback zur Wundversorgung und zum Verbandwechsel zu geben: „Bislang hatten wir Ärzte kaum Einblick, was in den Pflegeeinrichtungen im Alltag gemacht wird. Niemand hat da groß draufgeschaut. Jetzt gibt es mit der visuellen Kontrolle durch den Arzt mehr Sicherheit.“

Postoperative Bewegungskontrollen via Monitor

Nach zwei Jahren Erfahrung mit dem System der Videosprechstunde sieht auch Dr. Beckmann Verlaufskontrollen bei immobilen Patientinnen und Patienten, die in Pflegeeinrichtungen leben, als die wichtigsten Einsatzgebiete. Doch auch postoperative Bewegungskontrollen nach handchirurgischen Eingriffen oder Gelenkersatz seien problemlos per Videosprechstunde durchführbar. „Und wenn mich ganz akut ein Patient anruft, der sich am Finger verletzt hat und stark blutet, dann fällt mir die Einschätzung der Lage viel leichter, wenn ich ihn nicht nur am Telefon höre, sondern auch sein Bild auf dem Monitor sehe“, meint der Chirurg.

Das Videoportal eigne sich aber nicht nur für die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, sondern auch für Fallkonferenzen mit Kolleginnen und Kollegen. „Wir können bei schwierigen Fällen zum Beispiel Röntgenbilder für die konsiliarische Fallbesprechung hochladen und gemeinsam diskutieren. Auch die Patientinnen und Patienten, um die es dabei geht, können wir dazuschalten und einbinden. Diese fühlen sich mit ihrem Problem absolut ernst genommen und wertgeschätzt, wenn sich gleich mehrere Ärztinnen und Ärzte den Kopf über sie zerbrechen“, erzählt Dr. Beckmann.

Für den Bündener Chirurgen und seine Mitstreiter ist der jüngst beschlossene Wegfall des strikten Fernbehandlungsverbots ein überfälliger Schritt: „Wir werden die medizinische Versorgung in Zukunft nur durch Delegation und den Einsatz digitaler Hilfsmittel aufrecht erhalten können. Man kann sich nicht immer über zu viel Arbeit beklagen und dann Entlastungsangebote nicht annehmen.“

Andere Stimmen äußern sich allerdings deutlich skeptischer zu Telemedizin und Fernbehandlung. So erklärte etwa der Präsident der Landesärztekammer Bayern, Dr. Gerald Qwitterer, unmittelbar nach dem 121. Deutschen Ärztetag in Erfurt: „Fernbehandlung soll nicht die Bedürfnisse der Patienten nach mehr Bequemlichkeit bedienen, sondern allenfalls für einen besonderen Bedarf zur Verfügung stehen.“ Darüber hinaus sei zu bedenken, dass diese Form der Behandlung unter

Umständen zusätzliche Kosten generiere, deren Bezahlung geklärt werden müsse.

Die zusätzlichen Kosten, die durch die Fernbehandlung entstehen, halten sich nach Einschätzung der beiden Chirurgen Dr. Brinkmann und Dr. Beckmann allerdings im Rahmen. Schließlich könne man problemlos einen unverbindlichen Testlauf in der eigenen Praxis starten, für den man lediglich einen internetfähigen PC benötige – zuzüglich der Lizenzgebühr für das jeweilige System für die Videosprechstunde, die für einen monatlich kündbaren Vertrag bei den meisten Anbietern bei 59 Euro pro Monat liegt.

Allerdings geben die beiden zu bedenken, dass die telemedizinische Versorgung in ihrem Projekt in Westfalen-Lippe derzeit über Verträge zur integrierten Versorgung spezieller Erkrankungen (IGV) finanziert wird, die ihnen deutlich bessere Honorare als in der Regelversorgung sichern. „Wenn Fernbehandlung und Videosprechstunden flächendeckend eingesetzt werden, muss die Honorierung über den EBM nachziehen, das ist ganz klar“, fordert Dr. Beckmann.

Fester Termin zum Ende der Vormittagsprechstunde

Sowohl Dr. Brinkmann als auch Dr. Beckmann raten ihren Kolleginnen deshalb: „Einfach mal für ein paar Monate ausprobieren!“ Die Einbindung in die Praxisorganisation gelinge am besten, wenn man einen festen Zeitraum am Rande der regulären Sprechzeit für die Videosprechstunde reserviert, also entweder zum Ende der Vormittagsprechstunde oder gegen Abend, und zunächst beispielsweise zwei ausgewählten Pflegeeinrichtungen die Videosprechstunde als Option anbietet. Desweiteren sei es sinnvoll, vom ersten Tag an eine technikaffine MFA mit einzubinden und zu schulen. „Wenn diese MFA sich schon vor der Videosprechstunde um den Verbindungsaufbau zu den einzelnen Patientinnen und Patienten kümmert, dann kann ich als Arzt gleich loslegen“, erklärt Dr. Beckmann. Bei guter Organisation könne man mit der Videosprechstunde vom ersten Tag an viel Zeit sparen.

Einen anderen häufig genannten Kritikpunkt können die beiden Telemedizin-Pioniere aus Westfalen-Lippe hingegen nicht vollständig entkräften: Wird die Möglichkeit zur Fernbehandlung nicht Callcenterartige Strukturen oder ominöse „Teleärzte“, teilweise mit Sitz im Ausland, auf den Plan rufen? Wer garantiert dann für die Diagnose- und Behandlungsqualität? „Ich sehe diese Entwicklung nicht als Gefahr für unseren Berufsstand, auch unser Beruf wandelt sich nun einmal“, meint Dr. Brinkmann. „Mit hoher Wahrscheinlichkeit lässt sich die Zahl der Arztbesuche durch den Einsatz von Telemedizin in den Arztpraxen reduzieren, in chirurgischen Praxen sehe ich dieses jedoch nur für das oben angesprochenen Klientel.“ In europäischen Nachbarländern böten Krankenkassen ihren Versicherten bereits an, anhand von Fragenkatalogen im Gespräch mit den Mitarbeitern zu entscheiden, ob und welcher Arzt welcher Fachgruppe aufgesucht werden sollte. Vorsicht sei allerdings geboten, wenn Krankenkassen ihre Mitglieder

verpflichten oder nur dann Rabatte gewähren, wenn sie vor einem Arzttermin eine telemedizinische Beratung mit einem angestellten Callcenter-Arzt wahrnehmen. „Da sollten wir aufpassen. Die Wahlfreiheit für die Patientinnen und Patienten muss erhalten bleiben!“, betont der Chirurg aus Soest.

» Mögliche Bestrebungen der Krankenkassen, ihre Mitglieder vor einem (Fach-)Arztkontakt zu verpflichten, sich telemedizinisch bei einem ihrer angestellten Callcenter-Ärzte beraten zu lassen, sind auf schärfste zu verurteilen und strikt abzulehnen.«

Dr. Holger Brinkmann

Lieber mitgestalten als von der Entwicklung überrollt werden

Sein Kollege Dr. Beckmann sieht diesen Punkt eher pragmatisch. Mit dem Fall des Fernbehandlungsverbots stünden viele Anbieter – darunter auch Krankenhauskonzerne, Wohlfahrtsverbände und Krankenkassen – in den Startlöchern um medizinische Beratung via Callcenter anzubieten. „Man muss die reale Welt sehen und darauf reagieren. Ich freue mich nicht über jede Facette dieser Entwicklung. Aber genau deshalb sollten wir Ärztinnen und Ärzte alles dransetzen, eigene attraktive und funktionierende Strukturen anzubieten, die wir selbst steuern können. Viele Dinge kann ich noch so kritisch sehen, ich werde sie nicht verhindern können. Dann doch lieber mitmachen und mitgestalten als von der Entwicklung überrollt werden!“

Kommentar des BNC-Vorsitzenden Dr. Christoph Schüürmann: Jetzt sind die Kostenträger in der Verantwortung!

Die Kollegen Brinkmann und Beckmann haben mit viel Arbeit eine schöne Darstellung des zunehmend wichtigen Themas Telemedizin in Bezug auf chirurgische Praxen abgeliefert, dafür vielen Dank! Die Sache wird kommen, und man darf der Zukunft nicht im Wege stehen. Allerdings muss nicht nur die notwendige Technik eingerichtet, sondern auch der Umgang mit ihr bis zum Erreichen eines guten Standards von allen Beteiligten trainiert werden – einschließlich des Personals im Pflegeheim. Dann muss sich jede Chirurgin und jeder Chirurg darüber im Klaren sein, bei welcher Indikation überhaupt die Videosprechstunde anwendbar ist.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass die vorgestellten chirurgischen Videosprechstunden über Sondervereinbarungen mit Krankenkassen und/oder Pflegeheimen finanziert werden, und zwar deutlich besser als die „normale“ Wundbehandlung in einer Praxis, die in der Regel in der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) angesiedelt ist und bei Weitem nicht den durchschnittlich anfallenden Aufwand abdeckt. Von der zusätzlichen Arbeit bei resistenten Keimen mal ganz zu schweigen.

Die Krankenkassen müssen attraktive Honorare für diese Leistungen entwickeln, schließlich können sie allein durch den Rückgang von Transportkosten in die Praxen und zurück viel Geld sparen. Stellen sie sich hier quer, gebe ich dieser unter definierten Voraussetzungen sicher zukunftsweisenden Methode flächendeckend keine Chance. Dazu muss auch der EBM angepasst werden: Lächerliche Zuschläge von 4,21 Euro für Technik und Förderung beleidigen unsere qualifizierte und spezialisierte Arbeit.

Außerdem handelt es sich hierbei – je nach Praxisorganisation und Patientenlientel – oft für lange Zeit um eine reine Mehrarbeit, für die Chirurg und qualifizierte MFA zusätzlich in der Mittagspause für eine ungestörte Videosprechstunde zur Verfügung stehen müssen. Angesichts des Patientenansturms in der ambulanten Chirurgie kenne ich viele Praxen, die Pausen mittlerweile so knapp und genau getaktet haben, dass eine solche Einrichtung ein enormes zusätzliches Engagement aller Beteiligten erfordert – Pausen für die Mitarbeiterinnen sind schließlich einzuhalten! „Liebe“ Kassen: Ihr seht, das gibt es nicht kostenlos, also strengt Euch an!

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Stimmen zum ersten Gesetzentwurf von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

Mehr Geld für zusätzliche Leistungen – diese Aussage kommt bei der durch jahrzehntelangen Sparzwang gebeutelten Ärzteschaft erst einmal gut an. Doch andere Elemente des geplanten TSVG stoßen bei Verbänden und Selbstverwaltung nicht unbedingt auf Gegenliebe. Ein Überblick über die verschiedenen Reaktionen.

Von Antje Thiel

Das von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn geplante Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ist in weiten Teilen der Ärzteschaft auf Ablehnung gestoßen. So sieht es zumindest die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die kritisierte, dass mit dirigistischen Eingriffen versucht werden solle, die Versorgung zu verbessern. „Das ist der falsche Ansatz“, warnte KBV-Chef Dr. Andreas Gassen.

So lehne der KBV-Vorstand den Plan ab, die Mindestsprechstundenzeit auf 25 Stunden die Woche anzuheben und Ärzte zu offenen Sprechstunden ohne Terminvergabe zu verpflichten. „Ärzte sind Freiberufler und müssen ihre Arbeit frei gestalten können“, betonte Gassen, „es sei denn, die Bundesregierung orientiert sich an staatlichen Gesundheitssystemen wie in Großbritannien.“

Für den KBV-Vize Dr. Stephan Hofmeister zeugen etliche Punkte im Referentenentwurf von Ignoranz und mangelnder Wertschätzung gegenüber den Niedergelassenen. „Bislang hatten wir noch Hoffnung, dass die Politik erkennt und honoriert, was die Ärzte und Psychotherapeuten in den Praxen jeden Tag für die Menschen in diesem Land leisten. Doch das ist offenkundig nicht der Fall. Nun soll ihnen per Gesetz noch mehr Arbeit aufgebürdet werden“, kritisierte er.

Mehr Bürokratie und dann noch weniger Zeit für Patienten?

Insgesamt befürchtet der KBV-Vorstand, dass mit dem Gesetz noch mehr Bürokratie geschaffen wird. „Durch die vielen regulatorischen Vorgaben könnte den Ärzten trotz verordneter Mehrarbeit am Ende weniger Zeit für ihre Patienten zur Verfügung stehen“, befürchtete Vorstandsmitglied Dr. Thomas Kriedel. Allein schon durch die Überprüfung der Mindestsprechstundenzeiten sei zusätzliche Verwaltungsarbeit programmiert. Neben den kritischen Punkten sieht der Vorstand der KBV aber auch positive Ansätze. „Dass für die ambulante Versorgung zusätzlich 600 Millionen Euro zur Verfügung gestellt werden sollen, ist begrüßenswert“, bemerkte Gassen. Damit erkenne

der Minister zumindest an, dass mehr Leistungen auch mehr Geld kosteten.

Bevor mehr Geld in die ambulante Versorgung fließt, muss Spahn allerdings auch noch die gesetzlichen Krankenkassen davon überzeugen, dass Mehrarbeit auch mehr kostet. Und dies dürfte keine ganz leichte Aufgabe werden. Denn der GKV-Spitzenverband ließ die Öffentlichkeit unmittelbar nach Bekanntwerden des Referentenentwurfs wissen, dass eine höhere Vergütung der Ärzteschaft für ihn nicht infrage kommt. So verwies Johann-Magnus von Stackelberg, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes auf die bereits heute gezahlten Honorare der Krankenkassen an die niedergelassenen Arztpraxen.

GKV-Spitzenverband lehnt Mehrausgaben strikt ab

„Wenn die Terminvergabe und -vermittlung nicht richtig funktioniert, dann ist das ein innerärztliches Problem, welches auch durch eine gegebenenfalls verbesserte innerärztliche Verteilung des Honorars gelöst werden sollte.“ Für echte Zusatzleistungen erhielten die Ärzte bereits zusätzliches Honorar, erklärte von Stackelberg und verwies auf den Zuschlag in Höhe von 11 Euro für Sprechstunden am Samstag. „Aber mehr Geld in Form von Zuschlägen oder dergleichen alleine dafür, dass die niedergelassenen Ärzte in ihrer Gesamtheit die Aufgaben im Bereich

der Sprechzeiten und der Terminvergabe nicht länger vernachlässigen, lehnen wir ab.“

der Sprechzeiten und der Terminvergabe nicht länger vernachlässigen, lehnen wir ab.“

TK freut sich über Vorstoß bei der Digitalisierung

Einzelne Krankenkassen wie etwa die Techniker Krankenkasse (TK) hingegen äußerten sich aufgeschlossener und verloren kein kritisches Wort über die in Aussicht gestellte Mehrvergütung. So begrüßte der TK-Vorstandsvorsitzende Dr. Jens Baas den Vorstoß und lobte eine Reihe positiver Ansätze, die „einen direkten und spürbaren Nutzen“ für die Versicherten bedeuteten. Besonders positiv bewertete Baas den

» Durch die vielen regulatorischen Vorgaben könnte den Ärzten trotz verordneter Mehrarbeit am Ende weniger Zeit für ihre Patienten zur Verfügung stehen «

Dr. Thomas Kriedel

Umstand, dass alle Krankenkassen dazu verpflichtet werden sollen, bis spätestens 2021 eine elektronische Gesundheitsakte (eGA) anzubieten. Schließlich hat die TK bereits gemeinsam mit dem IT-Konzern IBM eine Gesundheitsakte für ihre Versicherten entwickelt, die derzeit im Testbetrieb läuft.

Von Seiten des Verbands der Ersatzkassen (vdek) wiederum hieß es: „Den Ansatz, die Arztpraxen finanziell zu fördern, die tatsächlich neue Patienten aufnehmen, unterstützen wir. Andere finanzielle Maßnahmen müssen jedoch kritisch auf ihre Auswirkungen hin geprüft werden: Wenn offene Sprechstunden zukünftig höher vergütet würden als Terminsprechstunden, kann dies zu Fehlanreizen führen, mit der Folge, dass die Versicherten gegebenenfalls stundenlang in der Arztpraxis warten müssen.“

Hartmannbund fordert Dialog auf Augenhöhe

Auch beim Hartmannbund ist man sich nicht ganz sicher, ob das Instrument von Zuschlägen für offene Sprechstunden in der Praxis wirklich tauglich ist. Sein Vorsitzender Dr. Klaus Reinhardt erklärte: „Ich setze darauf, dass der Minister im Rahmen des bevorstehenden Gesetzgebungsverfahrens derartige Fragen mit uns im Dialog und auf Augenhöhe erörtert“.

Medi-Chef Dr. Werner Baumgärtner äußerte sich dem Punkt der offenen Sprechstunden weit weniger optimistisch: „Solche Sprechstunden bedeuten mehr Arbeit für die Praxen, weil dann bestehende Abläufe oder Terminvergaben nicht mehr funktionieren. Die Praxen müssten eine unkalkulierbare Inanspruchnahme in Kauf nehmen und ihre ganze Struktur neu organisieren.“ Positiv bewertete Baumgärtner allerdings, dass Praxisnetze künftig einen Gründerstatus für den Aufbau medizinischer Versorgungszentren (MVZs) bekommen sollen: „So könnten die Netze durch selbstbetriebene MVZ die Versorgung einer Region sichern.“

BMVZ kritisiert Nachbesetzungsverfahren in MVZ

Der Bundesverband MVZ (BMVZ) wiederum sieht gerade in puncto MVZ Nachbesserungsbedarf am TSVG-Entwurf. So werde das Ziel, die Attraktivität der MVZ zu erhalten und gleichzeitig für eine Balance zwischen Anstellung und selbstständiger Tätigkeit zu sorgen, nur teilweise erreicht. Der BMVZ kritisiert insbesondere das Vorhaben, jede Nachbesetzung eines Angestellten unter den Vorbehalt einer gesonderten Bedarfsprüfung zu stellen. „Durch diese Änderung, die auf einer fehlerhaften Gleichsetzung der Nachbesetzung einer Zulassung mit der Nachbesetzung einer Anstellungsgenehmigung beruht, würde jedoch ohne Nutzen für die Patienten die kontinuierliche Besetzung von Arztstellen durch zusätzliche bürokratische Hürden erschwert“, warnte der BMVZ.

Die Zulassungsausschüsse müssten dann bei angestellten Ärzten bei jedem Wechsel eine Bedarfsprüfung durchzuführen, obwohl diese bereits beim Wechsel des Inhabers des Sitzes erfolge. „Eine solche Regelung verhindert auf Versorgungsebene die Planbarkeit des Praxisbetriebs und konterkariert damit das eigentliche Ziel der Bedarfsplanung.“ ◀

Antje Thiel

Redaktionsleitung
VMK Verlag für Medizinkommunikation GmbH
Chirurgen Magazin + BAO Depesche

Dachsweg 5, 25335 Elmshorn
Tel.: 04121 2763634
Fax: 04121 2764948
antje.thiel@vmk-online.de
www.vmk-online.de



Foto: Thiel

Entwurf für ein TSVG: Überblick über die zentralen Elemente des Vorhabens von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

Schnellere Terminvergabe für Patienten

- ▶ Terminservicestellen sollen künftig über die bundesweit einheitliche Nummer 116117 rund um die Uhr erreichbar sein,
- ▶ Terminvermittlung auch zu Haus- und Kinderärzten sowie Unterstützung bei der Suche nach dauerhaft behandelnden Haus-, Kinder- und Jugendärzten,
- ▶ in Akutfällen Vermittlung von Patienten auch während der Sprechstundenzeiten an Arztpraxen oder Notfallambulanzen,
- ▶ Erweitertes Angebot zu Terminservicestellen (nicht nur telefonisch, sondern auch online oder per App).

Erweiterte Mindestsprechstundenzeiten in Arztpraxen

- ▶ Mindestens 25 Stunden pro Woche (Hausbesuche werden angerechnet),
- ▶ Arztgruppen der unmittelbaren und wohnortnahen Versorgung (z. B. Haus- und Kinderärzte, konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, HNO-Ärzte), müssen mindestens fünf Stunden pro Woche als offene Sprechstunde anbieten, für die keine vorherige Terminvereinbarung erforderlich ist,
- ▶ Kassenärztliche Vereinigungen informieren im Internet über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte,
- ▶ Kassenärztliche Vereinigungen überwachen Einhaltung der Mindestsprechstunden (einheitliche Prüfkriterien und jährliche Ergebnisberichte an Landes- und Zulassungsausschüsse sowie Aufsichtsbehörden).

Extrabudgetäre Vergütung bzw. erhöhte Bewertung für Ärzte für folgende Zusatzangebote

- ▶ Vermittlung eines Facharzt-Termins durch einen Hausarzt,
- ▶ Behandlung von Patienten, die durch Terminservicestelle vermittelt werden,
- ▶ Behandlung von neuen Patienten in der Praxis,
- ▶ Leistungen, die in den offenen Sprechstundenzeiten erbracht werden,
- ▶ Akut- und Notfälle während der Sprechstunden,
- ▶ Kommunikation zwischen Arzt und Patient (sprechende Medizin),
- ▶ Hausarztbesuche als anerkannte Praxisbesonderheit.

Einführung der elektronischen Patientenakte spätestens ab 2021

- ▶ Krankenkassen müssen ihren Versicherten spätestens ab 2021 eine elektronische Patientenakte (ePA) zur Verfügung stellen und sie darüber informieren.
- ▶ Mobiler Zugriff auf medizinische Daten der ePA soll auch mittels Smartphone oder Tablet möglich sein.
- ▶ Die Einwilligung des Versicherten in die Nutzung der medizinischen Anwendungen – unter Beachtung des Datenschutzes – soll vereinfacht werden.

Kurzlink zum Gesetzentwurf: www.tinyurl.com/TSVG-Entwurf

Berufsverband Niedergelassener Chirurgen (BNC): Kontakt zu den Regionalverbänden und zur Geschäftsstelle**Arbeitsgemeinschaften Niedergelassener Chirurgen (ANC)****ANC Baden-Württemberg Nord**

Dr. Frido Mütsch
Pestalozzistr. 19, 74076 Heilbronn
Telefon 07131 9423-0
www.anc-bwn.de

ANC Berlin

Dr. Volker Lacher
Am Tegeler Hafen 2, 13507 Berlin
Telefon 030 92105993

ANC Brandenburg

Dr. Ralf Greese
Meyenburger Chaussee 23
16909 Wittstock
Telefon: 03394 403580

ANC Hamburg

Dr. Gerd Fass
Oskar-Schlemmer-Str. 15, 22115 Hamburg
Telefon: 040 71591255

HCV Hessen

Dr. Peter Schwalbach
Promenadenstr. 18, 64625 Bensheim
Telefon 06251 580150
www.hcv-ev.de

ANC Mecklenburg-Vorpommern

Ulrich Braune
Wismarsche Str. 132–134
19053 Schwerin
Telefon 0385 5507502

ANC Mittelfranken

Dr. Hans Peter Koerfgen
Schwabedastr. 1, 91522 Ansbach
Telefon 0981 48840-0
www.anc-mittelfranken.de/

ANC Niederbayern

Dr. Walter Richter
Achdorferweg 5, 84036 Landshut
Telefon 0871 25055

ANC Niedersachsen

Dr. Gerd-Dieter von Koschitzky
Großer Graben 23, 29664 Walsrode
Telefon 05161 73021
www.anc-niedersachsen.de

ANC Nordrhein

Dr. Manfred Weisweiler
Vogteistr. 16, 52511 Geilenkirchen
Telefon 02451 91068-0
www.anc-nordrhein.de

ANC Oberbayern

Dr. Dieter Galewski
Rosenheimer Str. 41 D
83043 Bad Aibling
Telefon 08061 9336-0

ANC Oberfranken

Dr. Rainer Woischke
Luitpoldstr. 11, 95326 Kulmbach
Telefon 09221 66666

ANC Oberpfalz

Dr. Ulrich Hoffmann
Dr.-Kurt-Schumacher-Str. 1
93133 Burglengenfeld
Telefon 09471 5590

ANC Rheinland-Pfalz

Dr. Lutz Riedel
Am Brand 12, 55116 Mainz
Telefon 06131 233442

ANC Saarland

Dr. Achim Schweitzer
Schwarzenbergstr. 5, 66663 Merzig
Telefon 06861 72042

ANC Sachsen

Dr. Gunter Linke
Lockwitzer Str. 15, 01219 Dresden
Telefon 0351 4715807
www.ancsachsen.de

ANC Sachsen-Anhalt

Dr. Kay Brehme
Weidenplan 16–17
06108 Halle/Saale
Telefon: 0345 226480-0

ANC Schleswig-Holstein

Dr. Matthias Tennie
Neuer Weg 1A
24568 Kaltenkirchen
Telefon 04191 3021

ANC Schwaben

Dr. Thomas Fleiner
Frölichstr. 13, 86150 Augsburg
Telefon 0821 478665-0

ANC Südwürttemberg

Dr. Dirk Albrecht
Listplatz 1, 72764 Reutlingen
Telefon 07121 3125-0

ANC Thüringen

Dr. Philipp Zollmann
Post-Carré Engelplatz 8, 07743 Jena
Telefon 03641 699300
www.ancthueringen.de

ANC Unterfranken

Dr. Harald Herterich
Hermann-Löns-Str. 2, 97447 Gerolzhofen
Telefon 09382 99992
www.anc-unterfranken.de

ANC Westfalen-Lippe

Dr. Holger Brinkmann
Krummel 1, 59494 Soest
Tel.: 02921 3913340

ANC Südbaden

Dr. Alex Furtwängler
Wirthstr. 11A, 79110 Freiburg
Telefon 0761 2088200

Berufsverband Niedergelassener Chirurgen (BNC)**Geschäftsführer und 1. Vorsitzender**

Dr. Christoph Schüürmann
Louisenstr. 53–57, 61348 Bad Homburg
Telefon 06172 21039

2. Vorsitzender

Dr. Philipp Zollmann
Post-Carré Engelplatz 8, 07743 Jena
Telefon 03641 699300

Schatzmeister

Dr. Michael Bartsch
Gartenstr. 81, 91154 Roth
Telefon 09171 62262

Beisitzer

Dr. Gerd-Dieter von Koschitzky
Großer Graben 23, 29664 Walsrode
Telefon 05161 73021

Beisitzer

Dr. Johannes Gensior
Mühlenstr. 3–5, 41352 Korschenbroich
Telefon 02161 64618

Ehrenvorsitzender

Dr. Dieter Haack
Eierstr. 46, 70199 Stuttgart
Telefon 0711 601760-0

BNC Geschäftsstelle

Rosemarie Plassmann
Dorfstr. 6D,
22941 Jersbek

Telefon 04532 2687560
Fax 04532 2687561
E-Mail info@bnceev.de

Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO): Kontakt zu den Regionalverbänden und zur Geschäftsstelle**Landeverbände Ambulantes Operieren (LAO)****LAO Baden-Württemberg e. V.**

Dr. Jürgen Lambert
Stühlingerstr. 22–24
79106 Freiburg i. Brsg.
Telefon 0761 388000
www.lao-bw.de

LAO Bayern e. V.

Dr. H. Lindner
Schlüterstr. 5A, 85057 Ingolstadt
Telefon 0841 480448
www.laobayern.de

LAO Berlin e. V.

Norbert W. Schwarz
Warschauer Str. 36–38, 10243 Berlin
Telefon 030 29777860
www.laoberlin.de

LAO Brandenburg e. V.

Dr. M. Schmidt
Bautzener Str. 36, 02956 Rietschen
Telefon 035772 46724

LAO Hamburg e. V.

Dr. C. P. Möller
Altonaer Str. 59–61, 20357 Hamburg
Telefon 040 4328580
www.hgao.de

LAO Niedersachsen e. V.

Dr. Gerd-Dieter von Koschitzky
Großer Graben 23, 29664 Walsrode
Telefon 05161 73021

LAO Nordrhein e. V.

Dr. Georg Rutt
Violstr. 92, 47800 Krefeld
Telefon 02151 80600
www.lao.de

LAO Rheinland-Pfalz e. V.

Dr. A. Bartels
Am Brand 12, 55116 Mainz
Telefon 06131 972290
www.lao-rheinland-pfalz.de

LAO Westfalen-Lippe e. V.

Dr. Heinz-J. Droste
Goethestr. 8, 48341 Altenberge
Telefon 02324 9022304
www.lao-wl.de

Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO)**Präsident**

Dr. Axel Rainer Neumann
Fürstenrieder Str. 69, 80686 München
Telefon 089 5468880

Vizepräsident

Dr. Stefan Dittrich
Neue Straße 1, 08525 Plauen
Telefon 03741 550631

Schatzmeisterin und Finanzvorstand

Dr. Petra Tietze-Schnur
Postbrookstr. 105, 27574 Bremerhaven
Telefon 0471 9026007

Schriftführer und Pressereferent

Dr. J. Hennefründ
Achternstr. 21A, 26122 Oldenburg
Telefon 0441 922700

Beisitzer

Jörg-Michael Wennin
Arndtstr. 33, 22085 Hamburg
Telefon 040 24822943

Beisitzer

Norbert W. Schwarz
Warschauer Str. 36–38, 10243 Berlin
Telefon 030 29777860

Beisitzer

Dr. Gerd-Dieter von Koschitzky
Großer Graben 23, 29664 Walsrode
Telefon 05161 73021

Ehrenpräsident

Prof. Dr. Jost Brökelmann
Sternstorbrücke 1, 53111 Bonn
Telefon 0228 692423

BAO Geschäftsstelle

Tamara Dietze
Joachim-Karnatz-Allee 7
10557 Berlin

Telefon 030 319 58 413
Fax 030 22196057
E-Mail buero@bao.berlin

Baden-Württemberg

Niedergelassener Chirurg will Präsident der Landesärztekammer werden

Im November 2018 sind die Ärztinnen und Ärzte in Baden-Württemberg aufgerufen, eine neue Landesärztekammer zu wählen. Einer der Kandidaten ist der niedergelassene Chirurg Dr. Wolfgang Miller, der sich berufspolitisch unter anderem bei Medi und im Hartmannbund engagiert. Miller strebt nicht nur einen Sitz in der Landesärztekammer, sondern auch das Amt des Kammerpräsidenten an.

Der 56-jährige Miller, der seit 1998 als Chirurg in Leinfelden-Echterdingen bei Stuttgart niedergelassen ist, will sich unter anderem für eine Verbesserung der Patientenversorgung einsetzen und dabei über Fachgruppen- und Sektorengrenzen hinausschauen. Außerdem will er der Landesärztekammer ein modernes Webangebot verpassen, das in einer App wichtige Inhalte wie beispielsweise aktuelle Fortbildungsangebote mit GPS-Routing dorthin und Erinnerungsfunktion bündelt.

Ebenso will sich der niedergelassene Chirurg für einen anderen Umgang mit Datenschutz- und weiteren bürokratischen Vorgaben einsetzen. Gegenüber der „Medi Times“ erklärte Miller, die Bürokratie erreiche mitunter ein Ausmaß, das viele Kolleginnen und Kollegen als Bedrohung empfinden. „Ich persönlich kann es kaum erwarten, bis wir endlich Patientendaten austauschen dürfen. Keiner hat etwas dagegen.

Aber es läuft derart holprig, dass wir über Details streiten und dabei das Ziel aus den Augen verlieren. Hier wünsche ich mir auch von der Kammer eine klare Stellungnahme.“

In diesem Punkt sei es vorteilhaft, dass er als niedergelassener Arzt einen anderen Blick auf Vorschriften, Weichenstellungen in der Sozialpolitik und öffentliche Debatten habe: „Ich muss jeden Tag mit begrenzten Mitteln gute Medizin machen und mein Team dabei mitnehmen. Ich weiß, dass Weiterbildung etwas kostet – deswegen ist sie auch wertvoll. Ich weiß, dass unsere Praxen gegenwärtig nur dank der Selektivverträge und der Privateinnahmen überleben können. Daran kommen wir in der Diskussion über die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens nicht vorbei“, sagte Miller in dem Interview weiter.

Um Ärztinnen und Ärzte wieder mehr für ihre Selbstverwaltungen zu begeistern, will Miller unter anderem die bereits jetzt schon vorbildliche individuelle Begleitung durch die Bezirksärztekammern ausbauen. Wenn die Kolleginnen und Kollegen erst einmal erlebten, was die Kammer bewegen kann, bekämen sie durchaus Lust mitzumachen.

Kurzlink zum vollständigen Interview: www.tinyurl.com/Interview-Miller

GUT LEBEN
AUF
GESUNDEN
BEINEN



Mehr als 20 Millionen
Menschen leben in
Deutschland mit
Krampfadern

1%
wird nur
behandelt

Zusammen mit Ihnen möchten wir die übrigen **99 Prozent** besser versorgen: **ClosureFast** ist ein Verfahren, mit dem Sie Krampfadern effektiv behandeln können. Mit unserem umfangreichen Trainingsangebot unterstützen wir Sie dabei. Einblick in unser Verfahren gibt Ihnen die Hospitation „Von der Diagnose bis zur Behandlung“:

09./10. Oktober 2018

11./ 12. Dezember 2018.

**MVZ angiomed Rothenburg o.d.T. –
Dr. Markus Zoller**

Neugierig geworden?

Kontaktieren Sie

Thorsten Bassler-Hollenbach

Telefon: 0800-0868 700

E-Mail: krampfadern@medtronic.com



Brandenburg

Rot-rot-grüne Landesregierung will Beamten den Wechsel in die GKV erleichtern

Brandenburg will seinen Staatsdienern den Weg in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erleichtern. Der Landtag hat in seiner Sitzung Ende Juni 2018 einem Entschließungsantrag der rot-rot-grünen Koalition zugestimmt, wonach die Landesregierung im Januar 2019 einen entsprechenden Gesetzentwurf vorlegen soll. Ziel ist es, dass Landesbeamte ab dem 1. Januar 2020 eine pauschale Beihilfe für die Hälfte der Kosten für eine freiwillige gesetzliche Krankenversicherung erhalten können.

Bisher gab es für Beamte kaum einen Anreiz, sich gesetzlich zu versichern. Zwar stehen die Krankenkassen grundsätzlich auch ihnen offen, doch sie müssen dann sowohl den Arbeitgeber- als auch den Arbeitnehmeranteil zahlen. Wenn sich Staatsdiener hingegen für eine private Krankenvollversicherung entscheiden, übernimmt der Dienstherr einen Teil der Kosten über die Beihilfe.

In dem Entschließungsantrag heißt es dazu, Beamtinnen und Beamte müssten bei einer Entscheidung für die GKV derzeit den vollen Beitragssatz inklusive Arbeitgeberanteil selbst tragen. „Lediglich für Leistungen, die nicht über die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt sind, besteht für freiwillig in der GKV versicherte Beamtinnen und Beamte ein Anspruch auf ergänzende Beihilfe. Obwohl Beamtinnen und Beamte zu Beginn ihrer Dienstzeit in der Regel frei über

ihre Krankenversicherung entscheiden können, sind sie daher faktisch gezwungen, die private Krankenversicherung (PKV) in Verbindung mit der Beihilfe zu wählen, da ihnen sonst erhebliche finanzielle Nachteile entstehen.“

Die Brandenburgische Landesregierung soll sich nach dem Willen des Landtags bei der Umsetzung des Vorhabens auch an ersten Erfahrungen aus Hamburg orientieren. Die Hansestadt ist das bislang einzige Bundesland, das ein Gesetz für eine pauschale Beihilfe für gesetzlich versicherte Beamte eingeführt hat. Ein entsprechendes Gesetz hatte die Hamburger Bürgerschaft im Mai 2018 durchgewinkt. Hamburg erleichtert seit August 2018 Beamten den Zugang zur GKV, indem Beihilfe nicht nur für die private, sondern auch für die gesetzliche Krankenversicherung gezahlt wird.

Wenn es nach der rot-rot-grünen Koalition in Brandenburg geht, soll das Beispiel auch bundesweit Schule machen. So heißt es in dem Entschließungsantrag weiter, der Landtag fordere die Landesregierung auf, „sich im Dialog mit den anderen Ländern und dem Bund dafür einzusetzen, dass auch diese eine entsprechende reale Wahlmöglichkeit für die dortigen Beamtinnen und Beamten schaffen“.

Kurzlink zum Antrag: www.tinyurl.com/Landtag-Brandenburg-Beamte

Rheinland-Pfalz

Arztzahlstatistik: Die Lücke zwischen Alt und Jung wird immer größer

Bei der Entwicklung der landesweiten Arztzahl-Statistik geht die Schere zwischen Alt und Jung weiter auseinander. Darauf hat die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz hingewiesen. Wie schon im Vorjahr zeige sich, dass immer mehr Ärztinnen und Ärzte sich der Phase ihres Ruhestandes nähern, aber immer weniger junge Ärztinnen und Ärzte nachrücken. Statistisch gesehen sei jeder zweite berufstätige Arzt bzw. Ärztin in Rheinland-Pfalz 50 Jahre und älter. Die ärztliche Versorgung sei damit langfristig gefährdet. Der jüngsten Statistik zufolge waren im

Jahr 2017 insgesamt 21.468 Ärztinnen und Ärzte bei der Landesärztekammer registriert; von ihnen sind 18.162 berufstätig. Im ambulanten Bereich arbeiteten 7.363 Ärztinnen und Ärzte, im Krankenhaus seien es 8.722. Insgesamt sei im Vergleich zum Vorjahr die Zahl der gemeldeten Ärztinnen und Ärzte in Rheinland-Pfalz um 1,7 Prozent gewachsen. „Dieser Zuwachs ist minimal und deckt bei weitem nicht den künftigen Versorgungsbedarf ab“, warnte Landesärztekammer-Präsident Dr. Günther Matheis.

Mehr Ärzte und Ärztinnen (statistisch gesehen) und zugleich Ärztemangel schließen sich nicht aus. „Es ist vielmehr eine natürliche Folge gesellschaftlicher Veränderungen“, stellte Matheis fest. Die gesunkene durchschnittliche Arbeitszeit und der gestiegene Mehrbedarf „müssen also logischerweise auf mehr Köpfe verteilt werden“. Berechnungen zeigten, dass derzeit rund 1.000 Ärztinnen und Ärzte nötig sind, um das Arbeitsvolumen von 600 Vollkräften zu leisten. Mittlerweile gingen Schätzungen davon aus, dass man künftig drei Ärzte brauchen wird, um zwei ausscheidende Ärzte zu ersetzen. Hintergrund sei der insbesondere bei Ärztinnen verbreitete Wunsch nach mehr Teilzeitstellen.

Kurzlink zur Mitteilung der LÄK: www.tinyurl.com/RLP-Arztzahlstatistik

Aktivitäten der ANC und LAO: Was ist los in Ihrer Region?

Die Rubrik „Regional“ ist ein Marktplatz für regionale Nachrichten. Lassen Sie die Redaktion und damit auch die Leser unseres gemeinsamen Magazins an den Aktivitäten Ihrer ANC und Ihres LAO teilhaben. Bitte informieren uns über alle Neuigkeiten aus Ihrer Region – etwa über Personalien, wenn Sie mit einer politischen Aktion für Wirbel sorgen, wenn Sie Selektivverträge aushandeln, wenn Sie innerhalb Ihrer KV für die Interessen Ihrer Fachgruppen kämpfen oder wenn Sie im Zuge einzelner Projekte mit anderen Verbänden kooperieren.

Kontakt: Antje Thiel, Redaktion Chirurgen Magazin + BAO Depesche
Tel.: 04121 2763634, Fax: 04121 2764948, antje.thiel@vmk-online.de

Westfalen-Lippe

KV unterstützt Forderung der Gesundheitsminister nach Stärkung der Ärztenetze

Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) unterstützt die Forderung der 91. Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK), die Rolle der Praxisnetze im deutschen Gesundheitswesen weiter zu stärken. KVWL-Vorstandsmitglied Thomas Müller erklärte hierzu: „Bei uns in Westfalen-Lippe haben sich die Arztnetze als Multiplikatoren guter Ideen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung bewährt. Die inzwischen 21 anerkannten Netze in unserem Landesteil arbeiten sehr effektiv und schließen so regionale Lücken in der Versorgung.“ Dass Praxisnetze künftig auch Arztstühle erwerben und Ärzte oder Versorgungsassistentinnen anstellen dürfen, ist aus Sicht der KVWL deshalb ein überfälliger nächster Schritt.

Die 91. GMK, die im Juni in Düsseldorf getagt hatte, fordert das Bundesgesundheitsministerium per Beschluss auf, die Rahmenbedingungen für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung durch eine Stärkung der Arztnetze zu verbessern. „Insbesondere sollte es Praxisnetzen – vor allem solchen, die in unterversorgten Gebieten tätig sind und die von einer Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt worden sind – ermöglicht werden, Arztstühle zu erwerben sowie Ärztinnen und Ärzte oder anderes medizinisches Personal anzustellen“, heißt es in einem einstimmig gefassten Beschluss der 16 Landesgesundheitsminister.

Die Möglichkeit, zunächst als angestellter Arzt in einem Praxisnetz die Arbeit in der ambulanten Versorgung kennenlernen zu können, wäre insbesondere für den Ärztenachwuchs eine attraktive Option, betonte Müller: „Denn wir wissen aus vielen Gesprächen mit jungen Mediziner, dass sie einerseits nicht als ‚Einzelkämpfer‘

in die Niederlassung starten wollen und andererseits das unternehmerische Risiko einer eigenen Praxis oft überschätzen.“ Er könne sich deshalb sehr gut vorstellen, „dass so mancher angestellter Arzt nach zwei bis drei Jahren den Arztstuhl vom Praxisnetz übernimmt, wenn er erst einmal entsprechende Erfahrungen in der Versorgung gesammelt hat“.

Ein wichtiger Aspekt sei auch die von den Gesundheitsministern angeregte Anstellung von medizinischen Personal durch Praxisnetze, sagte der KVWL-Vorstand weiter: „Die Ausbildung und Anstellung einer entlastenden Versorgungsassistentin (EVA) ist mit hohen Kosten verbunden. Die Zuständigkeit einer EVA für mehrere Praxen – wie bei einem Praxisnetz – erscheint daher auch wirtschaftlich effektiver.“ In Zeiten eines zunehmenden Ärztemangels sei die damit verbundene zeitliche Entlastung für den einzelnen Arzt nicht zu unterschätzen.

» Bei uns in Westfalen-Lippe haben sich die Arztnetze als Multiplikatoren guter Ideen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung bewährt. Die 21 Netze in unserem Landesteil arbeiten sehr effektiv und schließen regionale Lücken in der Versorgung.«

Dr. Thomas Müller, KVWL

Müller verwies auf positive Erfahrungen im Rahmen eines Modellprojekts in Siegen. Auf Basis eines Selektivvertrages mit den Krankenkassen habe das dortige Praxisnetz „Gesundheitsregion Siegerland“ seit einigen Jahren eine Netz-EVA angestellt. Inzwischen teilten sich zwei entsprechend fortgebildete Mitarbeiterinnen die Tätigkeit und unterstützten die Praxen bei Hausbesuchen. Das Feedback der Patienten und der Ärzte sei gleichermaßen gut, betonte Müller: „Die Patienten fühlen sich gut betreut und die Ärzte gewinnen Zeit für schwerwiegendere Fälle.“

Kontakt: www.kvwl.de



[Varizen-Sklerotherapie]

Einfach gesunde Beine mit Mikroschaum

- ✓ Erfolgreiche Behandlungsoption für größere Varizen von der aktuellen Leitlinie empfohlen¹
- ✓ Mit Mikroschaum noch effektiver
- ✓ Hohe Patientenzufriedenheit²
- ✓ Minimal invasiv – ohne Inzision und Anästhesie
- ✓ Einfach, ambulant und kosteneffizient

Bestellen Sie Ihr persönliches Informationsmaterial über die Therapie und Ratgeber für Ihre Patienten **kostenlos** unter www.kreussler-pharma.de

¹ Rabe et al. Phlebologie 2012; 4:206-213 (Leitlinie)
² Rabe et al. Eur J Vasc Endovasc Surg 2008; 35(2): 238-245 (randomisierte klinische Studie)

kreussler
PHARMA



Chemische Fabrik Kreussler & Co. GmbH • Postfach 12 04 54 • D-65082 Wiesbaden

Hygienemanagement

Einsatz von „Blended Learning“ für die Qualifikation zur Hygienebeauftragten

Arztpraxen, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, müssen gemäß Infektionsschutzgesetz eine hygienebeauftragte Medizinische Fachangestellte (MFA) vorhalten. Die Weiterbildung hierfür gliedert sich in drei Module, von denen beim „Blended Learning“ nur eines im Rahmen eines Präsenztages absolviert werden muss.

Von Kathrin Mann

Alle Bundesländer haben aufgrund des §23 Abs. 8 Infektionsschutzgesetz (IfSG) Verordnungen über die Hygiene und Infektionsprävention in Form einer medizinischen Hygieneverordnung (MedHygV) erlassen, die für den stationären Bereich ebenso wie in ambulanten Einrichtungen gelten. Sie gelten damit auch für eine Arztpraxis, in der invasive Eingriffe vorgenommen werden. Allen länderspezifischen Hygieneverordnungen gemeinsam sind allerdings Mindestanforderungen, die im novellierten Infektionsschutzgesetz vorgegeben sind.

Dabei ist unter anderem unter Punkt 3, 4 und 5 zu lesen:

3. Die erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienebeauftragten in der Pflege, die Bestellung von hygienebeauftragten Ärzten und Übergangsvorschriften zur Bestellung/Vorhaltung von beratenden Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern,
4. Aufgaben und Anforderungen an Fort- und Weiterbildung der in der Einrichtung erforderlichen Hygienefachkräfte, Krankenhaushygieniker und hygienebeauftragten Ärzte,
5. Die erforderliche Qualifikation und Schulung des Personals hinsichtlich der Infektionsprävention.

Verantwortlich für die Umsetzung der Maßnahmen ist der Betreiber der Einrichtung. Dem hygienebeauftragten Arzt steht eine hygienebeauftragte Pflegekraft zur Seite. Die Mitwirkung bei der Erstellung von Hygienestandards, deren Überwachung und Hygieneschulungen des Personals – inklusive Praxisinhaber – gehören zu ihren Aufgaben. Als Qualifikation wurde bislang eine Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung mit mindestens dreijähriger Berufserfahrung gefordert. Mittlerweile akzeptieren die Behörden auch Medizinische Fachangestellte (MFA) mit entsprechender Berufserfahrung und Fortbildung.

In den meisten ambulant operierenden Arztpraxen oder OP-Zentren ist ein hygienebeauftragter Arzt benannt. Da es jedoch unrealistisch erscheint, eine Hygienebeauftragte in der Pflege mit der Ausbildung eines Gesundheits- oder Krankenpflegers in der Arztpraxis zu beschäftigen, entwickelten die Bayerische Landesärztekammer (BLAEK) und die Kassenärztliche Vereinigung Bayern (KVB) 2016 ein Curriculum zur

„Hygienebeauftragten medizinischen Fachangestellten (MFA) in der Arztpraxis“.

Aufgaben einer hygienebeauftragten MFA in der Arztpraxis

Die hygienebeauftragte MFA ist das Bindeglied zwischen der ärztlichen Leitung und den nichtärztlichen Mitarbeitern. Sie ist in hygienischen Belangen gegenüber allen Teammitgliedern weisungsberechtigt und fungiert als Vorbild. Zu ihren Aufgaben zählt die Erstellung und Fortschreibung von praxisinternem Hygieneplan, Reinigungs- und Desinfektionsplänen sowie sämtlichen hygienerelevanten Dokumenten des Qualitätsmanagements (QM). Werden in der Praxis Medizinprodukte und Instrumente aufbereitet, sollte auch hier die hygienebeauftragte MFA bei der Erstellung von QM-Dokumenten mitwirken. Bei behördlichen Begehungen ist die hygienebeauftragte MFA neben dem Praxisbetreiber erste Ansprechpartnerin. Dies gilt auch für die Zusammenarbeit mit der Hygienefachkraft und dem Krankenhaushygieniker, sofern die Praxis Operationen der Kategorie A durchführt.

Wer eignet sich als hygienebeauftragte MFA?

Bei der Auswahl sollten neben den formalen und fachlichen Voraussetzungen auch die sozialen Kompetenzen nicht außen vor bleiben. Hierzu zählen vor allem Kommunikation und Durchsetzungsvermögen, daneben natürlich auch generelles Interesse an der Hygiene.

Curriculum der Landesärztekammer und der KV Bayern

Das Curriculum der BLAEK und der KVB lehnt sich an die RKI/KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention von nosokomialen Infektionen“ an, in der die Aufgaben für eine Hygienebeauftragte in der Pflege beschrieben werden. Nachfolgend werden die drei Module des Curriculums der BLAEK dargestellt. Jedem Modul liegen acht Unterrichtseinheiten zugrunde [Quelle: Broschüre „Curriculum für Hygienebeauftragte Medizinische Fachangestellte (MFA) in Einrichtungen für ambulantes Operieren, Musterfortbildung für MFA oder vergleichbare medizinische Fachberufe“, Stand Februar 2016].

Modul 1: Hygienemanagement betrieblich-organisatorisch

- ▶ Gesetze, Leit- und Richtlinien, Normen, zum Beispiel Infektionsschutzgesetz inklusive Meldepflichten, Bayerische Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygV), RKI/KRINKO-Empfehlungen, Leitlinien der AWMF und gegebenenfalls spezielle, von der jeweiligen Fachgruppe herausgegebene Leitlinien,
- ▶ Stellung, Aufgaben und Kompetenzen der eigenen Hygienefachfunktion (Hinweis auf rechtliche Bedeutung),
- ▶ Organisation des Hygienemanagements in Einrichtungen für Ambulantes Operieren (etwa Risikobewertung und Ist-/Soll-Analyse (PDCA), Zuständigkeiten, Einweisung und Schulung von Personal, Hygieneplan und Standardarbeitsanweisungen (konkretes Beispiel: Wundkontrolle/Verbandwechsel post-OP, Surveillance als Prinzip),
- ▶ Kooperation mit den anderen Hygienefachfunktionen und den Aufsichtsbehörden (etwa Gesundheitsamt, Gewerbeaufsichtsamt).

Modul 2: Maßnahmen zur Infektionsprävention

- ▶ Auffrischen und Vertiefen der Grundlagen der Hygiene (insbesondere zur Hände-, Haut- und Flächendesinfektion),
- ▶ Auffrischen und Vertiefen der Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten zur Medizinprodukte-Aufbereitung (Klassifizierung nach KRINKO/BfArM, Reinigung, Desinfektion, Sterilisation, Lagerung),
- ▶ Arbeitsschutz (Schutzausrüstung, Hautschutz, Impfungen, Prävention Nadelstich-/Schnittverletzungen, Postexpositionsvorgehen),
- ▶ Ver- und Entsorgung (Wäsche, Abfall, Wasserinstallationen),
- ▶ Erstellung und Fortschreibung von Hygieneplan, Reinigungs- und Desinfektionsplänen sowie der Standardarbeitsanweisungen zur Infektionsprävention (ggf. auch im Rahmen eines QM-Systems),
- ▶ Information, Anleitung, Motivation und Beratung im Team, Rollenverständnis und Schnittstellenproblematik, Konfliktlösung (etwa im Rollenspiel oder im Erfahrungsaustausch der Teilnehmer).

Kathrin Mann, B. A.

PRO.Q.MA Gesundheitsmanagement UG
(haftungsbeschränkt)

Wilhelmstraße 14
93049 Regensburg
Tel.: 0170 4821785
kathrin.mann@proqma.de
www.proqma.de



Foto: Mann

Modul 3: Infektionserreger, Multiresistenz, Ausbruchsprävention/-management

- ▶ Fallbeispiel: postoperative nosokomiale Infektion,
- ▶ Auffrischung zur Mikrobiologie (inklusive Antibiotikaresistenz) und Infektionsepidemiologie,
- ▶ Nosokomiale behandlungsassoziierte Infektionen und Übertragungswege,
- ▶ Prävention und Bekämpfung nosokomialer Infektionen und der Verbreitung multiresistenter Erreger,
- ▶ Abnahme und Versand von Untersuchungsmaterial (etwa MRSA-Screening) und Maßnahmen bei Patienten mit MRE-Nachweis,
- ▶ Surveillance-Methodik, Verwendung standardisierter Schriftstücke/Unterlagen (Erfassungsbogen, einheitliche Definitionen, Meldepflichtung gemäß Infektionsschutzgesetz, etc.).

Wer kompensiert die Fehlzeit der Kollegin bei Fortbildung?

Die meisten Bildungsakademien oder Akademien, die die Fortbildung zur hygienebeauftragten MFA durchführen, bieten diese als einen dreitägigen Kurs an. Demzufolge ist an allen drei Tagen die MFA anwesend und fehlt dafür in der Arztpraxis. Nicht immer kann diese Fehlzeit durch das anwesende Praxisteam kompensiert werden, weswegen dem Personal häufig mehrtägige Fortbildungen vorenthalten werden. Jedoch ist die stetige Fort- und Weiterbildung in der heutigen Zeit durch die sehr schnelle Entwicklung im Gesundheitswesen obligat.

3 Tage Präsenzphase versus 1 Tag durch Blended Learning

Eine Alternative zur Fortbildung zur „Hygienebeauftragten MFA“ mit dreitägiger Präsenzphase ist das sogenannte „Blended-Learning-Konzept“. Vorteil dieses Konzepts ist die Bearbeitung der Module 1 und 2 als E-Learning. Sie können somit zu jeder Tageszeit und ortsunabhängig durchgeführt werden. Somit kann sich die MFA ihren Lernstoff selbst einteilen und muss nur noch für das abschließende Modul 3 und die Prüfung in die entsprechende Bildungsstätte oder Akademie. Folglich ist die MFA nur noch einen statt drei Tage nicht in der Praxis anwesend.

Durch den Einsatz von Blended Learning ist es zusätzlich möglich, die Fortbildung bundesweit und für alle Bereiche der ambulanten Versorgung anzubieten. Sollten Sie als Praxisinhaber bzw. als Praxisangestellte Interesse an diesem Blended Learning-Konzept zur „Hygienebeauftragten MFA“ haben, so können Sie sich an die Autorin wenden. ◀

Terminvorschau: Bundesweite Blended Learning-Kurse zur Hygienebeauftragten MFA, 2018 und 2019

Folgende Termine sind die festen Präsenztermine der Blended Learning-Kurse zur hygienebeauftragten MFA:

- ▶ **Mittwoch, 12. Oktober 2018 in Düsseldorf,**
- ▶ **Dienstag, 19. März 2019 in München,**
- ▶ **Dienstag, 14. Mai 2019 in Berlin,**
- ▶ **Mittwoch, 11. September 2019 in Hamburg,**
- ▶ **Mittwoch, 13. November 2019 in Düsseldorf**

Kontakt:

meduplus GmbH
Kurfürstendamm 194, 10707 Berlin
Telefon: 030-55 57 92 550
info@meduplus.de, www.meduplus.de

Aktuelle Fälle zu Cyberkriminalität im Gesundheitswesen

Aktuelle Fallbeispiele: Cyber-Attacken auf Arztpraxen sind unbedingt ernst zu nehmen

Von Silke Fröhlich

Die erste Jahreshälfte 2018 ist vorüber und mit ihr weitere Erfahrungen auf dem Gebiet der Cyberkriminalität. Die Entwicklung zeigt, dass die Zahl der Cyberangriffe in Deutschland weiterhin zunimmt. Auch der Verfassungsschutz hat entsprechende Zahlen veröffentlicht, wonach sich mit wachsenden Angriffsflächen auch die Zahl der Cyber-Attacken weiter vermehren wird.

Ein Aufschub der Thematik oder wegduckendes Verhalten im Sinne von „mir wird schon nichts passieren“ ist auch für Arztpraxen nicht zu empfehlen. Die nachfolgenden Fälle aus unserer Berufspraxis zeigen, dass absolute Notwendigkeit besteht, sich mit möglichen Cyber-attacken auf Arztpraxen auseinanderzusetzen:

Ein falscher Klick

Die Mitarbeiterin einer Praxisklinik mit kosmetischen Operationen veröffentlichte versehentlich anstelle einer Werbeproschüre eine Patientenliste auf der Homepage. Der Fehler wurde innerhalb eines Tages bemerkt und korrigiert. Wenige Tage später erhielt die Praxisklinik jedoch eine hohe Lösegeldforderung. Um der Forderung Nachdruck zu verleihen, wurde damit gedroht, die Patientennamen – darunter auch prominente Persönlichkeiten – zu veröffentlichen. Durch Gespräche mit den Erpressern konnte ein geringeres Lösegeld verhandelt werden. Insgesamt entstand trotzdem ein hoher finanzieller Schaden. Der Schaden beinhaltete das Lösegeld, Kosten für Rechtsanwälte, Krisenmanager, Detektei sowie die forensischen Untersuchungen.

Teure Telefonanrufe

Der Inhaber einer chirurgischen Einzelpraxis staunte nicht schlecht, als er seine Telefonabrechnung öffnete. Für mehrere tausend Euro waren von seinem Telefonanschluss aus kostenpflichtige Sonderrufnummern angerufen worden. Sicher waren diese Anrufe nicht von ihm oder seinen Arzthelferinnen getätigt worden. Wie war dies möglich? Ein Hacker war in die Steuerung der Telefonanlage eingedrungen und hatte über vorhandene Nebenstellen automatisiert die teuren Nummern angerufen. Der Zugang über Nebenstellen ist beliebt, da diese nicht in Verwendung sind oder hier oft die voreingestellte PIN nicht geändert wird. Meistens erfolgen die Angriffe abends, nachts oder am Wochenende. Die Folgen waren Schaden-

Silke Fröhlich

Vorstandsreferentin der Helmsauer & Kollegen
Assekuranzmakler AG

Dürrenhofstraße 4
90402 Nürnberg
Tel.: 0911 9292-340
Fax: 0911 9292-191
info@helmsauer-gruppe.de
www.helmsauer-gruppe.de



Foto: Helmsauer

ermittlung (Forensik), Säubern des Systems, Wiederherstellung der Anlage, Betriebsstörung aufgrund mangelnder Erreichbarkeit und Forderung der entstandenen Gebühren.

Terminvereinbarung mit schweren Folgen

Ein ambulantes OP-Zentrum stellt seinen Patienten auf der Homepage ein Online-Terminvergabesystem zur Verfügung. Das System bietet ein Kontaktformular an, über welches die Patienten mit der Praxis kommunizieren können. Ein Hacker gab sich als Patient aus und vereinbarte einen Termin. Zusätzlich stellte er eine Anfrage über das Kontaktformular, die die Arzthelferin auch beantwortete. Der vereinbarte Termin kam natürlich nie zustande. Die Schadsoftware breitete sich unbemerkt im Praxissystem und damit in der Patientendatenverwaltung aus. Weder Firewall, noch die Antivirussoftware reagierten auf den Angriff. Die Schadsoftware sendete heimlich Daten der Patienten an einen fremden Dritten, der diese missbräuchlich verwendete. Die Folgen waren Schadenermittlung (Forensik), Säubern des Systems, Information der Betroffenen (geltendes Recht nach Bundesdatenschutzgesetz!), PR- und Krisenmanagement, Wiederherstellung der Patientendatenbank, Schadensersatzforderungen der Patienten und Betriebsunterbrechung aufgrund Stilllegung der Systeme.

Die Internettechnologie bietet flächendeckende Informationswege, die heutzutage aus der Medizin nicht mehr wegzudenken sind. Die Digitalisierung im beruflichen Kontext ist zum selbstverständlichen Werkzeug geworden. Nun darf die „dunkle Seite“ der Vernetzung nicht außer Acht gelassen werden. Spätestens mit Inkrafttreten der neuen EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) 2018 müssen sich Arztpraxen zwingend mit den gesetzlichen Anforderungen und Haftungsrisiken auseinandersetzen. ◀

Beitrittscoupon

Bitte einsenden an den

Berufsverband
Niedergelassener Chirurgen (BNC)
Geschäftsstelle
Dorfstraße 6 d
22941 Jersbek



oder faxen an: 04532 2687561

Ja, ich will Mitglied des Berufsverbandes Niedergelassener Chirurgen Deutschland e.V. (BNC) werden.

Dazu beantrage ich die Mitgliedschaft in der für mich zuständigen regionalen Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Chirurgen (ANC) und bitte Sie, dieses Schreiben an den jeweiligen Vorsitzenden weiterzuleiten.

Der Jahresbeitrag für den BNC beträgt 330 Euro. Hinzu kommt der individuell unterschiedliche Jahresbeitrag meiner ANC.

Mit meiner Mitgliedschaft unterstütze ich die gesundheitspolitischen Aktivitäten des BNC für alle niedergelassenen Chirurgen in Deutschland und erhalte Zugang zum exklusiven BNC-Mitgliederservice.

Titel | Name | Vorname

Straße | PLZ | Ort

Zuständiger KV-Bereich

Geburtsdatum | Telefon privat

Telefon- und Faxnummer Praxis

E-Mail-Adresse | ggf. Homepage

Ort | Datum | Unterschrift

Informationen zum Datenschutz

Grundlagen: Vor dem Hintergrund der neu in Kraft getretenen Datenschutz- Grundverordnung (DSGVO) möchten wir Ihnen nachfolgende Informationen zur Verfügung stellen. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte gegebenenfalls Ihrem Mitgliedsantrag. Die dem BNC e.V. übermittelten personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer und Bankdaten werden auf Rechtsgrundlage des Artikels 6 Abs. 1 b DSGVO sowie des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Voraussetzungen erhoben, gespeichert, vereinsintern verarbeitet und – falls für die jeweilige Dienstleistung erforderlich – an Kooperationspartner des BNC weitergegeben.

Zweck der Datenspeicherung und Datenverarbeitung: Der BNC e.V. speichert und verarbeitet die personenbezogenen Daten im Rahmen der für die Vereinsarbeit erforderlichen Tätigkeiten. Dazu gehört unter anderem die Aufnahme der Daten für die Chirurgenliste auf der Homepage www.bncev.de, die Abrechnung von Mitgliedsbeiträgen (soweit die BNC Geschäftsstelle von den Mitgliedsvereinen (ANC) dazu beauftragt wurde), die Zusendung von Mitgliederrundschreiben, der Verbandszeitschrift Chirurgen Magazin + BAO Depesche und des BNC-SPOT sowie die Information der Mitglieder über die Tätigkeit des Vereins, Kongresse und Projekte.

Dauer der Datenspeicherung: Die personenbezogenen Daten werden für die Dauer der Mitgliedschaft gespeichert. Zum Ende der Mitgliedschaft (Austrittsdatum bei der ANC) werden die personenbezogenen Angaben unverzüglich gelöscht.

Auskunft und Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruch: Auf Grundlage der Artikel 15 bis 21 DSGVO haben Mitglieder jederzeit das Recht, Zugang zu Ihren vom BNC e.V. gespeicherten personenbezogenen Daten sowie zu deren Zweckbestimmung zu erhalten, fehlerhafte Daten zu korrigieren und deren Löschung zu verlangen. Mitglieder können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Recht Gebrauch machen, der Speicherung und Verarbeitung personenbezogener Daten mit Wirkung für die Zukunft zu widersprechen. Mitglieder können den Widerspruch entweder postalisch oder per E-Mail an den BNC e.V. übermitteln. Löschung und Widerspruch haben den Austritt des Mitglieds bei der jeweiligen ANC und somit auch indirekt beim BNC e.V. zur Folge, weil der Verein seinen Aufgaben im Rahmen der Mitgliedschaftsverhältnisse dann nicht mehr nachkommen kann.

Beschwerderecht: Das Recht zur Beschwerde kann beim zuständigen Landesdatenschutzbeauftragten des Mitglieds wahrgenommen werden.

Praxisteam

Abrechnung: Bei im Ausland versicherten Patienten alles richtig machen

Ein Patient betritt ihre Praxis. Er stammt aus der Schweiz und klagt über starke Bauchschmerzen. Wissen Sie, was zu tun ist? Je nach Herkunftsland wird die Behandlung einer im Ausland versicherten Person anders abgewickelt. Hier können Sie Ihre Kenntnisse auffrischen!

Von Silke Uhlemann

1. Europäische Krankenversicherungskarte

Betrifft: Patienten aus den Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und der Schweiz. Tipp: Eine Übersicht über alle EU- und EWR-Länder finden Sie auf der Homepage der KBV, erreichbar über folgenden Kurzlink: www.tinyurl.com/KBV-EU-Krankenversicherung.

Dokumente: Die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder provisorische Ersatzbescheinigung (PEB).

Leistungen: Patienten, die im Besitz einer EHIC sind, haben einen Anspruch auf alle Leistungen, die während ihres Aufenthalts in Deutschland medizinisch notwendig sind. Dazu zählen:

- ▶ Eine unmittelbar erforderliche medizinische Versorgung, beispielsweise bei einer Infektion,
- ▶ Eine notwendige fortlaufende Behandlung bei chronischen Erkrankungen (z. B. Dialysepatienten),
- ▶ Vorsorgeuntersuchungen bei längere Aufenthalten, etwa wenn Patienten aus dem Ausland hier für eine bestimmte Zeit arbeiten.

So gehen Sie vor:

- ▶ Überprüfen Sie die Identität des Patienten (Personalausweis oder Reisepass) und die Gültigkeit der EHIC/PEB.
- ▶ Kopieren Sie die EHIC/PEB und versehen Sie das Dokument mit Datum, Unterschrift und Praxisstempel.
- ▶ Lassen Sie den Patienten das Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ ausfüllen (siehe Kasten).
- ▶ Senden Sie eine Kopie der EHIC/PEB sowie das Original der Patientenerklärung sofort an die vom Patienten gewählte Krankenkasse in Deutschland.
- ▶ Die Kosten für die Behandlung rechnen Sie mit Ihrer KV ab.

Nähere Informationen zu den im EU-Ausland ausgestellten EHIC und PEB finden Sie auf der Homepage der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland, erreichbar über folgenden Kurzlink: www.tinyurl.com/DVKA-EU-Krankenversicherung

Silke Uhlemann

Redakteurin „MFA exklusiv“
 Goethestraße 66
 80336 München
 Tel.: 089 4522809-16
silke.uhlemann@pkv-verlag.de
www.medizinischefachangestellte.de



Foto: Uhlemann

2. Abrechnungsschein

Betrifft: Patienten aus Staaten mit bilateralen Abkommen über soziale Sicherheit. Eine Übersicht über die entsprechenden Länder finden Sie ebenfalls auf der Homepage der DVKA, erreichbar über folgenden Kurzlink: www.tinyurl.com/DVKA-Staatenliste.

Dokumente: Abrechnungsschein, Ausweisdokument. Die Patienten müssen sich vor dem Arztbesuch mit ihrem Anspruchsnachweis an eine deutsche Krankenkasse wenden. Dort bekommen sie einen Abrechnungsschein, auf dem auch die Leistungseinschränkung vermerkt ist.

Leistungen: Es sind nur solche Behandlungen versichert, die akut und nicht aufschiebbar sind.

So gehen Sie vor:

- ▶ Überprüfen Sie die Dringlichkeit der Behandlung und erfassen Sie den Abrechnungsschein. Achten Sie dabei auf mögliche Behandlungseinschränkungen.
- ▶ Bei Notfällen können Sie selbst den Abrechnungsschein ausstellen.

3. Patienten ohne Anspruchsnachweis

Wenn Patienten keine EHIC/PEB und keinen Abrechnungsschein vorlegen können, erfolgt die Abrechnung privat gemäß GOÄ. Das betrifft alle Patienten aus Nicht-EU- bzw. EWR-Staaten und der Schweiz (z. B. die USA).

Wichtig: Das gilt auch, wenn Patienten keinen bzw. nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen. Die Kosten werden ihnen erstattet.

4. Heilmittel, Überweisungen und Co.

Wie verhält es sich, wenn die Patienten eine Arzneimittelverordnung benötigen? Oder eine Überweisung zu einem Spezialisten?

Patienten aus den Staaten der EU, des EWR und der Schweiz:

- ▶ Für die Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Überweisungen und Bescheinigungen der Arbeitsunfähigkeit verwenden Sie die üblichen Formulare.
- ▶ Zusätzlich fügen Sie die Ziffer 1 für die Angabe „Versichertenart“ (FK 3108) und die Ziffer 7 für die Angabe „Besondere Personen-Gruppe“ (FK 4131) ein.

Patienten aus Ländern mit bilateralem Abkommen:

- ▶ Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln erfolgen auf dem Arzneiverordnungsblatt (Vordruckmuster 16).
- ▶ Für Krankenhausbehandlungen nutzen Sie den Einweisungsschein (Vordruckmuster 2).
- ▶ Bei Überweisungen bescheinigen Sie auf einem Rezept, dass eine Behandlung bei einem anderen Arzt notwendig ist (Muster 16). Das Rezept reicht der Patient bei der von ihm gewählten deutschen Krankenkasse ein, die ihm dann einen weiteren Abrechnungsschein ausstellt.
- ▶ Wie bei hiesigen GKV-Versicherten, stellen Sie auch diesen Patienten bei Arbeitsunfähigkeit eine entsprechende Bescheinigung aus (Vordruckmuster 1). Der Patient bekommt das Original zur Vorlage beim Arbeitgeber. Die Kopie geht an die gewählte deutsche Krankenkasse.
- ▶ Zusätzlich fügen Sie die Ziffer 1 für die Angabe „Versichertenart“ (FK 3108) und die Ziffer 7 für die Angabe „Besondere Personen-Gruppe“ (FK 4131) ein.

Patienten ohne bzw. ohne den richtigen Anspruchsnachweis:

- ▶ Informieren Sie die Patienten über das Arzthonorar (GOÄ) und darüber, dass sie die Kosten zunächst privat zu bezahlen haben.
- ▶ Stellen Sie ein Privat Rezept für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel aus.
- ▶ Die Patienten erhalten die Kosten zurückerstattet, wenn sie einen gültigen Anspruchsnachweis bis Ende des Quartals einreichen. Den Nachweis erhalten sie vom zuständigen Träger im Heimatstaat oder von der deutschen Krankenkasse. ◀

Fortbildung: Termine für das Praxisteam

11.–29. September 2018, Hannover

22. September 2018–16. März 2019, Münster

Fachzertifikat – Ambulantes Operieren für Medizinische Fachangestellte und Medizinisches Assistenzpersonal

Inhalte: Auf Basis des Curriculums der Bundesärztekammer. Gesamtdauer 60 Stunden

Information und Anmeldung:

Bildungswerk für Gesundheitsberufe, Anne Gerlach, Tel.: 0561 20864815
anne.gerlach@bildungswerk-gesundheit.de, www.bildungswerk-gesundheit.de

27.–29. September 2018, Kassel

Projektmanagement in der Praxis – Grundlagenkurs

Inhalte: Vorbereitung leitender Mitarbeiterinnen einer Praxis auf die Leitung von Projekten. Grundlagen des Projektmanagements, erfolgreiche Anwendung in der Praxis

Information und Anmeldung:

Bildungswerk für Gesundheitsberufe, Anne Gerlach, Tel.: 0561 20864815
anne.gerlach@bildungswerk-gesundheit.de, www.bildungswerk-gesundheit.de

11. Oktober–29. November 2018, Ingolstadt

8. November–19. Januar 2019, Kassel

Fortbildung zur/zum betrieblichen Datenschutzbeauftragten Lehrgang zur Erreichung der erforderlichen Fachkunde nach Art. 37 Abs. 5 EU-DSGVO (80 Std.) mit Zertifikat

Inhalte: Modul 1, rechtliche Grundlagen (u.a. Datenschutzrecht, Recht auf informationelle Selbstbestimmung, Rechtsvorschriften, Datenverarbeitung und erlaubte Datenverarbeitungen, Aufsichtsbehörde, Aufgaben und Funktion des betrieblichen Datenschutzbeauftragten, Meldepflichten, Arbeitnehmerdatenschutz, technisch-organisatorische Maßnahmen, Modul 2, Datenschutz-Management (u.a. Datenschutzkonzept, Risikomanagement, Schulungskonzept, Dokumentationspflichten, Überwachungsaufgaben, Modul 3, Datenschutz im Gesundheitswesen (u.a. Patientendatenschutz, Verbände, Ärztenetze, Kommunikations- und Informationssysteme, Fallübungen), Prüfung

Information und Anmeldung:

Bildungswerk für Gesundheitsberufe, Andrea Folwerk
Tel.: 0561 20864815, andrea.folwerk@bildungswerk-gesundheit.de
www.bildungswerk-gesundheit.de

14. November 2018, Pinneberg

Qualitätszirkel für MFA in Hamburg und Schleswig-Holstein

Inhalte: Datenschutz in der Arztpraxis

Information und Anmeldung:

Verband Medizinischer Fachberufe (VMF), Landesverband Nord
Ida Diestel, Tel.: 0431 313906, info@diestel-praxismanagement.de

17. November 2018, München

12. Deutscher MFA- und ZFA-Tag 2018

Inhalte: Abrechnung, Praxisorganisation und QM, Kommunikation und Führung, Kosten senken und Umsatz steigern, Persönlichkeit, Preisverleihung MFA des Jahres

Information und Anmeldung:

PKV Informationszentrum GmbH, Goethestraße 66, 80336 München
Tel.: 089 4522809-0, info@pkv-verlag.de, www.mfa-tag.de

Anmeldung und Einstieg jederzeit möglich Weiterbildung-Abo Abrechnung

Inhalte u. a.: Abrechnung im organisierten Notfalldienst, Hausbesuche nach EBM und GOÄ, Hausbesuche durch MFA/NäPA, einfach und sicher iGeLN, Gesprächsleistungen nach EBM und GOÄ abrechnen, HzV, DMP, Satzungsleistungen, Zusatzverträge – so sind die Regeln, Leistungsabrechnung bei minderjährigen Patienten

Information und Anmeldung:

PKV Informationszentrum GmbH, Goethestraße 66, 80336 München
Tel.: 089 4522809-0, info@pkv-verlag.de, www.online-seminare.de

EU- und EWR-Ausland: Abrechnung vereinfacht

Seit dem 1. Juli 2017 hat sich die Abrechnung mit Patienten aus dem EU- und EWR-Ausland vereinfacht:

- ▶ **Das Formular 80 fällt weg.** Eine Kopie der EHC oder der PEB reicht für die Dokumentation aus.
- ▶ **Neues Patientenformular.** Die „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ hat das Formular 81 ersetzt. Es ist in Ihrem Praxisverwaltungssystem in 13 Sprachen hinterlegt.
- ▶ **Dokumentation.** Innerhalb eines Quartals müssen Sie den Behandlungsanspruch und die Patientenerklärung mindestens einmal übermitteln. Erfolgen in der Zeit mehrere Behandlungen, ist eine erneute Übermittlung nicht notwendig.

Aktuelles zum Arztrecht vom BNC-Justiziar

Aktuelle Urteile und Neuerungen mit Kommentaren des BNC-Justiziar

Verschiedene sonographische Untersuchungen der Venen können parallel abgerechnet werden. Bei der Nachbesetzung einer BAG kommt es nicht auf die Fallzahlen des einzelnen Arztes an. Und bei der Nachbesetzung eines orthopädischen Sitzes kann der besondere Bedarf älterer Versicherter besonders berücksichtigt werden.

Von Jörg Hohmann

Parallelberechnung sonographischer Venenuntersuchungen

Die Nebeneinanderberechnung der Ziffern 33072 und 33076 ist durch den EBM nicht gänzlich ausgeschlossen. Mit dieser Entscheidung konnte sich ein Allgemeinarzt mit dem Schwerpunkt Phlebologie und Lymphologie vor dem Bundessozialgericht (BSG) gegen die KV Baden-Württemberg durchsetzen. Diese hatte sein Honorar in den Quartalen IV/2010 und I/2011 gekürzt. Der Arzt hatte häufig in derselben Sitzung die GOP 33076 und 33072 EBM nebeneinander berechnet. In diesen Fällen lehnte die KV die Vergütung ab und berief sich auf den Abrechnungsausschluss nach Ziffer I 2.3.1 Abs. 2 S. 1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM. Die Ziffer 33076 EBM (sonographische Untersuchung der Venen einer Extremität mittels B-Mode-Verfahren von mindestens acht Beschallungsstellen) seien nicht berechnungsfähig, weil deren Leistungsinhalte vollständig Bestandteile der zugleich abgerechneten Ziffern 33072 EBM (sonographische Untersuchung der Extremitäten ver- und/oder entsorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahren) seien. In den Vorverfahren wurden die Klagen abgewiesen.

Der Senat hob indes das Urteil auf und verwies die Angelegenheit zur erneuten Entscheidung an das Landessozialgericht (LSG) zurück. Der Senat lies hier offen, ob durch Aufnahme des Begriffs „vollständig“ gefasste Abrechnungsausschluss eingreife, wenn sämtliche Inhalte einer GOP vollständig in den Leistungsinhalten einer anderen Gebührenordnungsposition aufgehen oder – entsprechend der bisherigen Rechtsprechung des Senats – bereits dann erfüllt ist, wenn sich die Leistungsinhalte zweier GOP so überschneiden, dass die eine Leistung im Zuge der anderen typischerweise miterbracht wird und der für sie erforderliche Aufwand im Regelfall hinter dem für die andere Leistung zurücktritt. Die Leistungsinhalte der Ziffer 33076 gingen – soweit es um die Untersuchung der Venen geht – vollständig in den Leistungsinhalten der Ziffer 33072 EBM auf.

Die Abrechnung beider Ziffern nebeneinander sei jedoch nicht gänzlich ausgeschlossen. Insbesondere in Fällen, in denen die Venen ausschließlich mittels B-Mode-Verfahren und die Arterien im Duplex-Verfahren untersucht würden, komme die Abrechnung beider Ziffern

nebeneinander in Betracht. Eine solche Konstellation müsse indes vom Arzt im Einzelfall gesondert anhand seiner Dokumentation nachgewiesen werden. Dies habe nun das LSG erneut zu überprüfen.

Urteil des BSG vom 16.05.2018 – Aktenzeichen B6 KA 16/17 R

Stärkung der BAG bei Nachbesetzungsverfahren

Bei der Nachbesetzung eines Arztsitzes ist auf die Fallzahl der Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) und nicht auf die Fallzahl des einzelnen Arztes abzustellen. Mit dieser Entscheidung konnte sich eine chirurgische BAG aus Berlin vor dem Bundessozialgericht (BSG) gegen den Zulassungsausschuss durchsetzen. Die Gesellschaft bestand ursprünglich aus zwei Chirurgeninnen und einem Chirurgen, der im Mai 2015 verstarb. In den davor liegenden Jahren hatte er seine Tätigkeit mit 24 bis 132 Fällen pro Quartal weit unter dem Fachgruppenschritt (ca. 750 Fälle pro Quartal) erbracht. Im letzten Quartal vor seinem Tod hatte er lediglich vier Patienten behandelt. Aus diesem Grund war der Zulassungsausschuss der Auffassung, er habe seinen Vertragsarztsitz nicht ausgefüllt, deshalb könne nur ein halber Sitz nachbesetzt werden.

Das Sozialgericht hatte die dagegen erhobene Klage abgewiesen und ausgeführt, im Hinblick auf den weiteren halben Versorgungsauftrag fehle es an einer fortführungsfähigen Praxis. Es sei nicht auf die BAG als Ganzes, sondern auf den einzelnen Arzt abzustellen. Die BAG sei zwar eine einheitliche Rechtspersönlichkeit, bei der Zulassung und im Nachbesetzungsverfahren komme es aber auf den einzelnen Arzt an.

Die dagegen erhobene Sprungrevision war erfolgreich. Ist der Vertragsarztsitz, für den die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens beantragt werde, einer BAG zugeordnet, sei für die Möglichkeit der Praxisfortführung auf die BAG und nicht auf den einzelnen Arzt abzustellen. Die BAG sei unter anderem durch die gemeinsame Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit und die Abrechnung der Leistungen unter einer einheitlichen Arztnummer gekennzeichnet. Auch nach Einführung der LANR, die eine Zuordnung jeder einzelnen Behandlungsmaßnahme zu einem bestimmten Arzt ermögliche, werde die BAG

weiterhin als Einheit betrachtet; Behandlungen durch verschiedene Mitglieder der BAG bildeten einen einzigen Behandlungsfall, ein Vertretungsfall trete dadurch nicht ein. Bestehe danach eine fortführungsfähige Praxis – nämlich die BAG der Klägerin – könne deshalb grundsätzlich ein Nachbesetzungsverfahren durchgeführt werden.

Der Zulassungsausschuss wird nunmehr zu prüfen haben, ob die Nachbesetzung des Sitzes aus Versorgungsgründen erforderlich sei. Dem Zulassungsausschuss stehe insoweit ein gerichtlich nur beschränkt nachprüfbarer Beurteilungsspielraum zu. Sei der frei gewordene Vertragsarztsitz einer BAG zugeordnet und könne dieser nur von einem Arzt in der BAG fortgeführt werden, sei die Prüfung der „Entbehrlichkeit“ des Sitzes auch an die Struktur dieser BAG auszurichten. Dabei sei zunächst von Bedeutung, ob die Praxis in ihrer gewachsenen Ausrichtung überhaupt ohne die Nachbesetzung geführt werden könne; dies betreffe sowohl die Konstellation, in der der ausgeschiedene Arzt das qualitative Angebot der Praxis geprägt habe, weil er zum Beispiel als einziger über eine Befähigung nach § 135 Abs. 2 SGB V (zum Beispiel MRT) verfügte, als auch die Konstellation, dass die Fortführung der Praxis im bisherigen Umfang auf eine bestimmte Zusammensetzung ausgerichtet war. Die Auslastung der Praxis an ihrem konkreten Standort sei dabei ein Indiz dafür, dass sie einen relevanten Stellenwert in der Versorgung habe. Auch der Fortführung des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens könne, wenn das auf dem bisherigen quantitativen Niveau nur durch die Nachbesetzung gewährleistet werden könne, in diesem Kontext Bedeutung zukommen. Insoweit ließ sich der Senat auch von der Erwägung leiten, dass die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einer BAG dem Schutz des Artikel 12 Abs. 1 GG unterfalle. Es sei deshalb geboten, im Rahmen der Entscheidung nach § 103 Abs. 3 a. S. 3 SGB V die berechtigten Belange der verbleibenden Mitglieder einer BAG zu berücksichtigen.

Urteil des BSG vom 27.06.2018 – Aktenzeichen B 6 KA 46/17 R

Konservativ tätiger Facharzt gegenüber Operateur bevorzugt

Besondere Erfahrungen im Bereich der konservativ-orthopädischen Behandlung sind bei der Auswahlentscheidung über einen frei gewordenen Vertragsarztsitz im Hinblick auf den Bedarf älterer Versicherter besonders zu berücksichtigen. Mit dieser Entscheidung verwarf das Bundessozialgericht (BSG) die Revision eines Orthopäden, der sich 2011 in Thüringen als operativ tätiger Orthopäde niederlassen wollte. Ursprünglich hatte der Zulassungsausschuss ihn gegenüber einer konservativ ausgerichteten Orthopädin bevorzugt und zugelassen, auch das Widerspruchsverfahren konnte er für sich entscheiden. Im weiteren Verfahren hob das Landessozialgericht Thüringen den Bescheid auf mit der Feststellung, der Berufungsausschuss habe sein Auswahlermessen fehlerhaft ausgeübt und die Entscheidung nicht nachvollziehbar begründet. Im Rahmen der Neuentscheidung wählte der Berufungsausschuss dann die konservativ ausgerichtete Orthopädin aus und begründete seine Entscheidung in erster Linie mit deren besseren

Jörg Hohmann

Rechtsanwalt, Kanzlei für Medizinrecht
Prof. Schlegel, Hohmann und Partner GbR

Paul Nevermann-Platz-5
22765 Hamburg
Tel.: 040 39106970
Fax: 040 391069710
jh@gesundheitsrecht.com
www.gesundheitsrecht.com



Foto: Hohmann

Eignung. Den ursprünglich positiven Bescheid für den operativ tätigen Orthopäden hob er auf. Dagegen klagte der Operateur mit der Begründung, der Berufungsausschuss sei zu Unrecht davon ausgegangen, dass die Kollegin aufgrund einer höheren Qualifikation im Bereich der konservativen Orthopädie besser geeignet sei. Diesem folgte das Sozialgericht und gab der Klage statt, die Berufung des Berufungsausschusses wurde zurückgewiesen.

Beide Parteien legten gegen die Entscheidung Revision ein. Die Orthopädin war der Auffassung, dass Auswahlermessen sei ursprünglich fehlerfrei ausgeübt worden. Der Operateur fühlte sich belastet, indem dem Berufungsausschuss durch das LSG aufgegeben wurde, seine nach der Zulassungsentscheidung weiterhin ausgeübte orthopädische Tätigkeit bei der Neubescheidung außer Betracht zu lassen (Honorarverlust). Zu beanstanden sei auch die Vorgabe, nach der es im Verfahren nicht darauf ankomme, ob die Orthopädin in der Vergangenheit gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen habe. Der Berufungsausschuss konnte sich letztlich durchsetzen. Seine erneute Auswahlentscheidung wurde nach Auffassung des Senats zu Unrecht beanstandet. Die Auswahlentscheidung für die Orthopäden sei rechtmäßig. Im Hinblick auf die Auswahlentscheidung sei davon auszugehen, dass hinsichtlich des Approbationsalters keine hier relevanten Unterschiede zugunsten einer Partei bestünden.

Gerade weil der zu besetzende Sitz durch die Einführung des Demographie-Faktors entstanden sei, sei die Entscheidung des Berufungsausschusses, den Bedarf älterer Versicherter besonders zu berücksichtigen, nicht zu beanstanden und der fachkundig besetzte Berufungsausschuss durfte aufgrund der besonderen Erfahrungen der Orthopädin im Bereich der konservativ-orthopädischen Behandlung auch davon ausgehen, dass diese zur Deckung des Bedarfs geeigneter sei. Dabei komme es nicht darauf an, ob dies zwingend sei; eine Auswahlentscheidung zwischen konkurrierenden Bewerbern sei regelmäßig – soweit nicht nach allen relevanten Kriterien ein Bewerber klar überlegen sei – auch durch Ermessenserwägungen geprägt. Von dem ihm gesetzlich eingeräumten Ermessen habe der Beklagte hier keinen fehlerhaften Gebrauch gemacht. Zwar habe der Operateur einzelne Maßgaben für eine erneute Entscheidung aus dem LSG-Urteil zu Recht angegriffen. Da der Berufungsausschuss jedoch nicht zur Neubescheidung verpflichtet sei, komme es auf diese Maßgaben nicht mehr an.

Urteil des BSG v. 27.06.2018 – Aktenzeichen B 6 KA 33/17 R



Aktuelles zum Arztrecht vom BAO-Justiziar

Foto: Pixabay

Datenschutzgrundverordnung: Die Abmahnwelle kommt langsam ins Rollen!

Die schlechte Nachricht lautet: Praxisbetreiber können tatsächlich unter Verweis auf die EU-Datenschutzgrundverordnung abgemahnt werden. Die gute Nachricht ist: Man muss eine Abmahnung nicht widerspruchslos hinnehmen und auch nicht zwingend die damit verbundenen Abmahnkosten in voller Höhe zahlen.

Von Dr. Ralf Großbölting und Dominik Neumaier

Die EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und die damit einhergehenden Änderungen im Bundesdatenschutzgesetz haben spätestens seit Mai 2018 den Datenschutz maßgeblich in den Fokus gerückt. Verstößt man seit dem 25. Mai 2018 gegen die (teilweise) neuen Regelungen der DSGVO, so drohen dabei nicht bloß erhebliche Bußgelder seitens der Aufsichtsbehörden. Man setzt sich auch dem Risiko aus, von Wettbewerbern oder Verbänden abgemahnt zu werden.

Was muss ich tun, um mich DSGVO-konform aufzustellen?

An dieser Stelle seien ein paar zentrale Vorgaben beleuchtet: Jede Praxis ist gut beraten, ein praxiseigenes Datenschutzkonzept zu erstellen, das bei Rückfragen der zuständigen Behörden dokumentiert, dass man sich mit dem Thema ernsthaft beschäftigt hat. Hierzu zählen neben einer Datenschutzerklärung auf der Homepage auch betriebsinterne Richtlinien, wie mit Daten umzugehen ist, wie lange diese gespeichert und an welche Dritten übermittelt werden.

Praxen benötigen zudem ein sogenanntes Verarbeitungsverzeichnis, das alle relevanten Verarbeitungsvorgänge erfasst und auf ihre Richtigkeit hin prüft. Daneben sind Mitarbeiter regelmäßig zu schulen, die Praxis durch geeignete EDV-Maßnahmen wie Verschlüsselungssoftware, regelmäßige Backups und geeignete Passwörter zusätzlich zu sichern und bei der Einbindung von Dritten in die Datenverarbeitung sogenannte Auftragsdatenverarbeitungsverträge zu schließen.

Ab einer Praxisgröße von zehn Mitarbeitern ist zudem die Bestellung eines Datenschutzbeauftragten Pflicht, der den Praxisinhaber berät. Kleinere Praxen können jedoch auch bei umfangreicher Datenverarbeitung hierunter fallen. Datenschutzbeauftragter kann ein entsprechend geschulter Mitarbeiter der Praxis oder ein externer Experte sein. Im Verhältnis zum Patienten bringt die DSGVO umfangreiche Informationspflichten mit sich. Jeder Praxisinhaber ist zukünftig verpflichtet, dem Patienten bei der Erstaufnahme bzw. bei Bestandspatienten bei dessen ersten Folgebesuch eine schriftliche Information insbesondere über die Datenerhebung, seine diesbezüglichen Rechte, die zuständige

Aufsichtsbehörde sowie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten zukommen zu lassen. Eine gesonderte Einwilligung in die Datenerhebung ist zwar nicht erforderlich, da die Daten für die Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich sind. Sollen aber darüber hinaus Daten, etwa zu Forschungszwecken, erhoben oder an Dritte (beispielsweise Labore, Krankenhäuser, private Verrechnungsstelle, etc.) weitergegeben werden, ist das Einverständnis für den konkreten Übermittlungsvorgang schriftlich einzuholen und zu dokumentieren. Diese Informationspflicht besteht dabei nicht nur gegenüber den Patienten, sondern ebenso gegenüber den Mitarbeitern. Sollte beim Thema Datenschutz etwas schiefgehen und der Schutz personenbezogener Daten gefährdet sein, besteht binnen 72 Stunden eine behördliche Meldepflicht. Zudem drohen empfindliche Bußgelder sowie Schadensersatzansprüche seitens der betroffenen Patienten.

Droht eine Abmahnung, wenn ich Vorgaben nicht umsetze?

Klar ist, dass im Falle eines Verstoßes gegen Vorschriften der DSGVO Bußgelder seitens der Aufsichtsbehörden verhängt werden können. Unklar ist die aktuelle Rechtslage hingegen bei dem Thema Abmahnungen. Wettbewerber dürfen Abmahnungen nämlich nicht so ohne weiteres aussprechen. Der abzumahnende Konkurrent muss sich hierfür „unlauter“ verhalten, also gerade gegen wettbewerbsrechtliche Regelungen verstoßen. Maßgebend ist insoweit vor allem der § 3a des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG). Danach ist ein Verhalten unlauter, wenn gegen sogenannte „Marktverhaltensregelungen“ verstoßen wird.

Die Gretchenfrage ist also: Handelt es sich bei den Regelungen der DSGVO um Marktverhaltensregelungen? So genau weiß das aktuell niemand. Die DSGVO ist schlicht zu neu. Es fehlt insoweit an klärender Rechtsprechung. Diese wird sich erst in den nächsten Monaten bzw. Jahren einstellen.

Es hilft daher nur ein Blick zurück in die Zeiten vor der DSGVO. Doch auch dort war die Rechtsprechung zumindest nicht einheitlich. So soll einerseits bei fehlenden Datenschutzerklärungen eine Abmahnung berechtigt sein (so etwa Oberlandesgericht Hamburg, Urteil vom 27. Juni 2013, Aktenzeichen 3 U 26/12). Andererseits soll die Verwendung eines „Gefällt mir“-Buttons von Facebook unter Verstoß gegen entsprechende Informationspflichten (nach dem damaligen § 13 Telemediengesetz) nicht zur Abmahnung berechtigen (Kammergericht, Beschluss vom 29. April 2011, Aktenzeichen 5 W 88/11). Vor kurzem entschied das Landgericht Dessau-Roßlau (Urteil vom 28. März 2018, Aktenzeichen 3 O 29/17), dass es sich bei der Veräußerung apothekenpflichtiger Medizinprodukte über Amazon ohne datenschutzrechtliche Einwilligung des Bestellers um eine Verletzung „innerstaatlicher“ datenschutzrechtlicher Regelungen handele, die zur Abmahnung berechtige.

Sicherheitshalber sollten Abmahnungen wegen angeblicher DSGVO-Verstöße daher ernstgenommen werden. Im Zweifel unterstützt Sie hier Ihr fachkundiger Rechtsanwalt. Dies gilt vor allem in Bezug auf die mit der Abmahnung verlangten „Abmahnkosten“. Der Abmahnende kann gemäß § 12 Absatz 1 S. 2 UWG den Ersatz erforderlicher Aufwendungen

Dr. Ralph Großböling

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht
kwm Rechtsanwälte

Unter den Linden 24 / Friedrichstraße 155–156
10117 Berlin

Tel.: 030 206143-3

Fax: 030 206143-40

grossboelting@grossboelting.de

www.kwm-rechtsanwaelte.de



Foto: Großböling

(zum Beispiel Rechtsanwaltskosten) nur dann verlangen, sofern die Abmahnung auch berechtigt war. Lag bereits keine berechtigte Abmahnung vor, können auch keine Abmahnkosten verlangt werden.

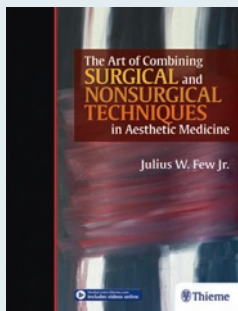
Doch auch im Falle berechtigter Abmahnungen lohnt sich oftmals die Hilfe eines kundigen Rechtsanwalts. Abmahnkosten werden bisweilen nämlich deutlich zu hoch angesetzt. Dies gilt vor allem für die mit der Abmahnung zur Abrechnung gebrachten Kosten für den eingeschalteten Rechtsanwalt. Diese berechnen sich nach dem Rechtsanwaltsvergütungsgesetz (RVG). Die Höhe der Rechtsanwaltsgebühren wird dabei maßgeblich durch den sogenannten Gegenstandswert bestimmt. Der Gegenstandswert berechnet sich dabei nach dem „Interesse“ des Abmahnenden an der zu unterlassenden Handlung. Mit anderen Worten: Der Gegenstandswert wird erst einmal von dem Abmahnenden selbst festgesetzt. Bei dieser Festsetzung wird gelegentlich „übertrieben“ und ein zu hoher Wert angesetzt. Dies kann verschiedene Gründe haben. Der Abmahner verspricht sich hiervon eine erhöhte „Druckwirkung“ oder es soll mehr Spielraum für die Aushandlung eines Vergleichs bestehen. Eine pauschale Aussage über die grundsätzliche Höhe von Abmahnkosten ist schwer zu treffen, da diese von vielen Faktoren abhängen. In der Regel werden sich diese im Bereich von bis zu 700 Euro befinden.

Erfolgt der Wettbewerbsverstoß gar schuldhaft, also vorsätzlich oder fahrlässig, und erleidet der Abmahnende hieraus einen Schaden, so kann dies auch zu Schadensersatzansprüchen führen. Hier wurde zuletzt Schmerzensgeld in Höhe von 12.500 Euro gefordert, da das Kontaktformular einer Website kein SSL-Zertifikat aufgewiesen haben soll.

Was kann ich tun, wenn ich eine Abmahnung erhalte?

Falls Sie doch Adressat einer Abmahnung werden, heißt es: Ruhe bewahren, die Darstellung hinterfragen und Gegenargumente darlegen! Es gilt vor allem: Vorsicht ist besser als Nachsicht. Wer sich mit dem Thema DSGVO auseinandersetzt und datenschutzrechtlich gut aufstellt, braucht sich vor Abmahnungen nicht zu fürchten. Wer dies noch nicht getan hat, sollte damit beginnen. Es lohnt sich also, sich mit dem Thema intensiver zu beschäftigen. Gerne hilft Ihnen die Geschäftsstelle des BAO und empfiehlt kompetente Partner, wie etwa den Verband für Datenschutz in der Medizin (VDM). ◀

Kontakt: www.vds-med.de



Few, J. W. (Hg.): **The Art of Combining Surgical and Nonsurgical Techniques in Aesthetic Medicine**. Stuttgart: Thieme Verlag, 2018. 207 S., gebunden, 164,99 Euro



Schultheis, K.-H. et al. (Hg.): **Chirurgie und Bildgebung**. Stuttgart: Thieme Verlag, 2018. 400 Seiten, gebunden, 199,99 Euro.



Balzer, K. et al.: **Chronische Wunden im Alter**. Berlin: De Gruyter Verlag, 2018. 3. Auflage, 104 Seiten, kartoniert, 34,95 Euro



Huggett, S. et al.: **Antibiotika Fibel 2018/19**. 5. Auflage. Stuttgart: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2018. 88 Seiten, kartoniert, 19,95 Euro

The Art of Combining Surgical and Nonsurgical Techniques

Was können Plastische Chirurgen für Patienten tun, die sich ein besseres ästhetisches Ergebnis wünschen, aber so weit wie möglich auf operative Eingriffe verzichten wollen? Der Herausgeber des vorliegenden englischsprachigen Titels versucht sich an genau dieser Quadratur des Kreises.

Es handelt sich dabei um das Buch, in dem minimal invasive ästhetische Techniken für Gesicht und Körper aus der Perspektive verschiedener Fachrichtungen (Plastische Chirurgie, Dermatologie, Okuloplastik, Plastische Gesichtschirurgie) beschrieben und Kombinationsmöglichkeiten zwischen chirurgischen und nicht-chirurgischen Strategien geschildert werden. In 15 Kapiteln widmen sich verschiedene Autoren u. a. der Relevanz verschiedener Hauttypen für die Hautverjüngung, Laseranwendungen, Micro-Needling, der Integration von Technologie in die Plastische Gesichtschirurgie und der Prävention und dem Management unerwünschter Ereignisse. Der Inhalt des Buches steht, ebenso wie ergänzendes Videomaterial, auch digital in der Online-Plattform des Verlags zur Verfügung, der Code findet sich im Buch.

Fazit: Eine Fundgrube an Inspirationen für Ästhetisch-Plastische Chirurgen, die eine zunehmend anspruchsvolle Klientel zufriedenstellen wollen.

Chirurgie und Bildgebung

In der Patientenversorgung ist es von entscheidender Bedeutung, dass alle Beteiligten die relevanten Informationen untereinander austauschen – insbesondere, wenn sich daraus weitere therapeutische Konsequenzen ergeben. Dies gelingt jedoch nur, wenn alle Beteiligten wissen, was die jeweils andere Fachgruppe benötigt und wissen muss. Im vorliegenden Buch wurden deshalb sämtliche Kapitel von Chirurgen für Radiologen und von Radiologen für Chirurgen geschrieben. Es berücksichtigt die relevanten chirurgischen und radiologischen Fragestellungen bei den vorgestellten Krankheitsbildern aus der endokrinen Chirurgie, Sarkomchirurgie, Viszeralchirurgie, Leber-, Milz- und Pankreaschirurgie, bariatrisch-metabolischen Chirurgie, Hernienchirurgie, Traumatologie sowie bei proktologischen Eingriffen. Dabei erläutern die Autoren, was vor einer radiologischen Untersuchung zu berücksichtigen ist, wie die Bildgebung in der Differenzialdiagnostik zur Klärung beitragen kann, welche Konsequenzen der Bildbefund für die chirurgische Tätigkeit hat und welche interventionellen therapeutischen Möglichkeiten sich daraus ergeben.

Fazit: Ein aufschlussreiches Expertenbuch für alle relevanten Fragen in der Zusammenarbeit zwischen Chirurgen und Radiologen.

Chronische Wunden im Alter

In Deutschland sind etwa ein Prozent aller Menschen von chronischen Wunden betroffen, wobei mit steigendem Alter Prävalenz und Inzidenz deutlich ansteigen. Chronische Wunden sind damit eine der häufigsten Komplikationen bei älteren und pflegebedürftigen Menschen.

Der vorliegende Band aus der Reihe „Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie kompakt“ vermittelt Informationen zur Pathogenese chronischer Wunden im Alter und zeigt moderne Methoden der Wundbehandlung bei älteren Menschen auf. Es gliedert sich in die Abschnitte Pathogenese und Ätiologie, Wundbeurteilung und Dokumentation, moderne Wundbehandlung, Perspektive der Betroffenen, Patientenedukation und Förderung des Selbstmanagements sowie berufsgruppen- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit. Insbesondere die letzten beiden Themenbereiche bilden eine sinnvolle Ergänzung zu rein chirurgisch orientierten Fachbüchern zur Therapie chronischer Wunden. Das Handbuch wird zudem durch Fallbeispiele abgerundet.

Fazit: Aktuelles, praxisorientiertes Wissen zu Prävention und Behandlung häufiger chronischer Wunden bei älteren und hochbetagten Menschen für Praktiker, Lehrende und Lernende in allen Gesundheitsfachberufen.

Antibiotika Fibel 2018/19

Mit Infektionserkrankungen müssen sich sämtliche klinischen Disziplinen auseinandersetzen. Schwere Infektionen erfordern die sofortige Einleitung einer Therapie. Darüber hinaus benötigt der Arzt für die immer häufiger auftretenden Problemerreger und Resistenzen – Stichwort: geschätzte 500.000 Todesfälle durch Krankenhausinfektionen – zunehmend infektiologische Spezialkenntnisse.

Hauptursache für die Zunahme von Antibiotikaresistenzen sind die unsachgemäße Anwendung von Antibiotika sowie Hygienedefizite. Wer Antibiotika verordnet und einsetzt, muss darauf achten, das richtige Präparat in der korrekten Dosierung und Dauer für die jeweilige Infektion auszuwählen, um die Infektion sicher und so schnell wie möglich zu behandeln. Gleichzeitig gilt es, eine Übertherapie zu vermeiden, um die Wirkung von Breitbandantibiotika für Schwerkranke zu bewahren. Das vorliegende Büchlein vermittelt in seiner 5. Auflage den aktuellen Wissensstand zur rationalen Antibiotikatherapie und berücksichtigt dabei die Empfehlungen der neuesten Leitlinien.

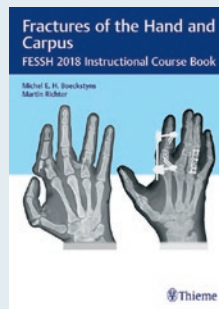
Fazit: Die wichtigsten Informationen zur antimikrobiellen Therapie und perioperativen Prophylaxe in Klinik und Praxis im kompakten Überblick.



Lang, S. et al. (Hg.): Lappenplastiken und Transplantate im Kopf-Hals-Bereich. Stuttgart: Thieme Verlag, 2018. 146 Seiten, gebunden, 149,99 Euro.



KVWL (Hg.): KPQM KV-Praxis-Qualitätsmanagement. Stuttgart: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2018. 211 Seiten, kartoniert, 34,95 Euro.



Boeckstyns, M. E. H. et al: Fractures of the Hand and Carpus. Stuttgart: Thieme Verlag, 2018. 278 Seiten, gebunden, 129,99 Euro



Jassoy, C., A. Schwarzkopf: Hygiene, Infektiologie, Mikrobiologie. 3. Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag, 2018. 400 Seiten, gebunden, 34,99 Euro

Lappenplastiken und Transplantate im Kopf-Hals-Bereich

Die Therapie von Malignomen des Hals-Kopf-Bereichs hat in den vergangenen Jahrzehnten tiefgreifende Änderungen erfahren. Die klassisch resezierenden Verfahren wurden durch schonendere chirurgische Verfahren und die Möglichkeiten der plastisch-rekonstruktiven Chirurgie ergänzt.

Das vorliegende Werk versteht sich als klinisch-chirurgisches OP-Kompendium, in dem Experten der Kopf-Hals-Chirurgie ihr Wissen zu den Techniken der wichtigsten plastisch-operativen Verfahren zur Rekonstruktion des Kopf-Hals-Bereichs auf den Punkt bringen. Hierzu zählen Nah- und Fernlappen sowie freie Transplantate, funktionelle Pharynx- und Larynxrekonstruktionen. Sämtliche Indikationen werden mit Vor- und Nachteilen der Verfahren, chirurgischer Anatomie, Präparationstechnik, Tipps und Risiken beschrieben. Der Inhalt des Buches steht nebst ergänzenden Videos in der Online-Plattform eRef des Verlags zur Verfügung, der Zugangscode findet sich im Buch.

Fazit: Ein reich bebildertes Lehr- und Nachschlagewerk für alle Operateure, die nach Exzellenz in der Kopf-Hals-Chirurgie streben.

KPQM KV-Praxis-Qualitätsmanagement

Viele niedergelassene Vertragsärzte haben sich, orientiert an der Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), bereits mit der Optimierung ihrer Strukturen und Abläufe beschäftigt und das erfolgreiche KVWL-Praxis-Qualitätsmanagementsystem KPQM eingeführt. Da die Qualitätsanforderungen auf allen Ebenen der medizinischen Versorgung stetig steigen, ist 2016 eine neue, sektorenübergreifende Qualitätsmanagement-Richtlinie für den vertragsärztlichen und stationären Versorgungsbereich in Kraft getreten.

Auf dieser Basis hat die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe ihr bewährtes KPQM-System aus dem Jahr 2006 angepasst und modernisiert. Das im vorliegenden Handbuch präsentierte System macht die bewährten Standards des Qualitätsmanagements für Vertragspraxen umsetzbar und im Praxisalltag für Ärzte, Psychotherapeuten und Teams leicht anwendbar. Das von Ärzten für Ärzte entwickelte und vermittelte System stellt keine Anforderungen über die Richtlinie hinaus, ist einfach zu erlernen und kostengünstig umzusetzen und wurde von Ärzten auditiert.

Fazit: KPQM ist auf der Höhe der Zeit und bietet seinen Anwendern praxisnahe Hilfestellungen zur effektiven Umsetzung der neuen Qualitätsmanagement-Richtlinie. Nicht weniger – aber vor allem auch nicht mehr.

Fractures of the Hand and Carpus

Frakturen der Hand und des Handgelenks zählen zu den häufigsten Traumata in unfallchirurgischen Praxen oder Notaufnahmen. Die Wiederherstellung der Funktionalität der Hand ist für betroffene Patienten von zentraler Bedeutung.

Das vorliegende englischsprachige Werk fasst den aktuellen State of the Art beim Management von Hand- und Handgelenksfrakturen zusammen. Es gliedert sich in allgemeine Übersichtskapitel, in denen Anatomie, Epidemiologie, Fixierungsmethoden, die Rolle der Arthroskopie und Strategien für komplexe Handverletzungen erläutert werden. Darüber hinaus werden Handfrakturen einzelner Patientengruppen behandelt, darunter Athleten, Musiker und Patienten mit Lähmungen an den Extremitäten. Im speziellen Teil behandeln die Autoren verschiedene Frakturtypen, Komplikationen sowie ihre Behandlung und geben evidenzbasierte Empfehlungen zur anatomischen und funktionellen Wiederherstellung.

Fazit: Ein umfassendes Referenzwerk für angehende orthopädische und Plastische Chirurgen ebenso wie für erfahrene Handchirurgen.

Hygiene, Infektiologie, Mikrobiologie

Der Schutz vor pathogenen Bakterien, Viren und sonstigen Erregern ist eine der zentralen Aufgaben in der Patientenversorgung. Für die Umsetzung sind in der Praxis vor allem auch Angehörige der Gesundheits- und Pflegeberufe verantwortlich.

Das nunmehr in seiner dritten Auflage erschienene Lehrbuch zeigt Auszubildenden der Gesundheits- und Pflegeberufe sowie Fachkräften, die eine Weiterbildung zur Hygienefachkraft absolvieren, worauf es bei der Bekämpfung pathogener Mikroorganismen ankommt. Generalistische Wegweiser ermöglichen ein schnelles Auffinden der wichtigsten Inhalte für die Kinderkrankenpflege und die Altenpflege. Auch neue bzw. in unseren Breitengraden weniger bekannte Erreger wie Zikavirus, MERS, Ebolavirus und Lassavirus werden berücksichtigt. Darüber hinaus werden auch neue Labormethoden, so etwa MALDI-TOF und NAT, Isolationsmaßnahmen und die aktuellen Standards bei Händehygiene und Handschuhmanagement vermittelt. Fallbeispiele mit Lösungen unterstützen bei der Selbstkontrolle und Prüfungsvorbereitung. Ergänzend zum Buch gibt es auf der Online-Plattform des Verlags Fälle mit Fragen und Lösungen sowie Filme zum Download.

Fazit: Ein nützlicher Begleiter in der Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, aber auch in der Hygienefachkraftausbildung.

September 2018

1. 9. 2018, Berlin

Gutachterkolloquium: Optimierung von Arzthaftungsgutachten

Information und Anmeldung:

Aesculap Akademie GmbH im Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin, Tel.: 030 51651220, Fax: 030 51651299

8. 9. 2018, Hannover

29. Koloproktologie-Seminar Hannover

der Norddeutschen Arbeitsgemeinschaft für Koloproktologie (NAGK)

Themen u. a.: Obstipation, therapieresistente Proktitis, perianale Hautprobleme

Information und Anmeldung:

Norddeutsche Arbeitsgemeinschaft für Koloproktologie im End- und
Dickdarmzentrum Hannover, Dr. M. Roblick, Dr. M. Völl, Frau Krüger
Hildesheimer Str. 6, 30169 Hannover, Tel.: 0511 646646-119, Fax: 0511 646646-10
info@ndt-ag-kp.de, www.ndt-ag-kp.de

8. 9. 2018, Mannheim

Analer M. Crohn und Proktitis-Kurs

Information und Anmeldung:

Enddarmzentrum Mannheim, EDZ-Akademie, Sekretariat Sandy Magin
Bismarckplatz 1, 68165 Mannheim, Tel.: 0621 123475-10, Fax: 0621 123475-12
EDZ-Akademie@enddarm-zentrum.de, www.enddarm-zentrum.de

10.–13. 9. 2018, Tuttlingen

Basiskurs Laparoskopische Chirurgie

Information und Anmeldung:

Aesculap Akademie GmbH, Am Aesculap Platz, 78532 Tuttlingen
Tel.: 07461 95-2001, Fax: 07461 95-2050

12.–15. 9. 2018, München

Viszeralmedizin 2018

Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
und der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoff-
wechselerkrankungen

Information und Anmeldung:

Interplan Congress, Meeting & Event Management AG
Landsberger Straße 155, 80687 München, Tel.: 089 54823456, Fax: 089 54823444
viszeralmedizin@interplan.de, www.viszeralmedizin.com

17.–20. 9. 2018, Bochum

Basiskurs Laparoskopische Chirurgie

Information und Anmeldung:

Aesculap Akademie GmbH, Gesundheitscampus-Süd 11-13, 44801 Bochum
Tel.: 0234 902181-0, Fax: 0234 902181-16

20.–22. 9. 2018, Berlin

20. Hauptstadtkongress der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) mit Pflegesymposium und Rettungsdienstforum (HAI)

Themen u. a.: Anästhesie, Intensivmedizin, Kinderanästhesie, Rettungsdienst und Not-
fallmedizin, Schmerz- und Palliativmedizin, Management, Kommunikation und Recht

Information und Anmeldung:

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Michaela Goetz
Neuwieder Straße 9, 90411 Nürnberg, Tel.: 0911 3931640, Fax: 0911 3931666
goetz@mcn-nuernberg.de, www.hai2018.de

28.–30. 9. 2018, Berlin

NARKA Berlin 2018

Themen u. a.: Ambulante Anästhesie – der Patient im Mittelpunkt, ambulante
Anästhesie unter Berücksichtigung der neuen politischen Situation, periopera-
tive Sicherheit, berufspolitisches Frühstück, Veranstaltung für das Pflegepersonal,
BAO-Symposium

Information und Anmeldung:

Congress Compact 2C GmbH, Janine Koschel
Joachimsthaler Straße 10, 10719 Berlin, Tel.: 030 32708233, Fax: 030 32708234
info@congress-compact.de

Oktober 2018

4.–6. 10. 2018, Wiesbaden

Ellenbogen 2018

Themen u. a.: Epikondylopathie, Frakturen, Arthrose und posttraumatische Folge-
zustände, akute und chronische Instabilitäten, Sehnen und Nerven, Arthrosko-
pie, Osteosynthesen, Endoprothetik, dynamische Diagnostik und konservative
Therapie

Information und Anmeldung:

Intercongress Wiesbaden, Thomas Miltz, Tel.: 0611 97716-10
Thomas.miltz@intercongress.de, www.ellenbogen2018.de

6. 10. 2018, Mannheim

Hämorrhoidalleiden-Kurs

Information und Anmeldung:

Enddarmzentrum Mannheim, EDZ-Akademie, Sekretariat Sandy Magin
Bismarckplatz 1, 68165 Mannheim, Tel.: 0621 123475-10, Fax: 0621 123475-12
EDZ-Akademie@enddarm-zentrum.de, www.enddarm-zentrum.de

10.–12. 10. 2018, Berlin

Aufbaukurs Laparoskopische Kolorektale Chirurgie

Information und Anmeldung:

Aesculap Akademie GmbH im Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin, Tel.: 030 51651220, Fax: 030 51651299

10.–12. 10. 2018, Freiburg

Freiburger Infektiologie- und Hygienekongress

Themen u. a.: Die neuen PEG-Empfehlungen, sublethale Wirkstoffkonzentrationen,
technische Hygieneuntersuchungen, Begehung von Klinik und Praxis, Implemen-
tierungsstrategien, Mitarbeiterfortbildung in der Hygiene, aktueller Stand der
Mikrobiomforschung, gezielte Beeinflussung des Mikrobioms, Clostridium difficile,
Infektionsprävention im Auslandseinsatz der Bundeswehr, Ausbrüche und Ihre
Folgen: Acinetobacter in Kiel und Stuttgart, Präventionsmaßnahmen bei ESBL, die
10 wichtigsten Hygiene-Publikationen des letzten Jahres

Information und Anmeldung:

BZH Freiburg, Brigitte Strübin, Tel. 0761 202 678-15, kongress@bzh-freiburg.de
www.bzh-freiburg.de, www.hygienekongress.de

11.–12. 10. 2018, Bochum

Basiskurs Chirurgische Nahttechniken Modul I + II

Information und Anmeldung:

Aesculap Akademie GmbH, Gesundheitscampus-Süd 11-13, 44801 Bochum
Tel.: 0234 902181-0, Fax: 0234 902181-16

11.–13. 10. 2018, Mannheim

59. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH) und 23. Kongress der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Handtherapie (DAHTH)

Themen u. a.: Nervenrekonstruktion, Nerventransfer, Weichteil- und Knochen-
tumore an der Hand und am Unterarm, Endoprothetik an der Hand, karpale Chi-
rurgie offen und arthroskopisch, rekonstruktive Mikrochirurgie der Hand, Replanta-
tion, Pseudarthrosen an der Hand, experimentelle Forschung in der Handchirurgie,
kindliche Handverletzungen, Amputationen der oberen Extremität, prothetische
Versorgung, BG-liches Heilverfahren, handchirurgische Rehabilitation, Verbren-
nungen an der Hand

Information und Anmeldung:

Intercongress Freiburg, Marc Dittes, Tel.: 0761 69699-25
marc.dittes@intercongress.de, www.dgh-kongress.de

15.–18. 10. 2018, Tuttlingen

Basiskurs Laparoskopische Chirurgie

Information und Anmeldung:

Aesculap Akademie GmbH, Am Aesculap Platz, 78532 Tuttlingen

Tel.: 07461 95-2001, Fax: 07461 95-2050

23.–26. 10. 2018, Berlin

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie DKOU 2018

Themen u.a.: Digitalisierung in O&U, implantatassoziierte Infektionen, Endoprothetik und Revisionsendoprothetik, Frakturen und Gelenkverletzungen, Hand und Handgelenk, Wirbelsäule, arthroskopische Chirurgie, Sportmedizin und Rehabilitation, Alterstraumatologie und -orthopädie, bildgebende Verfahren, Fußchirurgie, Katastrophen- und Einsatzchirurgie, Kinderorthopädie und -traumatologie, konservative Behandlungsmethoden und Schmerztherapie, Patientensicherheit und Komplikationsmanagement, Polytrauma, Organverletzungen und Notfallbehandlung, Prävention und Training, Rheumaorthopädie, Tumorchirurgie, Versorgungsforschung

Information und Anmeldung:

Intercongress Wiesbaden, Carola Schröder, Tel.: 0611 97716-20

carola.schroeder@intercongress.de, www.dkou.org

26.–27. 10. 2018, Hannover

8. Hannoveraner Koloproktologiekurs

Themen u.a.: Behandlung und Operationstechniken bei anorektalen Prolaps-erkrankungen

Information und Anmeldung:

ikh – Institut für Koloproktologie Hannover im End- und Dickdarzentrum

Hannover (edh), Dr. med. M. Völl, Hildesheimer Str. 6, 30169 Hannover

Tel.: 0511 646 646-20, Fax: 0511 646 646-10, info@institut-koloproktologie.de

26.–27. 10. 2018, Tuttlingen

Aufbaukurs minimal invasive Kinderchirurgie

Information und Anmeldung:

Aesculap Akademie GmbH, Am Aesculap Platz, 78532 Tuttlingen

Tel.: 07461 95-2001, Fax: 07461 95-2050

26.–27. 11. 2018, Tuttlingen

Aufbaukurs Laparoskopische Hernienchirurgie

Information und Anmeldung:

Aesculap Akademie GmbH, Am Aesculap Platz, 78532 Tuttlingen

Tel.: 07461 95-2001, Fax: 07461 95-2050

30. 11.–1. 12. 2018, Mannheim

35. Südwestdeutsche Anästhesietage (SAT)

Themen u.a.: Geburtshilfliche Anästhesie, Kinderanästhesie, Anästhesie – Outcome-Relevanz, Anästhesie – Neue Trends und Verfahren, Notfallmedizin, Schmerzmedizin, Intensivmedizin I+II, Berufspolitik, Diskussion zu aktuellen Fragen der niedergelassenen Anästhesisten

Information und Anmeldung:

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Anne-Christine Veith

Neuwieder Straße 9, 90411 Nürnberg, Tel.: 0911 3931616, Fax: 0911 3931656

veith@mcn-nuernberg.de, www.mcn-nuernberg.de

Dezember 2018

3.–6. 12. 2018, St. Gallen (Schweiz)

European Colorectal Congress 2018

Themen u.a.: Personalized Colorectal Surgery, New Technologies Complications in Colorectal Surgery

Information und Anmeldung:

Medkongress AG, Rorschacher Str. 311, CH-9016 St.Gallen, Tel.: 0041 71 28206-00

Fax: 0041 71 28206-09, info@colorectalsurgery.eu, www.colorectalsurgery.eu

5.–8. 12. 2018, Nürnberg

34. Nürnberger Arthroskopiekurs und Gelenksymposium

Themen u.a.: Orthopädie, Unfallchirurgie, Arthroskopie, Basiskurse Knie, Schulter und Hüfte, Fortgeschrittenenkurse am Humanpräparat (Kreuzband, Meniskus, Schulter, Rotatorenmanschette, Ellenbogen, Oberes Sprunggelenk)

Information und Anmeldung:

Intercongress Freiburg, Stefanie Matt, Tel.: 0761 69699-29

Stefanie.matt@intercongress.de, www.nuernberger-arthroskopiekurs.de

November 2018

09.–10. 11. 2018, Hannover

13. Hannoveraner Arthroskopie- und Gelenkkurs

Themen u.a.: Rekonstruktion Humerus- und Glenoidfraktur, anatomische Schulterprothesen, Rotatorenmanschettenrekonstruktion, Schulterstabilisierung, Trapezius-Sehnentransfer, Schulterprothesen, superiore Kapselrekonstruktion, Bizeps-Tendonose

Information und Anmeldung:

Intercongress Freiburg, Alisa Ganter, Tel.: 0761 69699-240

Alisa.ganter@intercongress.de, www.arthroskopiekurs-hannover.de

23.–24. 11. 2018, Berlin

25. Fortbildungsseminar Handchirurgie der DGH

Themen u.a.: Orthopädie, Unfallchirurgie, Handchirurgie, Plastische Chirurgie

Information und Anmeldung:

Intercongress Düsseldorf, Sandra Schmitt, Tel.: 0211 585897-81

Info.duesseldorf@intercongress.de, www.intercongress.de

23.–24. 11. 2018, München

7. Jahreskongress der Deutschen Kniegesellschaft

Themen u.a.: Lernen aus Erfahrung in Orthopädie, Sportorthopädie, Sportmedizin, Traumatologie und Physiotherapie

Information und Anmeldung:

Intercongress Freiburg, Gregor Malotki, Tel.: 0761 69699-17

knie@intercongress.de, www.knie-komplex.de

Unbedingt vormerken!



22.–23. Februar 2019, Nürnberg

Bundeskongress Chirurgie 2019, „Gemeinsam stark“

Unter Mitwirkung von: Berufsverband der niedergelassenen Chirurgen Deutschland e.V., Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V., Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V., Arbeitsgemeinschaften Niedergelassener Chirurgen, Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V., Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V., Bundesverband der Durchgangsarzte e.V., Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen, Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V., Deutsche Herniengesellschaft e.V., Deutsche Interessengemeinschaft für ambulante Handchirurgie e.V., Gesellschaft für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie e.V., Verband operativ tätiger Privatkliniken e.V.

Information und Anmeldung:

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG

Neuwieder Straße 9, 90411 Nürnberg

Miriam Quanz, Tel.: 0911 39316-39, Fax.: 0911 39316-20

quanz@mcn-nuernberg.de, www.mcn-nuernberg.de

www.bundeskongress-chirurgie.de

Dezember 2018

6.–8. 12. 2018, Nürnberg

1. Nürnberger Wundkongress

Themen u.a.: Chirurgische Versorgung von Dekubitalgeschwüren, diabetische Wunden, Evidenz in der Wundtherapie, exfoliative Hauterkrankungen, Interdisziplinarität, Wundversorgung mit Eigenfett, lokale Antibiotikatherapie, Massenankunft von Verletzten (MANV), Versorgung traumatischer Wunden, Akne Inversa, Verbrennungsmedizin, Pathophysiologie der chronischen Wunde, seltene Ursachen chronischer Wunden

Information und Anmeldung:

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH
Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Tel.: 03641 3116-160
Fax: 03641 3116-244, info@conventus.de, www.wuko2018.de

7. 12. 2018, Tuttlingen

Trainingskurs Anastomosetechniken in der Viszeralchirurgie

Information und Anmeldung:

Aesculap Akademie GmbH, Am Aesculap Platz, 78532 Tuttlingen
Tel.: 07461 95-2001, Fax: 07461 95-2050

7.–8. 12. 2018, Frankfurt am Main

Frankfurt Muskuloskelettal

Themen u.a.: Orthopädie, Unfallchirurgie, Hüftchirurgie (Osteotomien, Knorpelchirurgie der Hüfte, moderne Hüftprothetik, Kurzschaftprothesen, Wechselsituation Hüfte, Hüftarthroskopie), Kniechirurgie (Knorpelschäden, Meniskusläsionen, Kreuzbandtechniken, Patellaspitzensyndrom, Knochenmarködeme, Return to Sport, Früharthrose, Muskelverletzungen, Stammzelle, Sporttraumatologie), Bildgebung

Information und Anmeldung:

Intercongress Wiesbaden, Thomas Miltz, Tel.: 0611 97716-10
Thomas.miltz@intercongress.de, www.frankfurt-muskuloskelettal.de

10.–13. 12. 2018, Bochum

Basiskurs Laparoskopische Chirurgie

Information und Anmeldung:

Aesculap Akademie GmbH, Gesundheitscampus-Süd 11–13, 44801 Bochum
Tel.: 0234 902181-0, Fax: 0234 902181-16

Februar 2019

7. 2. 2019, Düsseldorf

21. Internationales Endoskopie Symposium Düsseldorf

Themen u.a.: Advanced imaging and artificial intelligence for endoscopic diagnosis, Advanced endoscopic access to small bowel diseases, Minimally invasive treatment of biliopancreatic diseases, Diagnosis and treatment of neoplasia in IBD, Management of complex mucosal lesions, Troubleshooting of interventional complications, New technologies: 3D endoscopy, modifications of POEM, G-POEM and STER, Endoscopic gallbladder

Information und Anmeldung:

COCS GmbH – Congress Organisation C. Schäfer, Rosenheimer Str. 145c
81671 München, Tel.: 089 890677-0, Fax: 089 890677-77
sandra.reber@coocs.de, www.coocs.de, www.endo-duesseldorf.com

8.–16. 2. 2019, Seefeld (Tirol)

33. Deutsch-Österreichisch-Schweizer Kongress für Sporttraumatologie und Sportmedizin

Themen: Orthopädische Aspekte im Sport

Information und Anmeldung:

Deutsche Akademie für Sportmedizin, Georgstr. 38, 30159 Hannover
Tel: 0511 16747580, Fax: 0511 16747585, info@Med-Com.org
www.seefeld-kongress.de

Krankenhaushygiene

„Aktion Saubere Hände“ startet Roadshow quer durch die Republik



Foto: Paul Hartmann

Ab dem 3. September 2018 kommt Bewegung in den Infektionsschutz. Wie die PAUL HARTMANN AG berichtet, geht die Aktion Saubere Hände (ASH), nationale Kampagne für eine bessere Händedesinfektion in Gesundheitseinrichtungen und 2008 ins Leben gerufen, mit einer Roadshow auf bundesweite Tour. Acht Wochen lang fährt die ASH in Zusammenarbeit mit dem Unternehmen bundesweit 30 Kliniken an. Das Ziel: Die Händedesinfektion als wichtigste Einzelmaßnahme der Infektionsprävention fest im Bewusstsein des medizinischen Personals verankern und so den Patientenschutz verbessern. Denn das Potenzial der Händedesinfektion sei längst noch nicht ausgeschöpft. So zeigten Zahlen des Robert Koch-Instituts, dass nur jede zweite für den Patientenschutz notwendige Händedesinfektion in Krankenhäusern durchgeführt wird. Neben Zeitdruck und hoher Arbeitsbelastung verhindern auch eingefahrene Gewohnheiten die korrekte Durchführung.

Im ASH-Mobil kann man in mehreren Lernstationen das eigene Wissen spielerisch erweitern. Eingeladen sind alle medizinischen Mitarbeiter der Krankenhäuser und der umliegenden Gesundheitseinrichtungen sowie Patienten und Besucher. Für Hygienebeauftragte in der Pflege, Ärzte und das Hygiene-Team der Krankenhäuser, an denen der Truck Halt macht, veranstaltet die ASH vertiefende Workshops. Die Roadshow startet in Reutlingen, Folgestationen sind Mutlangen, Ulm, Heidenheim, München, Regensburg, Bamberg, Saalfeld, Halle, Zwiesel, Görlitz, Cottbus, Magdeburg, Winnenden, Ludwigshafen, Mannheim, Idar-Oberstein, Rüsselsheim, Wetzlar, Fulda, Freiburg, Düsseldorf, Essen, Osnabrück, Friesoythe, Oldenburg, Schwerin, Hannover, Göttingen, Kassel und Berlin.

Dr. Chima Abuba, Leiter von HARTMANN in Deutschland, will mit der Zusammenarbeit positive Signale senden: „Jede Infektion, die verhindert wird, kann ein Menschenleben retten. Deswegen freuen wir uns, dass wir zusammen mit der ASH und den teilnehmenden Krankenhäusern zeigen können, wie sich Kliniken und ihre Mitarbeiter für eine bessere Hygiene engagieren.“

Kontakt: www.hartmann.info, www.aktion-sauberehaende.de

Versicherungen

Neues Rahmenkonzept für Mitglieder: Schutz vor den Folgen von Cyber-Attacken

Von Bernd Helmsauer

Das Risiko, einer Cyber-Attacke zum Opfer zu fallen, ist allgegenwärtig. Auch Arztpraxen bleiben davon nicht verschont, weil die Angriffe häufig maschinell von Servern gesteuert werden und deshalb nicht auf die Größe eines Betriebs abzielen. In den vergangenen Monaten erlebten Ärzte eine Flut an Informationen zum Patientendatenschutz im Kontext der neuen EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), welche die Haftung bei Verstößen gegen Datenschutz zusätzlich verschärft.

Eine Studie von Juli 2018 zeigt, dass die Möglichkeit eines Cyber-Angriffs 98 Prozent der Befragten mittlerweile bewusst ist, jedoch lasen entsprechende Vorkehrungsmaßnahmen noch zu wünschen übrig. Gleichzeitig werden Schadenersatzansprüche, Haftungsfragen und Meldepflichten deutlich unterschätzt. Es bestehen keine notwendigen Versicherungen oder gar Cyber-Notfall-Pläne. Als Kooperationspartner des BNC bieten wir Ihnen nicht nur ein neues, umfassendes Rahmenkonzept zum Versicherungsschutz gegen die Folgen von Cyber-Attacken zu günstigen Beiträgen, sondern ermöglichen Ihnen den Zugang zu umfassenden Notfall-Serviceleistungen für den Fall der Fälle.

Die IT-Sicherheitspolice deckt alle in der Tabelle dargestellten Bereiche ab. Darüber hinaus sind zusätzliche Highlights inklusive:

- ▶ „Bring your own device“-Deckung, wie berufliche Nutzung privater Smartphones und Mitarbeitergeräte,
- ▶ Internetbetrug (Phishing oder Pharming), zum Beispiel unberechtigte Aneignung von Zugangsdaten,
- ▶ Fake-President: Vermögensschäden aufgrund gefälschter E-Mails,
- ▶ Abwehr einer Cyber-Erpressung inklusive zusätzlicher Absicherung und Beobachtung der IT-Systeme,
- ▶ Betriebsunterbrechungsschutz durch Bedienfehler von Mitarbeitern.

Im Angriffsfall ist die schnelle und kompetente Hilfestellung von Profis ausschlaggebend für das Ausmaß der Schädigung. Die Cyber-Schadenhotline bietet Ihnen – rund um die Uhr – den Zugang zu spezialisierten IT-Dienstleistern, die sich täglich zu 100 Prozent mit der Abwehr von Cyberkriminalität befassen.

Nutzen Sie deshalb Ihre Vorteile als Verbandsmitglied mit unserem Rahmenkonzept für Chirurgen. Gerne beraten wir Sie zur Absicherung gegen Schäden aus Cyberkriminalität inklusive der neuen DSGVO in der ärztlichen Praxis. Fordern Sie jetzt ihr individuelles Angebot an. ◀

Bernd Helmsauer

Vorstand der Helmsauer & Kollegen
Assekuranzmakler AG
Dürrenhofstraße 4
90402 Nürnberg
Tel.: 0911 9292-185
Fax: 0911 9292-191
anfragen@helmsauer-gruppe.de
www.helmsauer-gruppe.de



Foto: Helmsauer

Wissen, worauf es ankommt: **Folgende Bereiche werden von der IT-Sicherheitspolice abgedeckt**

Serviceleistungen

- ▶ Cyber-Schadenhotline (rund um die Uhr!)
- ▶ Aktive Soforthilfe durch hoch spezialisierten IT-Dienstleister für Cyber Risiken (SEC Consult)
- ▶ Keine versteckten Obliegenheiten, wie z. B. „Stand der Technik“-Klausel

Eigenschäden

- ▶ Forensik und Schadenfeststellung
- ▶ Entfernung Schadsoftware und Datenwiederherstellung inklusive Hardwareersatz
- ▶ Systemverbesserung und Schließung der Sicherheitslücke
- ▶ Benachrichtigung an Dritte und Behörden inkl. zugehöriger Dienstleistung
- ▶ Krisenkommunikation
- ▶ Regulierung des BU-Schadens

Fremdschäden

- ▶ Verteidigung in Datenschutzverfahren
- ▶ Vertragsstrafen gegen E-Payment Service Provider
- ▶ Erstattung gesetzeskonformer Bußgeldern
- ▶ Ansprüche wegen Urheber- oder Namensrechtsverletzungen bei unberechtigter Veröffentlichung
- ▶ Unbegrenzte Rückwärtsdeckung
- ▶ Nachmeldefrist von 3 Jahren während Vertragslaufzeit (max. 5 Jahre)

Betriebsunterbrechung

- ▶ Erstattung des Unterbrechungsschadens
- ▶ Kosten zur Minderung des BU-Schadens
- ▶ Zeitliche SB bis 12 Stunden
- ▶ Datenverlust als Folge eines Bedienfehlers
- ▶ Folgen einer DOS-Attacke auf entgeltlich genutzte Cloud

Leserfragen an unsere Hygieneexperten

Ist die präoperative Ganzkörper-Desinfektion mit desinfizierender Waschlotion sinnvoll?

Von Dr. Ernst Tabori

Frage: Ist eine Ganzkörper-Desinfektion mit desinfizierender Waschlotion (Octenisan) wirklich sinnvoll vor einer Operation? Wir wissen doch, dass wenn wir zum Beispiel im Darm zu viele Bakterien zerstören, eine schädliche Fehlbesiedlung entsteht. In der gynäkologischen Chirurgie wurden die ausgiebigen Darmspülungen verlassen, weil sie keinen Vorteil brachten. Warum soll es auf der Haut anders sein? Sind unser „Metagenom“, sprich unser Genpool, und die mit uns in Symbiose lebenden Bakterien nicht etwa essenziell für unser Leben und unseren Immunschutz? Schadet man daher eventuell den Patienten mit solchen Ganzkörper-Desinfektionen?

Antwort: Hierbei geht es letztlich um die Frage der „richtigen“ präoperativen Vorbereitung eines chirurgischen Patienten. Dies ist ein Teil eines prophylaktischen Gesamtpaketes zum Zweck, vermeidbare postoperative Wundinfektionen (SSI) wirksam zu verhindern, die einen großen und wesentlichen Aspekt der Krankenhaushygiene darstellen. Die Bedeutung der SSI mit einem Anteil von rund einem Viertel aller nosokomialen Infektionen wurde durch die komplette Neufassung der diesbezüglichen KRINKO-Empfehlung (siehe Literaturverweis)

Dr. Ernst Tabori

Ärztlicher Direktor
Deutsches Beratungszentrum für Hygiene
BZH GmbH

Schnewlinstraße 4
79098 Freiburg/Brsg.
Tel.: 0761 202 678-0
Fax: 0761 202 678-11
www.bzh-freiburg.de



Foto: Tabori

nochmals deutlich unterstrichen. Ich kann an dieser Stelle nicht die Gesamthematik der SSI-Präventionsmaßnahmen aufgreifen, sondern möchte lediglich auf das Thema der präoperativen Vorbereitung des chirurgischen Patienten eingehen.

Die präoperative Körperreinigung, wie sie aus allgemeinhygienischen Gründen üblich ist, wird entweder am Tag der Operation oder bereits am Vorabend als Dusche oder Ganzkörperbad empfohlen. Ob eine über diese Reinigung hinausgehende antiseptische Waschung sinnvoll ist, wurde in einer Reihe von Einzelstudien untersucht. Aller-

dings haben HTA-Berichte bzw. Cochrane-Analysen unabhängig von der Wahl der Waschlotion übereinstimmend keinen signifikanten Einfluss auf die SSI-Rate ergeben.

Jedoch gibt es Beispiele für außerhalb des eigentlichen OP-Gebiets liegende Erregerreservoirs, die zu einem endogenen Keimeintrag führen können. Hierzu zählen zum Beispiel die eigenen Darmkeime, Infektionen an anderen (entfernt liegenden) Körperregionen ebenso wie chronische Wunden, die nasale Kolonisierung mit *S. aureus* und andere mehr. Es ist bekannt, dass mit *S. aureus* besiedelte Patienten ein im Vergleich zu nicht mit diesem Keim Kolonisierten ein etwa fünfmal höheres Risiko haben, eine durch *S. aureus* verursachte SSI zu entwickeln. Studien konnten zeigen, dass die Rate von *S. aureus* verursachten SSI signifikant reduziert wurde, wenn die Patienten präope-



Foto: Pixabay

Ein Bad oder eine Dusche am Vorabend der OP bzw. am OP-Tag gehört in jedem Fall zur sinnvollen hygienischen Vorbereitung auf einen Eingriff

rativ mit Hilfe von Mupirocin oder chlorhexidin- oder octenidinhaltigen Antiseptika dekolonisiert wurden. Die Weltgesundheitsorganisation WHO empfiehlt, dass „herzchirurgische und orthopädische Patienten mit bekannter S. aureus-Kolonisation perioperativ intranasal zweiprozentige Mupirocin-Salbe erhalten sollen, mit oder ohne Kombination mit Chlorhexidin-Körperwaschungen (strong recommendation, moderate quality of evidence). Bei Patienten mit bekannter S. aureus-Kolonisation und anderen OP-Arten kann die Dekolonisation erwogen werden (conditional recommendation, moderate quality of evidence)“ [KRINKO 2018].

Zusammenfassung der aktuellen Empfehlungen des BZH 2018

Reinigungsbad oder -dusche:

- ▶ Patient sollte am Abend vor OP bzw. am OP-Tag duschen oder baden.
- ▶ Gegebenenfalls antimikrobielle Ganzkörperwaschung und nasale Dekolonisation bei Staphylokokkenträgern vor größeren Eingriffen (setzt entsprechendes Screening voraus) oder als „Generalprophylaxe“ etwa bei Patienten vor kardiochirurgischen Eingriffen und Implantation großer Fremdkörper (z. B. Hüft- oder Knie-TEP). Hierzu können z. B. Octenidin oder Chlorhexidin zur Ganzkörperwaschung und z. B. Octenidinnasensalbe 24 bis 48 Stunden vor und nach OP verwendet werden,
- ▶ Bestehende Verbände vor der OP erneuern,
- ▶ Bauchnabel säubern,
- ▶ Finger- und Fußnägel sollten sauber und unlackiert sein (Pulsoxymetrie),
- ▶ Der Patient darf sich nicht selbst das OP-Gebiet rasieren.

Haarentfernung:

Aus hygienischer Sicht sollte auf eine routinemäßige präoperative Haarentfernung verzichtet werden. Sollte eine präoperative Haarentfernung aus operationstechnischen Gründen erforderlich sein, darf diese nicht durch eine konventionelle scharfe Rasur des OP-Feldes erfolgen,

da minimale Hautläsionen gesetzt werden, die das Risiko einer postoperativen Wundinfektion erhöhen. Im Ergebnis einer großen Zahl von Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass der Verzicht auf eine präoperative Rasur mit einem geringeren SSI-Risiko einherging. Daher wird die routinemäßige präoperative Rasur des OP-Gebietes nicht empfohlen.

Wenn Haarentfernung im Inzisionsgebiet notwendig ist:

- ▶ Die Haarentfernung vorzugsweise unmittelbar vor OP durchführen (Der Zeitpunkt für das Kürzen mittels Clipping kann unter arbeitsorganisatorischen Gesichtspunkten gewählt werden [KRINKO 2018]),
- ▶ Elektrische Haarschneidemaschine (sog. Clipper) verwenden,
- ▶ Wechsel des Scherkopfs nach jedem Patienten: Entsorgen (Einwegartikel) bzw. desinfizierende Aufbereitung gemäß Herstellerangaben,
- ▶ Die Verwendung von Enthaarungscreme ist aus hygienischer Sicht möglich (Vorsicht: allergische Reaktionen und Hautunverträglichkeiten).

Einschleusen:

- ▶ Auskühlen des Patienten vermeiden!
- ▶ Umlagerungshilfe (z. B. Rollboards, fest installierte Umlagerungshilfen etc.) nach Gebrauch wischdesinfizieren. ◀

Literatur:

1. Prävention postoperativer Wundinfektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt 2018 · 61: 448–473
2. Leitfaden und Empfehlungen für die Hygiene in der Koloproktologie – Teil 1 und 2. Herausgegeben vom Berufsverband der Coloproktologen Deutschlands (BCD) und der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie (DGK). coloproctology 2017 · 39: 111–120 und 39: 205–220
3. BZH-Merkblatt: Präoperative Vorbereitung. Deutsches Beratungszentrum für Hygiene. Version 2018

Haben auch Sie Fragen zur Praxishygiene?

Schreiben Sie an die BNC-Geschäftsstelle (info@bncev.de) oder an die Redaktion (antje.thiel@vmk-online.de), Ihre Anfrage wird dann anonymisiert weitergeleitet und gegebenenfalls an dieser Stelle mit der Antwort eines Experten des BZH veröffentlicht.

Terminhinweise: Die nächsten Kurse und Kongresse unter der Leitung des BZH Freiburg

Freiburger Infektiologie- und Hygienekongress

vom 10. bis 12. Oktober 2018

Mit über 1.300 Teilnehmern ist der Freiburger Infektiologie- und Hygienekongress der größte jährlich im deutschsprachigen Raum stattfindende Hygienekongress. Ein Schwerpunktthema mit Vorträgen und Podiumsdiskussion in diesem Jahr werden die unterschiedlichen Ansprüche verschiedener „Stakeholder“ wie Gesundheitsämter, Regierungspräsidien bzw. Medizinprodukteaufbereitungsüberwacher, des Arbeitsschutzes und der eigentlichen Krankenhaushygiene bei Begehungen von Kliniken und Praxen sein. Daneben wird es um den aktuellen Stand der Mikrobiomforschung und die gezielten Beeinflussung desselben z. B. bei Intensivpatienten gehen, aber auch um die Prävention von Störungen durch rationale Antibiotikagabe. Die zehn wichtigsten Publikationen des Jahres aus den Bereichen Krankenhaushygiene und Infektiologie bieten den Rahmen für ganz aktuelle Themen, aber auch neue Erkenntnisse zu „Dauerbrennern“. Abgerundet wird der Kongress durch Blicke über deutsche Krankenhäuser und Praxen hinaus in den Bereich der Geomikrobiologie und auf Auslandseinsätze der Bundeswehr.

Information und Anmeldung:

www.hygienekongress.de

Kurs Hygienebeauftragter Arzt

Der Kurs (40 Stunden) richtet sich an Ärzte, die sich zum Hygienebeauftragten Arzt fortbilden möchten. Der Kurs findet als Blended Learning-Kurs mit einer verkürzten Anzahl von Präsenztagen in Kombination mit E-Learning statt. Er wird gemeinsam mit der Bezirksärztekammer Südbaden durchgeführt. Bei Teilnahme am Blended Learning-Kurs Antibiotikabeauftragter Arzt werden acht Online-Lerneinheiten auf diesen Kurs anerkannt. Alternativ besteht die Möglichkeit die Fortbildung als Inhouse-Kurs über fünf Präsenztage durchzuführen.

Online-Kurse in der BZH E-Akademie

14. November 2018 Online

Antibiotika in ambulant operierenden Zentren (Fortbildung für Ärzte und Medizinische Fachangestellte zum Thema rationaler Einsatz von Antibiotika in ambulant operierenden Zentren mit den Schwerpunkten) sowie viele weitere Online-Kurse für Ärzte und ihre Praxismitarbeiter/innen, darunter auch Refresher-Kurs für den Hygienebeauftragten Arzt

Information und Anmeldung:

www.bzh-freiburg.de/BZH-Akademie

Proktologie

12. Symposium „Aktuelle Proktologie“ des Proktologischen Zentrums Berlin

Am 5. Mai 2018 fand das 12. Symposium „Aktuelle Proktologie“ des Proktologischen Zentrums Berlin statt. Im Leibnizsaal der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften fanden sich etwa 300 Teilnehmer ein. Dargeboten wurde ein breites Spektrum an Themen aus Praxis und Klinik.

Von Dr. Horst Loch, Dr. Fedor Ernst und Dr. Daniel Sterzing

Nach dem Festvortrag von Gregor Gysi „Anmerkungen zur Lage in der Welt“ eröffnete Dr. Horst Loch (Berlin) die Veranstaltung mit einem Vortrag über das **Analkarzinom**. Dieser Tumor hat eine Inzidenz von einem Fall pro 100.000 Einwohnern und Jahr. Es gibt ein Analkanal- (85%) und ein Analrandkarzinom (15%). Bei der Ätiologie spielt das HPV-Virus, vor allem der Typ 16, eine entscheidende Rolle. Die Symptome sind unspezifisch. Histopathologisch handelt es sich meistens um ein Plattenepithelkarzinom, seltener um ein Adenokarzinom. Ziel der Therapie ist die Entfernung des malignen Tumors möglichst unter Erhaltung der Kontinenz. Standard ist die Radiochemotherapie. Kleine Tumoren können auch mit einem Sicherheitsabstand exzidiert werden. Bei einem Rezidiv und bei einem Tumorrest nach Radiochemotherapie ist eine abdomino-sakrale Rektumamputation indiziert. Eine sorgfältige Nachsorge nach Plan ist für fünf Jahre nach Therapieende angezeigt. Ziel der Nachsorge ist die Früherfassung eines persistierenden oder rezidivierenden Tumors, um eine Nachbehandlung mit kurativer Zielsetzung zu erreichen. Die Prognose ist abhängig vom Stadium und Grading. Das 5-Jahres-Überleben liegt bei T1-T2 Tumoren bei 87%, bei T3-T4 Tumoren bei 59%. Die neuere Technik der IMRT kann Gebiete schonen und so Strahlenfolgen vermindern (siehe Abb. 1).

Dr. Andreas Ommer (Essen) erläuterte die **aktuelle Leitlinie zur Analfistel** (siehe Abb. 2). Das Analfistelleiden ist relativ häufig und betrifft vor allem jüngere Menschen. Im Jahre 2016 wurde

eine revidierte Fassung der Behandlungsleitlinie Analfisteln veröffentlicht. Demzufolge stützt sich die Diagnostik vorrangig auf die Anamnese und die klinische Untersuchung. Bei nachgewiesener Fistel stellt die Operation die einzige definitive Therapieoption dar. Das am häufigsten angewendete und mit der höchsten Heilungsrate verbundene Verfahren ist die Fistelspaltung. Durch plastische Verfahren (Verschiebelappen, LIFT-Technik, Spaltung mit Sphinkterrekonstruktion) kann bei komplexen Fisteln die Rate der Patienten mit Kontinenzstörungen verringert werden. Hiermit ist jedoch eine geringere Heilungsrate verbun-

den. Für die Anwendung von Biomaterialien (Fibrin, Kollagen, Plug) finden sich eher enttäuschende Heilungsraten. Für neuere Verfahren wie Laserapplikation, videoassistierte Fisteloperation (VAFT) und Verschluss mittels OTSC-Clip liegen derzeit noch keine Langzeitergebnisse vor. Letztendlich bleibt das Risiko der Kontinenzstörung die wichtigste Komplikation. Bei weiterhin niedriger Evidenz bleibt die Expertise des Chirurgen der wichtigste Faktor für eine erfolgreiche Fistelchirurgie.

Dr. Daniel Sterzing (Berlin) befasste sich mit **Tipps und Tricks für die Notaufnahme**. Viele proktologische Behandlungen lassen sich zunächst symptomatisch lindern. Vor allem der inkarzerierte Hämorrhoidalprolaps (siehe Abb. 3) sollte zunächst abschwellend behandelt und dann einer adäquaten proktologischen Behandlung zugeführt werden. Analthrombosen dürfen nicht mit Hämorrhoiden verwechselt werden. Sie sind nicht reponierbar. Sie können ebenfalls meist



Abb. 1 (oben): Analrandkarzinom
Abb. 2 (unten): Analfistel

Fotos: Loch

konservativ behandelt werden. Bei einem besonders schmerzhaften und großen Befund empfiehlt sich eher die komplette Exzision des Knoten anstatt nur einer oft zu kleinen Inzision. Perianal- und Pilonidalabszesse können als Bridging (siehe Abb. 4) zunächst nur abgedeckt und später von proktologisch Erfahrenen definitiv versorgt werden.

Dr. Roland Scherer (Berlin) beschrieb in seinem Vortrag wesentliche **Innovationen in der Koloproktologie**. Neben den transanal Staplerv Verfahren und den neueren Verfahren in der Fistelchirurgie (LIFT, Stammzellen) ging er vor allem auf die Robotics-Verfahren ein, die auch in der Kolonchirurgie ihren Einzug halten und eine mögliche Erleichterung insbesondere bei schwierigen Eingriffen im kleinen Becken sein können. Es ist aber noch nicht nachgewiesen, ob für den Patienten wirklich ein Benefit resultiert. Dem technischen Fortschritt steht ein immenser finanzieller Aufwand gegenüber.

Priv.-Doz. Dr. Felix Aigner (Berlin) erläuterte in seinem Vortrag die **Funktionsstörungen nach Rektumeingriffen**. Funktionelle Störungen nach rektumchirurgischen Eingriffen sind nicht selten, und es ist unsere Pflicht als Koloproktologinnen und Koloproktologen, unsere Patienten eingehend präoperativ darüber aufzuklären. Zu den häufigsten Beschwerden zählen das sogenannte LARS-Syndrom (low anterior resection syndrome) nach tiefer Rektumresektion etwa bei Rektumkarzinomen im unteren oder mittleren Rektumdrittel. Es setzt sich zusammen aus dem Gefühl der unvollständigen Stuhlentleerung, erhöhtem Stuhl drang bis hin zur Stuhlinkontinenz und kann in erster Linie konservativ mit angeleitetem Beckenbodentraining bei Physiotherapeuten im niedergelassenen Bereich und Elektrostimulation mit Biofeedback sowie analer Irrigation mit der bloßen Klistierspritze oder dafür vorgesehenen Irrigationssystemen behandelt werden. Eine Vermeidung dieser Funktionsstörungen ist auch mit der nervenschonendsten Operationsmethode nicht vollends möglich, aber das Einhalten anatomisch-embryonaler Präparationsebenen während der Operation, das Vermeiden von zu extensiven Resektionen und der zurückhaltende Einsatz von elektrokaustischen Instrumenten an neuralgischen Strukturen im kleinen Becken können das Ausmaß der Funktionsstörung signifikant eindämmen. Neuere minimal invasive Methoden und Zugangswege wie der transanale Zugang zur Rektumresektion (TaTME) oder roboterassistierte

Dr. Horst Loch

Facharzt für Chirurgie, Proktologie
Proktologisches Zentrum Berlin

Fasanenstraße 60
10719 Berlin
Tel.: 030 8848991
Fax: 030 8848993
horst.loch@gmail.com
www.proktologie-berlin.de

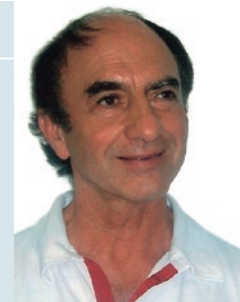


Foto: Websteiffactory

Operationsmethoden können aufgrund der besseren Übersicht zur Schonung der Beckennerven beitragen.

Vortragsthema von Dr. Bernd Strittmatter (Freiburg) war die **Stuhlinkontinenz**. Schätzungen zufolge sollen vier bis acht Millionen Deutsche stuhlinkontinent sein. Frauen sind achtmal häufiger betroffen als Männer. Grunderkrankungen wie Reizdarmsyndrom, chronisch-entzündliche Darmerkrankung (CED), chologene Diarrhoe, Laktoseintoleranz und Pankreaserkrankungen sind spezifisch zu therapieren. Bei der Medikamentenanamnese wird Magnesium gerne vergessen. Stuhlverdünnende Wirkung haben Laxantien, Kalziumantagonisten, Nitrate und Metformin. Bei der Basistherapie, die jeder Arzt leisten kann, steht die Ernährungsberatung an erster Stelle. Zu empfehlen sind auch Gelbildner wie etwa Flohsamen. Reizstoffe wie Kaffee in größerer Menge sind zu vermeiden. Bei Früchten und Gewürzen können Unverträglichkeiten vorliegen, die mit einem Ernährungstagebuch zu ermitteln sind. Loperamid, Tinctura opii und Paracodin bilden die Säulen der medikamentösen Therapie. Beckenbodentraining, Biofeedback und perkutane Tibialisstimulation sind als konservative Verfahren anerkannt, wobei die Evidenz relativ niedrig ist. Bei den operativen Techniken gilt die sakrale Nervenstimulation als Verfahren der ersten Wahl.



Fotos: Loch

Abb. 3 (oben): inkarzierter Hämorrhoidalprolaps
Abb. 4 (unten): Bridging bei Analabszess

Prof. Dieter Bussen (Mannheim) sprach über ausgewählte Facetten der **Kinderproktologie**. Hamartomatöse Polypen sind im Schulalter die häufigste Ursache für Blutungen, die nicht auf Rhagaden oder Fissuren zurückgehen. Rund 70% finden sich im Rektum, 25% im Sigma. Nach Abtragung bilden sich in 3–25% der Fälle erneut Polypen. Deswegen ist eine Nachsorge notwendig. Eine therapeutische Herausforderung ist die funktionelle Obstipation, die bei ▶

Kindern bis zur Enkopresis gehen kann. Bei langdauernder Entleerungsstörung mit Pressen können Kinder auch einen Rektumprolaps provozieren, der allerdings primär keine Operationsindikation darstellt, sondern ein Verhaltenstraining erfordert. Die konservative Therapie der funktionellen Obstipation erfolgt mit Macrogol, bei Enkopresis zusätzlich Lecicarbon junior Suppositorien. Die Behandlung erfordert oft eine Verhaltenstherapie, nicht zuletzt weil Ratschläge zur Ernährung (Ballaststoffe) und zu ausreichendem Trinken nicht immer gut ankommen.

Das noch immer recht unbekannt Thema **AIN Anale Intraepitheliale Neoplasie in der Proktologie** wurde von Dr. Fedor Ernst (Berlin) abgehandelt. AIN ist die moderne histologische Nomenklatur der analen Dysplasie und hat viele makroskopische Erscheinungsformen. Die Einteilung erfolgt in drei Grade. AIN III entspricht dem M. Bowen und dem Carcinoma in situ. AIN wird durch verschiedenste Humane Papilloma Viren (HPV) verursacht. Typ 16 lässt sich in vielen Analkarzinomen nachweisen. Die Infektion erfolgt durch Sexualkontakt. HIV, Promiskuität und eine immunsuppressive Therapie gelten als Risikofaktoren für die Entwicklung zur AIN III und damit zum Analkarzinom. Daher wurden Screening-Programme entwickelt. Testsysteme mit 90-prozentiger Sensitivität können viele HPV-Typen erkennen, die anale Zytologie kann Dysplasien in Analogie zum PAP-Screening erkennen und durch HRA (High Resolution Anoskopie) gestützt, gezielte Biopsien ermöglichen. Die Therapie der AIN erfolgt topisch, ablativ oder chirurgisch. Imiquimod ist als Creme dabei am besten untersucht. Es werden Therapieerfolge in bis zu 70% der Fälle berichtet. Allerdings ist die Behandlung langwierig: Sie dauert bis zu 16 Wochen und ist mit einer relevanten Rezidivrate assoziiert. Die ablativ Therapie mittels Hochfrequenzstrom oder Laser ist etabliert und wirksam. Insbesondere perianal kann auch chirurgisch behandelt werden. Der große Vorteil ist die Gewinnung einer Histologie. Bei mehr als hemizirkulären Läsionen besteht die postoperative Gefahr einer analen Stenose. Bei den ablativen Verfahren, die ihre Vorzüge in der Gewebeschonung haben, werden allenfalls bioptische Präparate für die Histologie gewonnen. Beide Verfahren haben Rezidivraten bis zu 70%. Daher ist eine konsequente Nachsorge erforderlich: bei AIN I alle drei Monate für ein Jahr, bei AIN III für mindestens drei Jahre, bei Risikogruppen lebenslang. Mit dem inzwischen nonavalenten Impfstoff kann postinfektiös in bis zu 50% der Fälle eine positive Wirkung erzielt werden. Allerdings wird eine Immunisierung in der frühen (infektionsfreien) Jugend angestrebt. Aktuell werden nach STIKO-Empfehlungen nur Mädchen geimpft, doch neuerdings gibt es auch eine STIKO-Empfehlung für Jungen.

Dr. Gerd Kolbert (Hannover) trug vor zu dem Thema: der **Laser in der Proktologie: Pro und Kontra**. Die operative Therapie unter Verwendung eines Lasers wird von den Patienten mit den Attributen „scho-nend, modern, präzise oder fortschrittlich“ verbunden (siehe Abb. 5). Für den Operateur zählen zusätzliche Dinge wie geringe Nebenwirkungen, Schmerzarmut und eine niedrige Komplikationsquote. Mit dem Ziel, die Schmerzen nach einer Operation zu vermindern und die

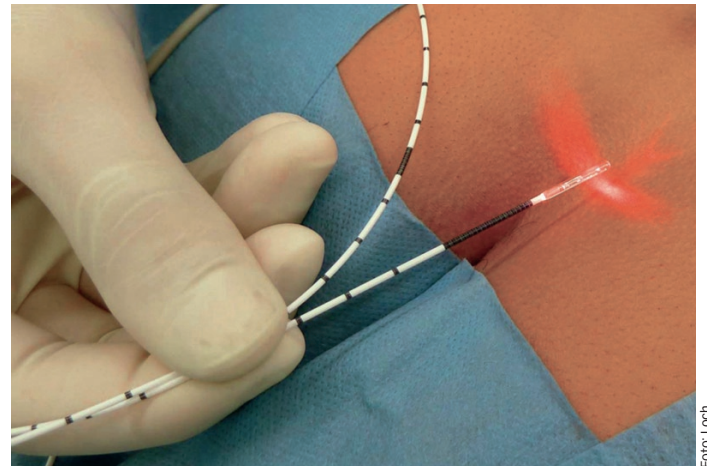


Abb. 5: Laserfaser mit Pilotstrahl

Wunden so klein wie möglich zu halten, wurde das minimal invasive Laserverfahren zur Hämorrhoidentherapie entwickelt. Dazu wird eine Laserfaser unter Sicht über einen kleinen Hautschnitt am Analrand in das Zentrum des Hämorrhoidenpolsters plaziert und dieses mit der Laserfaser gezielt von innen heraus geschrumpft, ohne das Anoderm zu verletzen. Aktuelle Studienergebnisse zeigen eine geringe Schmerzsymptomatik, eine niedrige Komplikationsrate und hohe Patientenzufriedenheit. Etwas kritischer muss die Lasertherapie in der Operation eines analen Fistelleidens gesehen werden. Hier sieht die Rationale ein „bonding by combustion“ vor, ein Verschließen durch Verbrennen. Da aber ein Durchbau des Fistelganges auch nach Lasertherapie durch natürliche Heilungsvorgänge eine geraume Zeit braucht, muss diese Technik stets durch einen inneren Fistelverschluss ergänzt werden. Dies erklärt auch die noch schwankenden Studienergebnisse zur Ausheilung des Fistelgeschehens.

Dr. Alex Rothhaar (Berlin) befasste sich in seinem Vortrag **Stuhl(gang) als diagnostisches Kriterium** mit Form und Farbe des Stuhlganges. Normalerweise ist der Stuhl mittelbraun. Roter Stuhl entsteht durch Blutungen im Dick- oder Enddarm oder durch rote Lebensmittel wie rote Beete. Grüner Stuhl bei Durchfall kann auf eine Salmonelleninfektion hinweisen aber auch durch grüne Nahrungsmittel wie Spinat entstehen. Gelber Stuhl ist möglicherweise ein Symptom für Glutenempfindlichkeit oder gibt Hinweise auf Probleme mit der Fettverdauung. Bei schwarzem Stuhl können Blutungen im oberen Verdauungstrakt vorliegen. Auch bei der Einnahme von Eisenpräparaten wird der Stuhl schwarz. Lehmfarbener Stuhl weist hin auf eine Störung des Gallenflusses durch Funktionsstörungen der Galle oder Leber.

Dr. Andreas Fischer (Berlin) gab eine Übersicht über die **medikamentöse Therapie des M. Crohn**. Die medikamentöse Therapie des M. Crohn zielt auf eine möglichst vollständige Kontrolle der Entzündungsaktivität, um strukturelle und funktionelle Folgeschäden am Verdauungssystem zu verhindern. Hierzu steht eine Reihe von medikamentösen Therapieoptionen zu Verfügung, die in Abhängig-

keit von der individuellen Krankheitsausbreitung, dem Krankheitsverhalten nach der Montreal-Klassifikation und dem Vorhandensein extraintestinaler Manifestationen sowie unter Berücksichtigung der individuellen Krankheitsvorgeschichte eingesetzt werden. Aminosalicylate sollten dabei in der Regel nicht mehr zur Anwendung kommen, während systemische Kortikosteroide zur Induktion einer Remission, nicht jedoch für eine Erhaltungstherapie eingesetzt werden. Aufgrund der eingeschränkten Effektivität und des Nebenwirkungsspektrums nimmt die Bedeutung der Thiopurine in der Monotherapie ab; in Kombination mit Biologika-Therapien dienen diese Medikamente aber als wertvolle Kombinationspartner, um die Immunogenität einer Antikörper-Therapie zu vermindern. In der Gruppe der Biologika stehen neben anti-TNF-Antikörpern auch der anti-Integrin-Antikörper Vedolizumab sowie der anti-IL-12/IL-23-Antikörper Ustekinumab zur Verfügung; der differenzierte Einsatz dieser Substanzen erfolgt unter Berücksichtigung der individuellen Begleitumstände. Der Therapieerfolg sollte regelmäßig kontrolliert und die Therapie gegebenenfalls ohne Verzögerung angepasst werden (treat-to-target-Konzept). Dabei ist häufig auch eine interdisziplinäre Betreuung erforderlich, die nicht-medikamentöse Maßnahmen (z.B. Motivation zum Rauchverzicht) einschließt.

Zum Schluss sprach Prof. Heinz-Jürgen Krammer (Mannheim) über die **Diagnostik und Therapie des Meteorismus**. Unter Meteorismus versteht man die subjektive Empfindung eines geblähten Abdomens. Dieses Symptom tritt häufig bei Patienten mit funktionellen Darmbeschwerden auf und wird als große Belastung empfunden. Da die Ursachen vielfältig sind, bedarf es einer ausführlichen Anamnese und körperlicher Untersuchungen. Ein bedeutender Einflussfaktor ist das absolute Volumen des Darminhaltes, das vor allem durch feste Stoffe erhöht wird. Desweiteren spielen die reduzierte Bauchspannung, die abdominale Hypersensibilität und die Bauchumfangzunahme, welche objektiv durch Messungen beobachtet werden kann, eine wichtige Rolle. Es gilt, die Diagnose Meteorismus von der Diagnose Flatulenz abzugrenzen, wobei ein vermehrter Abgang von Gas zu beobachten ist, welcher stark ernährungsabhängig ist. Zur mikrobiologischen Therapie zählen neben Antibiotika auch nichtmedikamentöse Verfahren wie eine Optimierung der Ernährung und des Essverhaltens sowie die Verwendung von Probiotika, welche die Mikrobiota positiv hin zu verminderter Gasproduktion beeinflussen kann. Unter Berücksichtigung der individuellen Verträglichkeit können beispielsweise Flohsamenschalen eingesetzt werden. Außerdem tragen Entschäumer, die als Kautabletten zu erhalten sind, zur Linderung der Beschwerden bei, indem sie durch Herabsenkung der Oberflächenspannung im Darm die Bildung von Gasblasen verhindern und so die Resorption oder Ausscheidung der Gase erleichtern. Phytotherapeutika mit den Wirkstoffen von Pfefferminzöl allein oder in Verbindung mit Kümmelöl lindern bei funktionellen Verdauungsstörungen innerhalb weniger Tage der Einnahme Symptome wie Bauchschmerzen, Druck- und Völlegefühl sowie Blähungen. ◀

Chirurgen Magazin + BAO Depesche 91: Autoren gesucht



Foto: Pixabay

In eigener Sache

Autoren gesucht zum Thema minimal invasive Techniken in Viszeral- und Gelenkchirurgie in Heft 91 – Ausgabe 1.2019

Für Ausgabe 1.2019, die Mitte Februar 2019 erscheinen wird, möchten wir uns in der Rubrik „Medizin“ schwerpunktmäßig mit minimal invasiven Techniken in der Viszeral- und Gelenkchirurgie beschäftigen. Wir suchen Autoren, die aus der Praxis für die Praxis über verschiedene Indikationen, korrekte Indikationsstellung, Qualitätssicherung und Register, die aktuelle Studienlage, betriebswirtschaftliche Aspekte berichten mögen. Wir freuen uns über allgemeine Überlegungen ebenso wie interessante Kasuistiken oder Pitfalls.

Darüber hinaus widmen wir uns der Frage, wie der Fachärztemangel in den Regionen bekämpft werden kann: erweiterte Sprechzeiten, Terminalservicestellen, Entbudgetierung, Landarztquote? Wir freuen uns auch hierzu über Ihre Anregungen und Themenvorschläge.

Die Redaktion berät Sie gern bei der Aufbereitung Ihrer Daten und der Gestaltung Ihres Manuskripts sowie bei der Auswahl von Bildmaterial und Grafiken – Anruf oder E-Mail genügt. Redaktionsschluss ist der 28. Dezember 2018, bitte nehmen Sie aber möglichst frühzeitig Kontakt mit uns auf.

Kontakt: Antje Thiel
 VMK Verlag für Medizinkommunikation GmbH
 Redaktion Chirurgen Magazin + BAO Depesche
 Dachsweg 5, 25335 Elmshorn
 Tel.: 04121 2763634, Fax: 04121 2764948
 antje.thiel@vmk-online.de
 www.vmk-online.de

Hernienchirurgie

Dreidimensionale Leistenhernien-Netze – trotz vergleichbarer Qualität vor dem Aus?

Die neuen HerniaSurge-Leitlinien raten von dreidimensionalen Netzen ab, doch die wissenschaftliche Evidenz ist dürftig. Ein differenzierter Umgang mit dreidimensionalen Netzimplantaten ist sinnvoll, doch deren Vorzüge – einfacher Zugangsweg, ambulante Operation ggf. sogar in Lokalanästhesie – sind nicht von der Hand zu weisen.

Von Dr. Ralph Lorenz, Martin Wiese, Dr. Isabell Wieber, Dr. Andreas Koch

Einführung: Was macht die dreidimensionalen Techniken aus?

Eine suffiziente Leistenhernien-Versorgung ist heute durch zahlreiche OP-Verfahren und Netz-Varianten möglich. Neben den endoskopischen Verfahren haben sich seit den 1990er Jahren auch zahlreiche neue offene Verfahren zur Leistenhernien-Versorgung etabliert. Dazu zählen auch die sogenannten dreidimensionalen Netz-Verfahren, wobei es dabei zu einer Netzplatzierung nicht nur in einer Bauchdeckenschicht, sondern in mehreren kommt. Diese Verfahren gehen sowohl auf Ira M. Rutkow (Plug&Patch-Verfahren, 1993) als auch auf Arthur Gilbert (Prolene Hernia System, 1999) zurück. Beide OP-Verfahren bzw. die dabei verwendeten Materialien wurden zwischenzeitlich an das derzeit international empfohlene leichtgewichtige, makroporöse Netzkonzept angepasst. Nahezu alle Medizinprodukte-Hersteller haben in ihrem Portfolio dreidimensionale Netzprodukte.

Welches Vorgehen empfehlen die Leitlinien?

Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) sind die Basis der evidenzbasierten Medizin und gelten als Goldstandard der klinischen Forschung. Die evidenzbasierte Medizin schafft wiederum die Grundlage für die Erstellung von Leitlinien. Leitlinien sollten bei der inzwischen unüberschaubaren Zahl an Studien und Meta-Analysen dazu dienen, dem Chirurgen eine praktische Orientierungshilfe zu geben. Sie sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch stets ökonomische Aspekte berücksichtigen.

Die Ergebnisqualität in der Chirurgie ist jedoch nicht nur von Operationsverfahren und den eingesetzten Materialien abhängig, sondern in besonderem Maße auch von der Qualität des Chirurgen.

Zudem gibt es zur evidenzbasierten Medizin auch Kritik:

- ▶ Die Studienqualität scheint erhebliche Unterschiede aufzuweisen.
- ▶ Der Einfluss der Industrie auf Studien ist häufig nicht transparent.
- ▶ Es scheint ein Publikations-Bias zu geben, bei der Studien mit negativen Effekten seltener publiziert werden.
- ▶ Die Versorgungsrealität sieht oft anders aus als es randomisierte Studien vermuten lassen.

Vor diesem Hintergrund haben sich in den vergangenen Jahren international zunehmend Register bzw. Datenbanken etabliert, die für epidemiologische und Beobachtungsstudien mit großen Fallzahlen herangezogen werden.

EHS-Leitlinien: Dreidimensionale Netze sind gleichwertig

Seit 2009 gibt es für die Behandlung von Leistenhernien eine Europäische Leitlinie, die von der Europäischen Herniengesellschaft (EHS) erstellt wurde. In diesen EHS-Leitlinien besteht aufgrund der Datengrundlage eine generelle Empfehlung für den Einsatz von Netzimplantaten, entweder offen per Lichtenstein-Technik oder endoskopisch als Total extraperitoneale Plastik (TEP) bzw. Transabdominale Präperitoneale Plastik (TAPP), sofern die Expertise vorhanden ist. Im 2014 publizierten Update der EHS-Leitlinien, welche auf Basis randomisiert kontrollierter Studien und Meta-Analysen mit Oxford-Level I entwickelt wurden, kommen die Autoren zu dem Schluss, dass sowohl Plug&Patch-Verfahren als auch dreidimensionale Netzimplantate als gleichwertig gegenüber dem Lichtenstein-Verfahren betrachtet werden müssen.

HerniaSurge: Abkehr von dreidimensionalen Netzen

Die im Februar 2018 erschienenen HerniaSurge-Leitlinien empfehlen demgegenüber allerdings, dreidimensionale Netzimplantate zur Versorgung von Leistenhernien grundsätzlich nicht mehr zu verwenden (strong upgraded) (HerniaSurge 2018). Die HerniaSurge-Experten begründen dies damit, dass bei der Plug&Patch-Technik sowie bei dreidimensionalen Kunststoffimplantaten sowohl der anteriore als auch der posteriore Raum tangiert werden und eine komplementäre OP-Technik im Rezidivfall erschwert werden könnte. Außerdem begründen sie diese Empfehlung auch mit dem exzessiven Materialeinsatz und höheren Implantatkosten.

Weder in randomisiert-kontrollierten Studien, noch in Meta-Analysen konnten diese Annahmen bisher explizit bestätigt werden. Obgleich die HerniaSurge-Leitlinien erst 2018 publiziert wurden, liegt diesen Leitlinien eine Literaturrecherche lediglich bis einschließlich 31. Dezember 2014 zugrunde. Im Zeitraum zwischen den beiden

genannten Leitlinien-Publikationen scheint es keine zusätzlichen Publikationen zum Thema dreidimensionaler Netzimplantate gegeben zu haben. Die HerniaSurge-Experten kommen im Vergleich zu den Autoren der EHS-Guidelines bei vermutlich gleicher wissenschaftlicher Studienlage nun zu einer sichtlich gegenteiligen Aussage.

Marktübersicht: Materialreduzierte Plug-Produkte

In den Ausführungen werden explizit die Plug-Systeme und das PHS® erwähnt. Diese Materialien sind seit den 1980er Jahren weltweit erhältlich. Aufgrund des weltweiten Siegeszuges der Rutkow-Technik haben in den vergangenen Jahren nahezu alle Hersteller von Netzimplantaten derartige Plug-Produkte in Ihr Portfolio aufgenommen. Die Produktpalette beinhaltet jedoch zwischenzeitlich auch zahlreiche Produktpassungen mit großporigen, leichtgewichtigen, materialreduzierten und teilresorbierbaren Netzmaterialien. Bei den explizit dreidimensionalen Netzimplantaten gab es dagegen bisher nur einen Hersteller am Markt, der das 1999 entwickelte Prolene Hernia System (PHS®, Firma Johnson & Johnson) im Jahre 2007 durch ein deutlich materialreduziertes teilresorbierbares Netzmaterial, das Ultrapro Hernia System (UHS®, Firma Johnson & Johnson) ersetzte. Ein zweiter Netzhersteller hat trotz der inhaltlich seit einigen Jahren bekannten und geplanten HerniaSurge-Leitlinien im Februar 2018 ein weiteres dreidimensionales Netzprodukt (Duatene Mesh®, Firma Medtronic) auf den Markt gebracht. Auch dieses ist gegenüber dem ursprünglichen PHS® deutlich materialreduziert.

Wie kommt es zu den unterschiedlichen Empfehlungen?

Womit sind also die unterschiedlichen Empfehlungen der Fachgesellschaften zu erklären? Und worin liegen die Unterschiede zwischen den EHS-Leitlinien und den HerniaSurge-Leitlinien? In der EHS-Leitlinie sowie in ihrem 2014 erschienenen Update kommt das System der „Oxford hierarchy of evidence“ in der Originalversion (gültig zwischen 2009 und 2011) zur Anwendung. Dabei werden die wichtigsten Empfehlungen mit hoher Evidenz als Grad A-Empfehlungen formuliert (Miserez 2014).

Die HerniaSurge-Gruppe wurde ursprünglich durch drei Fachgesellschaften initiiert, um die vorhandenen Leitlinien der EHS (European Hernia Society), der IEHS (International Endo Hernia Society) und der EAES (European Association of Endoscopic Surgeons) miteinander zu koordinieren und abzustimmen. Im Verlauf wurde diese Gruppe um die weltweit vorhandenen internationalen Hernien-Fachgesellschaften (AHS, AMEHS, APHS, AAHS) erweitert. Diese Historie erklärt vermutlich auch den sehr hohen Anteil laparo-endoskopischer Experten, der innerhalb dieser HerniaSurge-Expertengruppe bei ca. 80 bis 90 Prozent liegt. HerniaSurge verwendet im Gegensatz zur EHS das 2008 publizierte GRADE-System. Empfehlungen mit hoher Evidenz werden bei HerniaSurge als „strong“ bzw. als „strong upgraded“ graduiert. Ein Konsens unter den HerniaSurge-Experten geht dabei den Empfehlungen „strong upgraded“ oder „weak downgraded“ vor allem bei kontroverser oder nicht hinreichender Literaturevidenz voraus (Weyhe 2018).

Dr. Ralph Lorenz

Facharzt für Chirurgie
Praxis 3+CHIRURGEN
Klosterstraße 34/35
13581 Berlin
Tel.: 030 3311412
lorenz@3chirurgen.de
www.3chirurgen.de



Foto: Lorenz

Neue Publikationen seit 2015 zu dreidimensionalen Netzen

In den vergangenen Jahren sind folgende weitere Publikationen insbesondere zum Einsatz dreidimensionaler Netze erschienen:

2015 veröffentlichte die Arbeitsgruppe um Nienhuijs aus den Niederlanden eine Vergleichsarbeit: Lichtenstein versus Plug versus PHS®. Dabei konnten über einen Zeitraum von acht Jahren keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Rezidive und des chronischen postoperativen Schmerzes festgestellt werden (Nienhuijs 2015).

In einer weiteren 2015 veröffentlichten indischen Studie wurden Patienten nach PHS® und Lichtenstein-Operation miteinander verglichen. In der PHS®-Gruppe bestanden Vorteile beim postoperativen Schmerz und bei der Rückkehr zur täglichen Routine nach der Operation. Die Autoren empfehlen das PHS®-System als sichere OP Methode und als bessere Alternative gegenüber dem Lichtenstein-Verfahren, nicht zuletzt auch bezüglich der kompletten Netzabdeckung des myopectinealen Orifiziums und der damit verbundenen geringeren Rezidivgefahr (Badkur 2015).

In einer 2016 erschienenen Vergleichsstudie aus Schweden wurden Patienten mit Leistenhernien unter Lokalanästhesie ambulant mit Lichtenstein, Prolene-Hernia-System® oder Ultrapro-Hernia-System® operativ versorgt und über drei Jahre nachbeobachtet. Es gab keine Unterschiede bezüglich der OP-Zeit, der Komplikationsrate, des postoperativen Schmerzes, der Rezidivrate und der Lebensqualität zwischen den drei Verfahren. Die Autoren empfehlen alle drei Verfahren gleichermaßen zur Versorgung von Leistenhernien (Magnusson 2016).

In einer erst kürzlich erschienenen Publikation aus dem schwedischen Hernienregister wurden 1.229 PHS®-Patienten mit 78.230 Lichtenstein-Patienten verglichen. Zusammenfassend betonen die Autoren, dass der theoretisch angenommene Nachteil der Verwendung des anterioren und posterioren Raumes beim PHS® sich in der Praxis nicht bestätigen lies. Im Gegenteil suggerieren die Daten aus dem schwedischen Hernienregister, dass die Zahl der Rezidive nach PHS® signifikant geringer ist und die Re-Operationen nach PHS® weder länger dauern, noch höhere Komplikationsraten aufweisen (Magnusson 2018).

Deutsche multizentrische Beobachtungsstudie

Seit 1. Oktober 2009 hat darüber hinaus eine Gruppe niedergelassener Chirurgen in Deutschland eine prospektive, multizentrische Beobachtungsstudie zur Versorgung von Leistenhernien unter anderem ▶

auch mit dreidimensionalen Netzmaterialien begonnen. Wesentlicher Bestandteil dieser Qualitätssicherungsstudie ist dabei die Evaluierung der Ergebnisse durch eine unabhängige Patientenbefragung mittels Carolina-Comfort-Scale (CCS). Zusätzlich entwickelte die Arbeitsgruppe klar definierte Operationsstandards insbesondere für die Durchführung der dreidimensionalen Operationsverfahren. Jede Abweichung von dem festgelegten Standard wird in der Datenbank erfasst. Nach einem, drei und zwölf Monaten werden die Patienten nachuntersucht.

Im Zeitraum seit 1. Oktober 2009 bis heute wurden in dieser Datenbank insgesamt mehr als 17.000 Patienten vollständig erfasst. Über 70 Prozent der Patienten wurden dabei ambulant operiert. Die Zwischenergebnisse zeigen mit 0,3 Prozent sehr geringe intraoperative und mit 1,5 Prozent ebenso sehr geringe postoperative Komplikationsraten. Rezidiv-Leistenhernien traten bei 0,7 Prozent der Patienten innerhalb eines Jahres auf. Inguinale Schmerzen bestanden nach einem Jahr bei 2,9 Prozent der Patienten und Hodenschmerzen bei 0,7 Prozent der Patienten. Bei 98 Prozent der Patienten konnte mittels der Carolina Comfort Scale eine hohe Zufriedenheit mit der Operation ermittelt werden.

Diskussion

In den HerniaSurge-Leitlinien wird grundsätzlich ein maßgeschneidertes Vorgehen zur Versorgung von Leistenhernien empfohlen. Dieses individualisierte Vorgehen sollte sich vor allem nach Art und Größe der Hernie richten. Aber auch Patientencharakteristika wie Alter und Geschlecht, genetische Belastung, Rauchen und Begleiterkrankungen beeinflussen die Rezidiv-Entstehung sowie die Entwicklung chronischer Schmerzen nach Leistenhernien-Reparation. Andererseits wird bei den HerniaSurge-Leitlinien für alle Erwachsenen eine Netzimplantation empfohlen; bei Frauen wird sogar generell ein laparoskopisch-endoskopischer Zugang empfohlen. Dies scheint dem Anspruch an ein Tailoring bzw. eine individualisierte Therapie zu widersprechen.

Ein Problem der meisten wissenschaftlichen Studien ist, dass beim Leistenbruch nicht zwischen Art und Größe des Bruches unterschieden wurde, sondern alle Ergebnisse in der Regel zusammengefasst und verglichen wurden. Jeder Chirurg scheint darüber hinaus unter dem

Tailoring etwas grundsätzlich Verschiedenes zu verstehen. Sicher sind die Ergebnisse bei einer kleinen indirekten Hernie bei einem jungen Patienten und bei einem älteren Patienten mit großer kombinierter oder gar skrotaler Hernie mit völlig aufgebrauchter Leistenkanalhinterwand grundverschieden und nicht miteinander vergleichbar.

Wenn in den HerniaSurge-Leitlinien besonders der Kostenaspekt von Implantaten in den Fokus rückt, muss angefügt werden, dass Materialkosten nur einen geringen Teil der Gesamtkosten einer Operation ausmachen.

Auch wenn die Laparoskopie inzwischen nahezu flächendeckend verfügbar ist, dürfen bei der Berechnung der tatsächlichen Kosten je Operation neben den Materialkosten und Operationszeiten insbesondere auch die Anschaffungs- und Wartungskosten, die Abnutzung des benutzten Instrumentariums und der Videotürme sowie die notwendigen Verbrauchsmaterialien nicht vergessen werden.

Während offene Eingriffe in der Regel mit Larynxmaske ohne Relaxation oder in Lokalanästhesie überwiegend ambulant erfolgen können, werden endoskopische Eingriffe in Deutschland in Intubationsnarkose stets mit Relaxierung und fast immer stationär durchgeführt. Ambulante endoskopische Eingriffe scheinen in Deutschland bisher nicht kostendeckend zu sein. (Weyhe D, Winnemöller C, Hellwig A et al. Das Aus für die minimal-invasive Leistenhernienversorgung durch § 115 b SGB V. Eine Analyse zu Patientenoutcome und Ökonomie. *Chirurg* 2006; 77: 844–855)

Es bestehen unsererseits somit erhebliche Zweifel, dass ein Eingriff,

der zwar mit etwas teureren dreidimensionalen Netzmaterialien durchgeführt wird, dafür jedoch häufig ambulant und in Larynxmaske oder gar in Lokalanästhesie mit nachweislich kürzeren OP-Zeiten, nicht doch am Ende die kostengünstigere Methode ist.

Die neuen Leitlinien geben darüber hinaus bisher keine Empfehlung zur Robotic Surgery, welche insbesondere in den USA, aber auch zunehmend in Europa Einzug zu halten scheint. Vor dem Hintergrund der damit verbundenen erheblichen Kostensteigerung, aber auch angesichts der deutlich verlängerten Operationszeiten bei fehlendem Nachweis einer besseren Ergebnisqualität sollte an dieser Stelle gefordert werden, dass die HerniaSurge-Expertengruppe auch dazu künftig Stellung beziehen sollte.

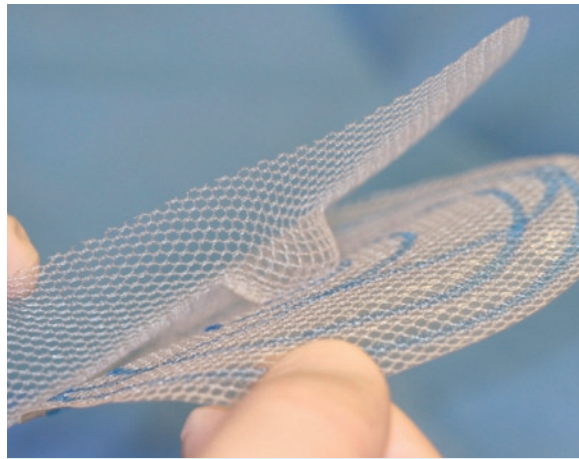


Abb. 1: deutlich materialreduziertes teilresorbierbares Netzmaterial beim Ultrapro Hernia System (UHS®)

Foto: Lorenz



Abb. 2: Innenansicht eines erfolgreich eingewachsenen Ultrapro Hernia System (UHS®)

Foto: Tim Tollens

Fazit für die Praxis

Die Einführung der dreidimensionalen, teilresorbierbaren Implantate eröffnete eine neue Option der operativen Versorgung von Leistenhernien. Sie vereint in sich einen einfachen und sicheren operativen Zugangsweg mit einer auch posterioren Netzplatzierung und kann auch ambulant ggf. sogar in Lokalanästhesie durchgeführt werden.

Die soeben erschienenen internationalen HerniaSurge-Leitlinien empfehlen zwar dreidimensionale Netze nicht mehr zu verwenden. Ein kritischer Umgang mit diesen neuen Leitlinien sei an dieser Stelle jedoch gestattet. Es scheint keinen wissenschaftlichen Beweis für deren Empfehlungen zu geben. Es konnten bisher keine Nachteile dreidimensionaler Netzimplantate bewiesen werden. Es scheint in den Publikationen seit 2015 eher Hinweise zu geben, dass die Ergebnisqualität nach dreidimensionalen Netzimplantaten tendenziell besser sein könnte. Vorteile sind unseres Erachtens:

- ▶ ein minimierter Zugangsweg,
- ▶ ein komplettes Abdecken des Myopectineal orifice (MPO)
- ▶ und eine minimierte Fixation durch die selbstarretierende dynamische Netzprothesen.

Grundsätzlich empfehlen wir dennoch einen sehr differenzierten Umgang mit dreidimensionalen Netzimplantaten. Bei jedem einzelnen Hernienpatienten sollte geprüft werden, ob es ggf. Alternativen zur operativen Versorgung gibt. Dazu sollten sowohl endoskopische, offene anteriore, offene posteriore, offene dreidimensionale aber auch netzfreie OP-Verfahren stets miteinander abgewogen werden und zum Wohle des Patienten gemeinsam mit dem Patienten und seinen persönlichen Wünschen entschieden werden.

Insbesondere für ausgedehnte kombinierte oder Skrotalhernien mit aufgebrauchter Leistenkanalhinterwand stellen dreidimensionale Netzimplantate sicher auch künftig eine gute Alternative bei der operativen Versorgung dar. Insbesondere in diesen Fällen ist fraglich, ob ein Bridging durch einen endoskopischen Eingriff wirklich eine ausreichende Augmentation darstellt. Wie durch die Autoren mehrfach betont, gibt es nicht das „one suit fits all“ Konzept, vielmehr ergänzen sich die Verfahren in den individuellen Gegebenheiten des Patienten! Dabei sollten jedoch immer folgende Dinge beachtet werden:

- ▶ Immer sollten alle potenziellen Lücken (direkt, indirekt und femoral) intraoperativ geprüft werden.
- ▶ Bei jüngeren Patienten sollte auf potenziell materialintensivere Implantate verzichtet werden.
- ▶ Ein standardisiertes Vorgehen mit exakter OP-Technik ist essenziell.
- ▶ Eine begleitende Qualitätssicherung sollte die eigene Ergebnisqualität reflektieren.

Leitlinien sind für Ärzte grundsätzlich rechtlich nicht bindend und haben weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung. Jeder Chirurg behält somit seine persönliche Behandlungsfreiheit abhängig von seiner eigenen Erfahrung. ◀

Korrespondenzadressen der Co-Autoren:

Martin Wiese, Gesundheitszentrum Kelkheim,

Frankenallee 1, 65779 Kelkheim (Taunus), martinwiese@t-online.de

Dr. Isabell Wieber, Hernienzentrum am Rudolfplatz,

Richard-Wagner-Straße 9-17, 50674 Köln, isawieber@web.de

Dr. Andreas Koch, Chirurgische Praxis Ärztehaus Nord am TKC,

Gerhart-Hauptmann-Str. 15/Süd 10, 03044 Cottbus, info@chirurgie-cottbus.com

Literaturauswahl (weitere bei den Autoren):

1. Badkur M, Garg N. Comparative Study of Prolene Hernia System and Lichtenstein Method for Open Inguinal Hernia Repair. *J Clin Diagn Res.* 2015 Jun; 9(6): PC04-7. doi: 10.7860/JCDR/2015/12177.6009. Epub 2015 Jun 1.
2. HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia.* 2018 Feb; 22(1):1-165. doi: 10.1007/s10029-017-1668-x. Epub 2018 Jan 12.
3. Magnusson J, Nygren J, Gustafsson UO, Thorell A. UltraPro Hernia System, Prolene Hernia System and Lichtenstein for primary inguinal hernia repair: 3-year outcomes of a prospective randomized controlled trial. *Hernia.* 2016 Oct; 20(5):641-8. doi: 10.1007/s10029-016-1507-5. Epub 2016 May 18. DOI: 10.1007/s10029-016-1507-5
4. Magnusson J, Gustafsson UO, Nygren J, Thorell A. Rates of and methods used at reoperation for recurrence after primary inguinal hernia repair with Prolene Hernia System and Lichtenstein. *Hernia.* 2018 Jun; 22(3): 439-444. doi: 10.1007/s10029-017-1705-9. Epub 2017 Dec 2.
5. Miserez M, E. Peeters, T. Aufenacker, J. L. Bouillot, G. Campanelli, J. Conze, R. Fortelny, T. Heikkinen, L. N. Jorgensen, J. Kukleta, S. Morales-Conde, P. Nordin, V. Schumpelick, S. Smedberg, M. Smietanski, G. Weber and M. P. Simons (2014). „Update with level 1 studies of the European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients.“ *Hernia* 18(2): 151-163.
6. Nienhuijs SW, Rosman C. Long-term outcome after randomizing prolene hernia system, mesh plug repair and Lichtenstein for inguinal hernia repair. *Hernia.* 2015 Feb; 19(1): 77-81. doi: 10.1007/s10029-014-1295-8. Epub 2014 Aug 14.
7. Weyhe D, Conze J, Kuthe A, Köckerling F, Lammers BJ, Lorenz R, Niebuhr H, Reinhold W, Zarras K, Bittner R. [HerniaSurge: international guidelines on treatment of inguinal hernia in adults : Comments of the Surgical Working Group Hernia (CAH/DGAV) and the German Hernia Society (DHG) on the most important recommendations]. *Chirurg.* 2018 Jun 21. doi: 10.1007/s00104-018-0673-7. [Epub ahead of print].

ZU WISSEN, WIE SIE AUFTRETEN WOLLEN, IST **IHRE SACHE.**

ZU WISSEN, WIE MAN DAS ERREICHT, IST **UNSER JOB.**

WERBEBOTSCHAFTER FÜR DIE MEDIZIN- UND GESUNDHEITSBRANCHE

IHR PROFI-TEAM FÜR KOMMUNIKATION UND GESTALTUNG

Tel. 04102 2177223, info@bbpm.de, www.bbpm.de

Der Versicherungsmakler im Heilwesenbereich

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

Bitte informieren Sie mich über folgende Themen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rabattierte Berufshaftpflichtversicherung | <input type="checkbox"/> Altersvorsorge über die Rürup-Rente |
| <input type="checkbox"/> Rabattierte Kfz-Versicherung | <input type="checkbox"/> Rabattierter Unfall – Rahmenvertrag |
| <input type="checkbox"/> Rahmenvertrag Krankentagegeld | <input type="checkbox"/> Praxisbewertungen und betriebswirtschaftliche Beratung über unser Schwesterunternehmen Helmsauer Curamed |
| <input type="checkbox"/> Betriebliche Altersvorsorge und Berufsunfähigkeitsangebote für medizinische Fachangestellte | |

BNC-Hotline +49 (0) 911.9292.185

Praxisstempel:

KONTAKTIEREN SIE UNS –
WIR BERATEN SIE GERNE.

Anruf bei der BNC-Hotline
+49 (0) 911.9292.185
Rückantwortfax an die
+49 (0) 911.9292.191

HELMSAUER
GRUPPE

Dürrenhofstraße 4
D-90402 Nürnberg
info@helmsauer-gruppe.de
www.helmsauer-gruppe.de