

# CHIRURGENMAGAZIN

## BAO Depesche



BAO Bundesverband für  
Ambulantes Operieren e.V.

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



### Fußchirurgie

## Narkose- und Operationstechniken bei Eingriffen an der unteren Extremität

#### NARKA 2021

Ambulantes Operieren:  
Was kommt nach der  
Corona-Pandemie?

#### BNC-Vorstand

Das Führungsteam des  
Berufsverbands ist nun  
wieder komplett

#### BAO-Vorstand

Neue Gesichter im Präsidium –  
und eine zukunftsorientierte  
Verbandsstrategie



Verlag für  
Medizinkommunikation



Klaus Volmer, Pädiater, seit 15 Jahren im Einsatz für ÄRZTE OHNE GRENZEN

## WIR BRAUCHEN IHRE SOLIDARITÄT!

**JETZT PARTNERÄRZT\*IN WERDEN!** Unterstützen Sie Ihre Kolleginnen und Kollegen bei weltweiten Hilfeinsätzen mit einer Dauerspende und werden Sie so zur Partnerärzt\*in von ÄRZTE OHNE GRENZEN. Erfahren Sie mehr über unser Programm ÄRZTE FÜR ÄRZTE: [www.aerzte-ohne-grenzen.de/partnerarzt](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/partnerarzt)



Spendenkonto:  
Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00  
BIC: BFSWDE33XXX

[www.aerzte-ohne-grenzen.de/partnerarzt](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/partnerarzt)



**MEDECINS SANS FRONTIERES**  
**ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.**

Träger des Friedensnobelpreises

# Inhalt

## Berufspolitik

### Leitartikel BNC

Die Bundestagswahl liegt hinter uns – wird nun alles gut?

8

### Leitartikel BAO

Neue Gesichter im Präsidium – und eine zukunftsorientierte Verbandsstrategie

10

### BNC-Vorstand

Das Führungsteam des Verbands ist nun wieder komplett

14

### NARKA 2021

Ambulantes Operieren: Was kommt nach Corona?

16

### Bundeskongress Chirurgie

Auf Wiedersehen in Nürnberg vom 11. bis 12. Februar 2022!

20

### Berufsverbände suchen Kooperation

Kinderchirurgen im BNKD schließen sich dem BNC an

21

### Zukunft der ambulanten Versorgung

Werden Niedergelassene vom Gesundheitsmarkt verdrängt?

22

## Regional

### Ansprechpartner

Kontakt zu den Geschäftsstellen und Regionalverbänden von BNC und BAO

24

### Meldungen

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

25

## Service

### Aktuelles zum Arztrecht

Neue Tendenzen der Rechtsprechung zum Thema Aufklärung

26

### Aktuelles zum Arztrecht

Alte Verträge bergen häufig Tücken bei der Nachfolge und bei Umstrukturierungen

28

### Praxisteam

Nebentätigkeit und Urlaubsanspruch: Arbeitsrechtliche Fragen in der Praxis

30

### Abrechnung

Auszüge aus dem neuen Kompendium ‚Der Kommentar zu EBM und GOÄ‘, Teil 5

32

## Medizin

### Hernienchirurgie

FEBS-AWS: Der neue europäische Facharzt für Hernienchirurgie

40

### Ambulantes Operieren

Ultraschallgesteuerte Regionalanästhesie bei Eingriffen an der unteren Extremität

42

### Fußchirurgie

Lapidus-Arthrodese: Ein Rückblick auf 17 Jahre Erfahrung mit der Technik

46

## Verschiedenes

### Editorial

Klimaschutz: Wie grün muss das Gesundheitswesen werden?

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

Titelbild: iStockphoto.com/NiserIN | Titelbildrecherche: Schelli

## SC 5010 SEK Mobiler OP Stuhl



für

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



### 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](http://www.akrus.de)



Kniehalter, elektrisch



Armtisch

Schulterzugang



Göpel Beinhalter



Schockposition

# Editorial

## Klimaschutz: Wie grün muss das Gesundheitswesen werden?

Liebe Leserinnen und liebe Leser,

in den vergangenen Jahren wurden Menschen, die sich um die globale Erderwärmung sorgen, in weiten Teilen der Bevölkerung gern als ‚Klimaspinner‘ verunglimpft oder als jugendliche Schulschwänzer abgetan. Doch inzwischen hat die Mehrheit zum Glück erkannt, dass der Klimawandel eine existenzielle Bedrohung für die gesamte Menschheit darstellt und ganz oben auf die Agenda aller Nationen, Gesellschaftsschichten und Wirtschaftsbranchen gehört.

Nachhaltigkeit ist das Gebot der Stunde – und das Gesundheitswesen ist hier keine Ausnahme. Dieser Megatrend spiegelt sich mittlerweile auch in den Programmen medizinischer Fachkongresse, der Agenda des Deutschen Ärztetages und einschlägigen Arbeitsgruppen wissenschaftlicher Fachgesellschaften wider. Beim NARKA (siehe Seite 16) diskutierte das Plenum über die Klimabilanz von Anästhesiegasen, beim DKOU mahnte der Kongresspräsident die gewaltigen Müllberge an, die bei komplexen orthopädischen Operationen entstehen (siehe Seite 6), und der 125. Deutsche Ärztetag verabschiedete eine Resolution zum Thema Klimawandel und dessen Auswirkungen auf Gesundheit und medizinische Versorgung.

Ich bin neugierig, welche Rolle Überlegungen dieser Art in Ihren Praxen und Einrichtungen spielen: Machen Sie die Entscheidung für oder gegen bestimmte Produkte auch von deren Umweltbilanz abhängig? Würden Sie lieber wiederverwendbare Instrumente und OP-Materialien statt der allgegenwärtigen Einwegprodukte verwenden? Sorgen Sie sich um den CO<sub>2</sub>-Fußabdruck Ihrer Arbeit? Bitte schreiben Sie mir Ihre Gedanken zum Thema – ich bin gespannt auf Ihre Überlegungen und werde gern in einer der nächsten Ausgaben ausführlich darüber berichten.



Foto: Thiel

Antje Thiel

Redaktionsleitung

antje.thiel@vmk-online.de

## 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 Bentheim  
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  
info@vmk-online.de  
www.vmk-online.de

Redaktionsleitung:  
Antje Thiel  
Telefon 04121 2763634  
antje.thiel@vmk-online.de

Anzeigenleitung:  
Verlagsbüro ID GmbH & Co. KG  
Tel.: 0511 616595-0, Fax: 0511 616595-55  
anzeigen@vmk-online.de

Grafik und Layout:  
Stefan Behrendt, bbpm Mediendesign  
Hoisdorfer Landstr. 68 a, 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 7.500 Exemplaren gedruckt und hat eine verbreitete Auflage von 7.490 Exemplaren (Quartal 4.2021). Entsprechende Nachweise sind bei der Redaktion erhältlich.

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

## Studie in den USA

## Mehr Schwangerschaftskomplikationen und Fehlgeburten bei Chirurgen

In Deutschland regelt das Mutterschutzgesetz, welche beruflichen Tätigkeiten eine Schwangere gefahrlos ausüben darf. Für Frauen in den operierenden Fächern bedeutete das lange Zeit de facto ein Beschäftigungsverbot. Seit seiner Novelle von 2018 steht nun eine individuelle Gefährdungsbeurteilung im Mittelpunkt. Unter anderem dürfen werdende Mütter unter abgesicherten Bedingungen auch weiterhin operieren und bis 22 Uhr arbeiten. Die Reform geht maßgeblich auf die von Dr. Maya Niethard und Dr. Stefanie Donner gegründete Initiative ‚Operieren in der Schwangerschaft‘ (OPidS) zurück, deren Ziel es ist, schwangerschaftsbedingte Karrierehindernisse zu beseitigen.

Eine jüngst im JAMA erschienene Studie aus den USA offenbart, welche Risiken umgekehrt damit einhergehen, wenn im OP keinerlei Rücksicht auf die Bedürfnisse werdender Mütter genommen wird. So sehen amerikanische Dienstpläne in der Regel keine Schonzeiten während der Schwangerschaft, längeren Mutterschutzurlaub oder Pausen für stillende Mütter vor. Die Studie, der eine Umfrage unter 692 Chirurgeninnen und 182 männlichen Kollegen (November 2020 bis Januar 2021) zugrundeliegt, zeigt nun, welche Folgen dies für die Familienplanung der Chirurgeninnen hat. So gaben 57% der befragten Chirurgeninnen an,

dass sie während ihrer Schwangerschaft mehr als 60 Stunden pro Woche gearbeitet hatten. 42% hatten bereits eine Fehlgeburt erlebt – doppelt so viele wie in der Allgemeinbevölkerung. 75% von ihnen nahm sich nach ihrer Fehlgeburt nicht einmal einen Tag frei.

Im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen hatten die Chirurgeninnen weniger Kinder (im Durchschnitt 1,8 vs. 2,3) und begannen aufgrund der Erfordernisse ihrer chirurgischen Weiterbildung erst später mit der Familienplanung. Verglichen mit den Lebenspartnerinnen ihrer männlichen Kollegen benötigten sie häufiger reproduktionsmedizinische Unterstützung (24,9 vs. 17,1%) und hatten ein deutlich höheres Risiko für schwerwiegende Schwangerschaftskomplikationen (48,3 vs. 27,2%). Dieses Risiko war besonders hoch, wenn Frauen noch im dritten Schwangerschaftstrimester mehr als zwölf Stunden pro Woche im OP standen. Angesichts der Tatsache, dass Frauen in den USA bereits 38% der chirurgischen Weiterbildungsstellen innehaben, fordern die Studienautorinnen mehr Schutz und bessere Arbeitsbedingungen für Chirurgeninnen in der Schwangerschaft.

Quelle: JAMA Surg. 2021;156(10):905-915. doi:10.1001/jamasurg.2021.3301

# Ambulantes Operieren

## – Ihre Mission. Unsere Lösungen.

Egal, was die Zukunft bringt – mit uns sind Sie bestens gerüstet.



◀ Mehr erfahren



Projektplanung



OP-Ausstattung



Praxisorganisation



Sterilgutaufbereitung



Finanzierung



Technischer Service

## DKOU

## Apps für orthopädische Übungen verschlimmern oft statt zu helfen

Vor den möglichen Gefahren orthopädischer Smartphone-Anwendungen hat Dr. Burkhard Lembeck, einer der drei Kongresspräsidenten, beim Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) Ende Oktober in Berlin gewarnt. Er fürchtet, dass Patienten und Patientinnen dabei falsche Übungen anwenden oder empfohlene Übungen nicht an den individuellen Beschwerden ausgerichtet durchführen. „Ohne entsprechende Diagnostik können bei Rückenschmerzen Übungen das Gegenteil bewirken.“

Diese Gefahr sieht er prinzipiell auch bei geprüften, verschreibungsfähigen Digitalen Gesundheits-Anwendungen (DiGA). Diese böten zwar Chancen, doch auch hier sei nicht klar, ob der Patient mit der App die für ihn geeigneten Übungen auswählt. Zudem stünden nicht mehr Diagnostik und Beratung durch den Arzt oder die Ärztin im Zentrum der Behandlung. Er kritisierte auch die hohen Kosten der Apps. „Eine DiGA ist teurer als 15 Monate Facharztbesuch mit individueller Beratung. Für das Geld erhält der Patient alternativ elf Sitzungen Krankengymnastik, bei der Therapeuten eine individuelle Behandlung durchführen.“

## DKOU

## Ökologische Nachhaltigkeit als Marketing- und Standortvorteil?

Auf den Gesundheitssektor entfallen in Deutschland etwa 4,5% des gesamten Emissionsaufkommens. Der Kohlendioxidausstoß zusammen mit dem gestiegenen Müllaufkommen, das vor allem im OP durch komplexes Equipment, Sterilisationsprozeduren und hohe Hygieneanforderungen entsteht, beunruhigen Prof. Dieter Christian Wirtz, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), ebenso wie das hohe Müllaufkommen im Gesundheitswesen: „Eine einzige Operation kann mehr Müll verursachen als eine vierköpfige Familie in einer Woche. Bei einer aufwändigen orthopädischen Operation fallen bis zu 100 Kilogramm Müll an!“, sagte er beim DKOU.

Kliniken müssten sich zur Energie- und Abfallminimierung mehr in Richtung Ressourcenreduktion, Wiederverwendung und Recycling orientieren. Prof. Wirtz verwies auf Dokumentationsvorgaben, die eine separate Lognummer für jedes Implantat vorsehen und somit individuelle, zusätzliche Verpackungen beanspruchen, aber auch Hygienebestimmungen, die Mehrfachverpackungen erfordern oder Einmalinstrumente, deren Wiederverwendung untersagt ist. Prozesse müssten nicht nur aus ökonomischen, sondern auch aus ökologischen Gründen optimiert werden. Nachhaltigkeit werde bald ein Entscheidungskriterium sowohl für Patienten als auch für potenzielle Mitarbeiter sein, prophezeite er, und sei damit auch ein Marketing- und Standortfaktor.

## DKOU

## Aufklären über geschlechtsspezifische Unterschiede bei Verletzungsrisiken

Auf die Bedeutung einer sportmedizinischen Aufklärung für die Prävention von Sportunfällen hat Dr. Johannes Flechtenmacher, Präsident des Berufsverbands für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), beim DKOU hingewiesen. Insbesondere gelte es, verstärkt über geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Verletzungsrisiken aufzuklären. Denn Männer und Frauen hätten wegen ihrer unterschiedlichen Anatomie andere Risiken.

So verletzten sich Frauen bei Sport mit schnellen Richtungswechseln zwei- bis achtmal häufiger am vorderen Kreuzband als Männer, weil sie beim Springen oft mit einer stärkeren X-Beinstellung landen als Männer. Frauen verletzten sich auch häufiger beim Skifahren als Männer. Sie sollten sich mit einem neuromuskulären Training auf das Skifahren vorbereiten, um ihr Verletzungsrisiko zu senken. Denn nach einem Kreuzbandriss entwickelten viele Frauen eine Arthrose. „Wir brauchen endlich geschlechtsspezifische Präventionsprogramme, deren Vermittlung angemessen vergütet wird. Wenn nichts geschieht, ändert sich auch nichts“, betonte Dr. Flechtenmacher.

## DKOU

## Allzu strenge Auslegung der DSGVO gefährdet die Notfallversorgung

Die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) erschwert Kliniken das Einpflegen von Daten in das Traumaregister des bundesweiten Traumanetzwerks. Auf diesen Missstand hat Prof. Dietmar Pennig, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), beim DKOU hingewiesen. Teilnehmende Krankenhäuser geben Daten zu jedem Notfall in das Register ein. Alle drei Jahre wird evaluiert, welche Behandlungen bei welchen Verletzungen und welchen Patienten die besten Resultate erzielen und wie die Notfallversorgung angepasst werden muss, um zukünftig höhere Behandlungserfolge und Überlebenschancen zu erreichen. Die DSGVO erschwere den Kliniken die Einpflege dieser Daten, das Register werde deswegen bereits seltener genutzt.

Prof. Pennig erklärte: „Das Traumanetzwerk bringt einen Zeitgewinn, der Leben rettet.“ Technisch wäre es kein Problem, dass Patientendaten wie Blut- oder EKG-Werte zur Vorbereitung der optimalen Patientenübernahme bereits vom Krankentransport an das Krankenhaus gesendet werden. Doch weil bewusstlose Patienten und Patientinnen keine aktive Zustimmung geben können und dadurch eine Übermittlung der Daten verboten ist, sinken deren Überlebenschancen. Der DGU-Präsident forderte eine angepasste Datensicherheitslösung für das Traumanetzwerk: „Die DSGVO behindert die Lebensrettung! Jeder Tag unter diesen Datenschutzbedingungen gefährdet Leben!“

## Nachruf

### Im Gedenken an Dr. Christel Stoeckel-Heilenz

Am 30. September 2021 ist mit Dr. Christel Stoeckel-Heilenz eine der Wegbereiterinnen des Ambulanten Operierens in Deutschland gestorben. Sie erlag einem langjährigen Krebsleiden.

1949 in Baden-Baden geboren, nahm sie 1967, unmittelbar nach dem Abitur, ihr Medizinstudium in Berlin

auf. Bereits als Studentin übernahm sie bereitwillig Extrawachen auf der Intensivstation und absolvierte in der Folge die Weiterbildung zur Fachärztin für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Noch vor Öffnung der Mauer entschloss sie sich 1989 zur Niederlassung und gründete in Spandau eines der ersten Ambulanten OP-Zentren (AOZ) Berlins, in dem sie Operateuren aller Fachrichtungen perfekte Rahmenbedingungen für das Ambulante Operieren bot.

Dr. Christel Stoeckel-Heilenz war zeitlebens eine unermüdliche Kämpferin für die patientenfreundliche, sichere und wirtschaftliche Versorgungsform des Ambulanten Operierens. Sie war dabei, als sich 1992 der BAO gründete, und



gestaltete die Geschicke des noch jungen Verbands im Vorstand an der Seite des Gynäkologen Prof. Jost Brökelmann und des Orthopäden Dr. Georg Feldkamp mit. Auf regionaler Ebene rang sie für den LAO Berlin mit Krankenhäusern, Kostenträgern und Politik um Akzeptanz und auskömmliche, kalkulierbare Vergütung

– etwa in Form von Sonderverträgen – für ambulante Operationen. Auch die faire Verteilung der Erlöse zwischen Anästhesist und Operateur war ihr stets ein Anliegen. Weiterhin wirkte Dr. Christel Stoeckel-Heilenz über etliche Jahre im Führungsteam der 2006 gegründeten Praxisklinikgesellschaft (PKG) mit.

Dr. Christel Stoeckel-Heilenz hinterlässt einen Ehemann und zwei erwachsene Söhne. Alle Vorstandsmitglieder von BAO und BNC sowie die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstellen und der Redaktion werden ihr stets ein ehrendes Andenken bewahren. Sie wünschen den Angehörigen von Dr. Christel Stoeckel-Heilenz in ihrer Trauer viel Kraft und Trost.



### Wenn's kompliziert wird, ...

passieren Fehler. Auch in der Abrechnung. Wie ärgerlich: verschenktes Honorar, verschwendete Zeit, Bürokratie.

### Wissen ist Zeit und Geld wert!

Der **Kommentar zu EBM und GOÄ** von **Wezel/Liebold** zeigt Ihnen, worauf Sie bei der Abrechnung achten sollten. Was geht, was nicht geht und warum. Fachlich fundiert, von erfahrenen Medizinern und Abrechnungs-Profis erarbeitet.

### Wezel/Liebold – das Wissen der Abrechnungs-Profis für Ihre Praxis!

### Wezel/Liebold

## Der Kommentar zu EBM und GOÄ

mit Kommentar  
zur UV-GOÄ



jetzt kostenlos online testen:  
[www.ebm-goae.de](http://www.ebm-goae.de)

## Spitzenverband Fachärzte

### Orthopädie/Unfallchirurgie und Anästhesie nun prominent vertreten

Bei der diesjährigen Mitgliederversammlung des Spitzenverbands Fachärzte (SpiFa) standen personelle Wechsel und Nachbesetzungen an. Im Zuge von Vorstandsnachwahlen rückte Dr. Helmut Weinhart vom Vorstandsmitglied zum stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden auf. Er ist in chirurgischen Kreisen bereits als Vorstandsmitglied im Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) bekannt. Darüber hinaus endete mit der neuen Aufstellung des Präsidiums des Berufsverbandes Deutscher Urologen (BvDU) aus formalen

Gründen auch die Amtszeit von Dr. Axel Schroeder im SpiFa-Vorstand. Auf den freigewordenen Posten wurde auf der Mitgliederversammlung Jörg Karst nachgewählt, der in Berlin als Anästhesist niedergelassen ist, im Präsidium des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) das vertragsärztliche Referat leitet und zudem den jährlichen Kongress NARKA für der niedergelassene Anästhesisten organisiert (siehe Seite 16 ff.).

Kontakt: [www.spifa.de](http://www.spifa.de)

## Leitartikel BNC

# Die Bundestagswahl liegt hinter uns – wird nun alles gut?

In den Wahlprogrammen der Parteien spielten der ambulante Sektor und die niedergelassenen Fachärzte keine Rolle. Ob die Politik ihnen künftig mehr Bedeutung beimisst, hängt auch von deren Darstellung in der Öffentlichkeit ab. Verbände-Kooperationen helfen dabei ebenso wie der gemeinsame Bundeskongress Chirurgie.

Von Jan Henniger

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wie es aktuell aussieht, wird Jens Spahn uns in nächster Zeit erspart bleiben. In der Hoffnung, dass seine Nachfolgerin bzw. sein Nachfolger sich weniger sprunghaft gebärdet und durchdachter handelt, werde ich die Dosierung meiner Magentabletten etwas reduzieren. Trotzdem bin ich mir nicht sicher, wieviel Grund zum Lachen wir niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte künftig haben werden.

Man kann zur FDP und ihren jungdynamischen Erfolgsfrauen und -männern stehen, wie man will. Aber immerhin waren die Liberalen die einzige Partei, die sich vor der Wahl nicht nur über das Krankenhaus, sondern auch über die ambulante Medizin Gedanken gemacht hat. Das sie der nächsten Bundesregierung wohl angehören wird, ist deshalb zunächst kein ganz schlechtes Zwischenergebnis. Auch die Aussicht, dass die Bürgerversicherung in ihrer Reinform ebenso wie Steuererhöhungen erst einmal vom Tisch sind, kann zuversichtlich stimmen.

## Nur die Allgemeinmedizin gilt als politisch schützenswert

Doch wie weit die künftige neue Bundesregierung die Vertragsärzteschaft tatsächlich in den Fokus positiver Entwicklungen nimmt, vermag ich noch nicht zu beurteilen. Denn immerhin werden mit SPD und Grünen vermutlich zwei Parteien mitregieren, die den ambulanten Sektor in ihren Wahlprogrammen nicht mit einem Wort erwähnt hatten und für die Fachärztinnen und Fachärzte ein problemlos nachwachsendes Gut zu sein scheinen, um das man sich nicht kümmern muss. Nach dieser Lesart ist in der ambulanten Medizin allein die Allgemeinmedizin politisch schützenswert.

Auch über die Förderung echter Kooperationen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor, um einen Vorteil für die Patientinnen und Patienten sowie ihre Ärztinnen und Ärzte zu schaffen, habe ich in keinem Wahlprogramm etwas gelesen. Stattdessen staune ich über die Fixierung der politischen Parteien auf den Krankenhaussektor – und die Hybris mancher Krankenhausfunktionäre, die glauben, den ambulanten Sektor problemlos übernehmen zu können. Und doch gibt es auch hier bestimmt Mandatsträger, die bereit sind

genauer nachzudenken. Den Ärztemangel in der der ambulanten Versorgung mit den ausgebluteten Ressourcen der Krankenhäuser zu beheben, dürfte die Qualität und Zufriedenheit in der Patientenversorgung jedenfalls nicht verbessern.

## Bundesärztekammer enttäuscht mit ihrem 12-Punkte-Papier

Derzeit ist zu beobachten, dass jede Interessengruppe, im Gesundheitswesen wie in anderen Branchen, ihre jeweiligen Forderungen an die Politik in Positionspapieren aufschreibt, die wahrscheinlich ungehört verhallen werden. Als Frankfurter erinnert mich z.B. das am 19. Oktober 2021 vorgestellte 12-Punkte-Papier der Bundesärztekammer (siehe [Kurzlink https://tinyurl.com/a47cx3s5](https://tinyurl.com/a47cx3s5)) an die Hochglanzbroschüre einer Immobiliengesellschaft, die ein neues Hochhaus an den Mann bringen will. Forderungen einer geeinten Ärzteschaft sehen anders aus! Stattdessen erscheint das Papier emotionslos, devot und in der Priorität klar gegliedert. So erwähnt die Bundesärztekammer uns Niedergelassene erst unter Punkt 5 ihres Forderungspapiers erstmalig. Dabei verliert sie kein Wort über den Ärztemangel, der in Krankenhäusern wie Praxen dazu führt, dass es in manchen Gegenden kaum noch ärztliche Kompetenz gibt.

Denn tatsächlich verzeichnen wir einen zunehmenden Kompetenzmangel in der Fläche, der auch damit zusammenhängt, dass man nur Köpfe zählt, nicht aber die dahinterstehende Behandlungskompetenz. Faktisch haben viele ohnehin dünn gestreute Hausarztpraxen in ländlichen Regionen keinen Facharzt mehr in ihrer Gegend, der sie bei der Patientenversorgung unterstützt. Trotzdem wird echte Kooperation heute immer noch nicht gefordert, geschweige denn gefördert. Unwürdige Arbeitsbedingungen nehmen den Kolleginnen und Kollegen dann den Rest an Illusion. Auf diese Weise lassen wir in großem Stil ärztliche Expertise und Wissen einfach brach liegen.

Ärztliches Personal, das entnervt das Krankenhaus verlässt, wird vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zur Überwachung von Kolleginnen und Kollegen missbraucht, statt Patientinnen und Patienten in der Versorgung zur Verfügung zu stehen. Andere Kolleginnen und Kollegen, die auf einer Oberarztposition in der Klinik



ihre Frau oder ihren Mann gestanden haben, nutzen ihr gesamtes Wissen und ihre Erfahrung ebenfalls nicht mehr für ärztliche Versorgung, weil diese emotional zu belastend und finanziell unwirtschaftlich ist. Sie wechseln ins Controlling eines Krankenhauses oder in einen anderen nicht-medizinischen Bereich und gehen damit der Patientenversorgung verloren. Doch niemand fordert Ersatz für den Verlust ärztlicher Expertise in der Versorgung! Dabei müsste im Grunde für alle Ärztinnen und Ärzte, die der Patientenversorgung durch Bürokratie, Gängelei und mangelnde wirtschaftliche Perspektiven verlorengelassen, Medizinstudienplätze in derselben Zahl geschaffen werden.

### Gemeinsamer Fokus muss immer der Patient sein

Wir alle verharren nach immergleichem Muster in der Verteidigung des Status Quo, weil wir Angst haben, dass uns etwas genommen wird. Unsere Entscheidungsträger und ihre Institutionen treibt die Angst, abgeschafft zu werden. Anders kann man die Ankündigung der AOK nicht verstehen, noch mehr budgetieren zu wollen. Wer soll davon profitieren? Die AOK-Versicherten wohl kaum. Glaubt man denn wirklich, dass es den Versicherten gutgeht, wenn man den Anwalt der Patientinnen und Patienten permanent missachtet?

Es sollte doch klar sein, dass eine echte Zusammenarbeit nur dann gelingen kann, wenn man einen gemeinsamen Fokus hat. Im Gesundheitswesen muss dies immer die Patientin bzw. der Patient sein. Doch genau diesen Fokus lassen die Vorstände von Krankenkassen, Krankenhäusern oder sonstiger Institutionen vermissen, die nie in der Patientenversorgung tätig waren. Diese Schreibtischtäter schauen auf die Zahlen ihrer Behörde, ihres Krankenhauses oder ihres kapitalgeführten MVZ, auf die Anzahl ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und konkurrieren mit Mitbewerbern. Doch sie haben nie erlebt, dass eine Patientin oder ein Patient leibhaftig vor ihnen sitzt, ihnen in die Augen schaut und fragt, warum ihr bzw. ihm diese oder jene Leistung vorenthalten wird.

Die politisch Verantwortlichen und deren nachgeordneter Beamtenapparat denken, dass man durch Regelwahn eines Gesundheitssystems Herr werden kann, welches durch den Selbsterhaltungstrieb seiner Organisatoren den einfachen Satz aus den Augen verliert: „Ist der Arzt zufrieden und kann sich um den Patienten kümmern, ist auch der Patient zufrieden!“ Das funktioniert ganz ohne MDK, Medizinstaat-anwaltschaften oder Bonusprogramm der Krankenkassen.

Zwiespalten blicke ich auch auf die Diskussion über die Veränderung der Telematik-Infrastruktur (TI). Soll man weinen oder lachen darüber, dass darüber nachgedacht wird, hier ein völlig neues System zu entwerfen? Einerseits freue ich mich, dass endlich gesehen wird, wo die Schwachstellen der TI liegen, über die wir Niedergelassenen uns nicht zu unrecht beschwert haben. Andererseits denke ich an das ganze Geld, das über Jahrzehnte der Patientenversorgung entzogen und in den Aufbau der TI gesteckt wurde, mit dem man die ambulante Versorgung auf so vielerlei Weise besser hätte unterstützen können.

### Jan Henniger

Geschäftsführender BNC-Vorsitzender  
und niedergelassener Chirurg

GECO-Frankfurt  
Gotenstraße 6–8  
65929 Frankfurt  
Tel.: 04532 268 75-60  
Fax: 04532 268 75-61  
henniger@bncev.de



Foto: Henniger

Während wir aktuell noch nicht genau wissen, wer im Bundesgesundheitsministerium die neuen Ansprechpartner sind, und noch vieles Weitere unklar ist, können wir uns formieren und genau nachdenken, wohin wir steuern wollen. Und wenn das geschehen ist, werden wir uns mit gesamter Verbändekraft in das Hamsterrad der neuen Legislaturperiode stürzen.

Ein erster Schritt hierzu ist bereits getan: So unterschrieben am 17. September 2021 in Lübeck der BNC und der Berufsverband der niedergelassenen Kinderchirurgen Deutschlands (BNKD) in Lübeck eine

Kooperationsvereinbarung (siehe Seite 21). Der BNKD tritt als Verband dem BNC bei und wird künftig vergleichbar mit einer ANC bei unseren Delegiertenversammlungen seine Themen einbringen. Der BNC wächst damit um Kolleginnen und Kollegen, die unsere Sichtweise auf die Chirurgie und die Bedürfnisse unserer gemeinsamen Fachrichtung

sicher erweitern werden. Gemeinsam tragen wir in Zukunft dafür Sorge, dass Chirurgie und Kinderchirurgie in der Öffentlichkeit gesehen und wahrgenommen werden.

### Februar 2022: Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg

Ein wichtiger Baustein in der öffentlichen Wahrnehmung ist bekanntlich der Bundeskongress Chirurgie, den wir im Februar 2022 wieder zusammen mit dem BAO in Nürnberg als Präsenzveranstaltung organisieren. Es wird ein Kongress der Zusammenkunft der operativen Fächer und Menschen, in dem es um Medizin, Politik ebenso wie Herausforderungen und Chancen in der Niederlassung und an den Sektorengrenzen geht. Mit dem neuen BAO-Präsidenten Dr. Christian Deindl (siehe Seite 10) und unserem Kongresspräsidenten Dr. Stephan Dittrich haben wir ein Programm entworfen, bei dem für alle etwas dabei ist: Weiterbildungspunkte für die Ärztekammer, Erfahrungsaustausch mit Kolleginnen und Kollegen sowie Diskussionen mit hochrangigen Politikern und Spitzenfunktionären über die Zukunft unseres Berufes. Als Kongress der Praktiker, der konkrete Lösungen in Medizin, Praxisführung, Nachwuchsförderung und Abrechnung bietet. Ich freue mich darauf, Sie möglichst zahlreich auf diesem Kongress zu begrüßen.

### Mit den besten kollegialen Grüßen, Ihr Jan Henniger

1. Vorsitzender des BNC

## Leitartikel BAO

# Neue Gesichter im Präsidium – und eine zukunftsorientierte Verbandsstrategie

Bei seiner Mitgliederversammlung im Rahmen des NARKA-Kongresses hat der BAO eine neue Führungsspitze gewählt. Sie will die Kontinuität seiner beinahe 30-jährigen Geschichte wahren und gleichzeitig den Verband zu einer fach- und sektorenübergreifenden Dachorganisation für Ambulantes Operieren weiterentwickeln.

Von Dr. Christian Deindl

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der zurückliegende Bundestagswahlkampf und die Prognosen für die kommende Legislaturperiode werfen viele Fragen auf. Neben diesem Trubel darf aber eine andere Wahl nicht unerwähnt bleiben, nämlich die Neuwahl des BAO-Präsidiums am 12. September 2021 im Rahmen der BAO-Mitgliederversammlung beim NARKA-Kongress in Berlin. Die bereits bekannten und wiedergewählten Kolleginnen und Kollegen haben sich dankenswerterweise bereit erklärt, ihr bisheriges Engagement für den BAO und dessen Kernthema Ambulantes Operieren in all seinen Facetten fortführen zu wollen.

So wird mein Vorgänger Dr. Axel Neumann den Kontakt zum Spitzenverband Fachärzte (SpiFa) und anderen Gremien pflegen. Unser Schatzmeister Dr. Raphael Hansen bildet die Schnittstelle zur Praxis-klinikgesellschaft (PKG), Dr. Jörg Hennefründ bringt gynäkologische Expertise ein. Dr. Gerd-Dieter von Koschitzky ist für internationale Beziehungen, insbesondere zur International Association of Ambulatory Surgery (IAAS), zuständig. Dr. Roberto Castello hat als Vorsitzender des Anästhesienetzwerks Deutschland (AND) den direkten Draht zur Anästhesie. Dr. Norbert Schwarz, im Präsidium auch für IT-Fragen zuständig, vertritt die Fachgruppe der Augenärzte. Dr. Kerstin Schick weiß um die Belange der Gefäßchirurgie bestens Bescheid, kümmert sich aber auch um den Nachwuchs.

Darüber hinaus wurden Fachvertreter bestimmt, die weitere Fachrichtungen und Themenschwerpunkte abdecken: Prof. Max Haerle (Handchirurgie), Dr. Jörg Wiegner (SpiFa, MKG-Chirurgie), Dr. Rainer Woischke (Hygiene), Dr. Stefan Drumm (SpiFa, HNO-Heilkunde), Dr. Hans Kieser (Krankenhaus-Operateure), Dr. Helmut Weinhart (KBV, SpiFa, Orthopädie), Dr. Petra Tietze-Schnur (IAAS, Anästhesie), Matthias Jochmann (Management, Netzwerk, Anästhesie), Dr. Roger Schmid (PVS, Anästhesie), Dr. Matthias Kießling (Dermatochirurgie) und Dr. Marc Jorysz (Kinderchirurgie).

Außerdem können nun erstmals in der jüngeren Historie des BAO auch wissenschaftliche Fachgesellschaften und Berufsverbände als kooptierte Mitglieder dem BAO beitreten. Einige haben dies bereits

## Das neue BAO-Präsidium: Gut vernetzte Akteure mit breitem fachlichen Spektrum



Dr. Christian Deindl,  
BAO-Präsident



Dr. Axel Neuman,  
BAO-Vizepräsident



Dr. Raphael Hansen,  
Schatzmeister



Dr. Jörg Hennefründ,  
Schriftführer



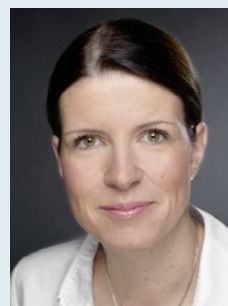
Dr. Gerd-Dieter von Koschitzky,  
Beisitzer



Dr. Roberto Castello,  
Beisitzer



Dr. Norbert Schwarz,  
Beisitzer



Dr. Kerstin Schick,  
Beisitzerin

getan, mit weiteren potenziellen Kooperationspartnern ist der BAO im Gespräch. Ziel unseres Projekts ‚BAO 2022 plus‘ ist es, den BAO als fach- und sektorenübergreifende Dachorganisation für Ambulantes Operieren weiterzuentwickeln, die gemeinsamen Interessen zusammen zu vertreten und Effizienz und Effektivität für alle Beteiligten zu stärken.

### Zunehmende Subspezialisierung ist unsere offene Flanke

In den Anfängen der meisten Berufsverbände stand zu Recht die eigene fachspezifische Expertise in Kombination mit viel Idealismus und der kompromisslosen Verteidigung des eigenen Fachgebietes im Mittelpunkt der Verbandsarbeit. Einerseits wirkte sich die thematische Spezialisierung der einzelnen Berufsverbände für die Qualität unseres Gesundheitssystems insgesamt positiv aus. Andererseits hatte sie eine zunehmende Subspezialisierung der fachärztlichen Interessensvertretung zur Folge, wodurch die Ärzteschaft von Politik und Kostenträgern nur noch als eine beliebig steuerbare Art von Patchwork-Medizin wahrgenommen wurde.

Heute bin ich davon überzeugt, dass Doppel- und Parallelstrukturen nicht nur pure Ressourcenverschwendung, sondern auch die offene Flanke in der ärztlichen Interessensvertretung sind, welche Politik und Kassen auszunutzen wissen. Deshalb ist jetzt die Zeit reif für konstruktive fach- und sektorenübergreifende Kooperationen.

Denn ob auch extern das Wirken einzelner Berufsverbände und wissenschaftlicher Fachgesellschaften immer noch als einflussreich genug für die Interessenswahrnehmung ihrer Mitglieder wahrgenommen wird, hängt ganz entscheidend davon ab, wie ausgeprägt Teamarbeit und Kommunikation die internen Verbandsstrukturen prägen und wie intensiv die Schnittstellen zwischen einzelnen Verbänden bzw. Fachgesellschaften definiert und gemeinsam bearbeitet werden. Bisher konnte man sich des Eindruckes nicht erwehren, dass konkurrierende ärztliche Organisationen die Betonung mehr auf das Trennende und Konfliktpotenziale legen als auf inhaltliche Gemeinsamkeiten.

Doch die überfällige Trendwende ist bereits eingeleitet. Nur so lassen sich mittel- und langfristige Ziele benennen und gleichzeitig eigene Positionen im Dschungel an Verflechtungen und intransparenten Verhaltensweisen vor allem patientenferner Akteure in unserem Gesundheitswesen einigermaßen nachhaltig vertreten und umsetzen.

### Fachlich und menschlich respektvolle Zusammenarbeit

Der BAO hat diese Art der kollegialen Verständigung immer schon gepflegt und nimmt deshalb eine Vorreiterstellung hinsichtlich einer zumindest nach außen hin geschlossen Ärzteschaft ein. Gerade im engen Austausch mit den anästhesiologischen Kolleginnen und Kollegen lässt sich diese positive Entwicklung bereits über 30 Jahre hinweg beobachten – mit dem Resultat, dass ambulant operierte Patienten sich zu 98% sicher fühlen und sich daher wieder ambulant operieren lassen würden. In meinen eigenen 25 Praxisjahren blicke ich auf über 33.000 (Kinder-)Narkosen zurück und weiß deshalb um den hohen Stellenwert einer fachlich und menschlich respektvollen und harmonischen Zusammenarbeit zwischen Anästhesisten und ambulanten

### Dr. Christian Deindl

BAO-Präsident  
 Facharzt für Kinderchirurgie und Chirurgie, MBA  
 Laufamholzstraße 400  
 90482 Nürnberg  
 Tel.: 0911 5048185  
 Fax: 0911 5047194  
 kontakt@deindl.org  
 www.operieren.de



Foto: Deindl

Operateuren, die von unseren Patienten weiterhin sehr geschätzt wird, im krassen Gegensatz zur Ignoranz von Politik und Kostenträgern.

In diesem Sinn ist an dieser Stelle allen BAO-Mitgliedern und Unterstützern für ihre anspruchsvolle Funktion als ‚BAO-Botschafter‘ zu danken. Mein persönlicher Dank gilt darüber hinaus meinen drei Vorgängern im Amt des BAO-Präsidenten, ohne deren Vorleistungen der BAO nicht die Position einnehmen könnte, mit der er sich heute in der gesundheitspolitischen Landschaft zu Wort melden und behaupten kann. Deshalb darf und wird der BAO durch den Wechsel an seiner Spitze nicht in die Gefahr eines Kontinuitätsverlustes geraten. Ganz im Gegenteil: Dr. Axel Neumann kann sich als Vizepräsident ohne die vielfältigen anderen Verpflichtungen des Präsidentenamtes noch intensiver um seine Schwerpunktthemen sowie berufs- und gesundheitspolitischen Herzangelegenheiten SpiFa, KBV, Stärkung des Belegarztsystems und Pflege der Schnittstellen mit anderen Berufsverbänden kümmern und seine wichtigen Projekte vorantreiben.

### Dialog suchen mit Gesundheitspolitik und Kostenträgern

Ansonsten bleiben die bewährten Strukturen uneingeschränkt erhalten, etwa der regelmäßige Informationsaustausch zwischen allen Präsidiumsmitgliedern und, sehr wichtig, der enge Kontakt zur Berliner Geschäftsstelle mit ihrem Gespür, was direkt vor Ort gesundheitspolitisch so alles in der Berliner Luft liegt. Weitere Schwerpunkte der Präsidiumsarbeit liegen in der Intensivierung des regionalen Mitglieder-Service. Hierfür ist ab 2022 geplant, unterteilt in die vier Himmelsrichtungen und jeweils vier Bundesländer zusammenfassend, regelmäßige BAO-Symposien mit aktuellen Themen und entsprechender großer Expertise der Referenten zu organisieren. Als Musterbeispiel dient das gemeinsame Symposium von BAO und B.Braun 2019 in Nürnberg. Erste Vorbereitungen für dieses wichtige Nachfolgeprojekt finden noch 2021 statt – Themenanregungen von der Mitgliederbasis sind uns sehr willkommen.

Darüber wird der BAO als fach- und zunehmend auch sektorenübergreifender Verband sich zukünftig verstärkt auch auf Tagungen und Kongressen der einzelnen Fachgebiete und -gesellschaften einbringen. Noch sind im BAO nicht alle ambulant operierenden Fächer vertreten, daher werben wir gezielt um deren Mitgliedschaft und Fachexpertise.

Der BAO wird sich konsequent dafür starkmachen, den Kontakt wiederherzustellen, wo er seit längerem einseitig fast vollständig zum Erliegen gekommen ist, nämlich gegenüber Gesundheitspolitik und ▶

## Hygiene-Kampagne des SpiFa: Mehraufwand fällt unter die Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen!

Der Spitzenverband Fachärzte (SpiFa) macht sich weiter stark für die Erstattung der gestiegenen Hygienekosten in vertragsärztlichen Praxen. Die Fachdisziplinen Urologie und Gastroenterologie gehen mit gutem Beispiel voran und bieten ihre chronisch defizitären ambulanten Endoskopien nur noch in reduziertem Umfang an. Denn de facto muss der behandelnde Arzt bei jeder medizinischen Prozedur, deren Kosten nicht komplett in die Vergütung eingepreist sind, privat draufzahlen. Der BAO empfiehlt seinen Mitgliedern, die Hygienemehrkosten nach erfolgtem Eingriff konsequent der jeweiligen gesetzlichen Krankenkasse des ambulant operierten Patienten in Rechnung zu stellen. Ein entsprechendes Formblatt wurde verschickt und kann auch bei der BAO-Geschäftsstelle angefordert werden.

Diese Aktion fand bereits einmal statt und wurde durchaus von einzelnen Kassen wahrgenommen, wenn auch der große Erfolg ausblieb. Solange es immer nur bei gelegentlichen Protesten bleibt und kein nachhaltig wahrnehmbares und konsequentes ärztliches Agieren zu erwarten ist, werden Politik und GKV ihre Verweigerungsstellungen nicht freiwillig räumen. Wenn aber täglich gehäuft fundiert begründete Hygienekostenrechnungen in den GKV-Geschäftsstellen eintreffen und bearbeitet werden müssen, um nicht ungewollt in die Zahlungspflicht genommen zu werden, dann wird u. U. wenigstens auf Sachbearbeiterebene erkennbar, dass der eingeforderte Hygienestandard erhebliche nachweisbare Mehrkosten verursacht und somit unter die Erstattungspflicht fällt. Die Ablehnung erfolgt dann nicht mehr pauschal und nach Gutdünken auf hochdotierter Vorstandsebene nach dem oben beschriebenen Motto ‚Augen zu und weiter so‘, sondern patientenbezogen und Behandlungsfall für Behandlungsfall.

Bitte zeigen Sie sich solidarisch und beteiligen Sie sich bis Ende 2021 an dieser wichtigen bundesweiten Aktion. Geben Sie bitte dem BAO über seine Geschäftsstelle Feedback, ob und wie welche GKV reagiert hat – einschließlich der hinterlegten Diagnosen und Operationen. Wir werden als BAO die Ergebnisse auswerten und entsprechend den Medien gezielt mitteilen.

Für die öffentliche Wahrnehmung wäre es schließlich fatal, wenn dabei z. B. herauskäme, dass im Zeitraum von November bis Dezember 2021 bundesweit x-mal eine ambulante Herniotomie durchgeführt wurde mit einem Gesamtaufwand x an Hygienekosten, deren Erstattung von der Krankenkasse X in x Fällen verweigert, wenn nicht sogar vorsätzlich erschlichen wurde. Patienten werden diese Art von Benchmarking bewusst zur Kenntnis nehmen und unterscheiden zwischen solchen Krankenkassen, die in Anspruch genommene Hygieneleistungen erstatten und solchen Krankenkassen, die weiterhin ihre Zuständigkeit für Hygienekosten leugnen und damit leichtfertig die Existenz von Facharztpraxen und ambulanten OP-Einheiten sowie in letzter Konsequenz auch die Patientenversorgung gefährden.

Nutzen Sie bei dieser Aktion die Möglichkeiten Ihrer EDV und implementieren Sie die Rechnungserstellung über die Hygienekosten in Ihre regelmäßigen Praxisverwaltungsabläufe, um den Mehraufwand zu minimieren und mit Ihrer Teilnahme an dieser Aktion den gesamtärztlichen Nutzen zu maximieren. Von Ihrer aktiven Mitarbeit, einer möglichst hohen Beteiligung und dem Engagement jedes einzelnen hängt wesentlich ab, ob es nur zu einem kurzen Strohhalm von Einzelaktionen oder aber zu einem bundesweiten Schulterchluss möglichst vieler ambulanter Operateure und Anästhesisten reicht!

Kostenträgern. Ergänzt werden diese Aktivitäten durch regelmäßige Medienarbeit, eigene Beiträge zur Gesundheitsökonomie sowie Versorgungsforschung. Und hier bewährt sich der AQS1-Patientensicherheitsfragebogen einmal mehr als die ideale Referenzgröße für die Ernsthaftigkeit, mit der ambulante Operateure und Anästhesisten sich mit dem Thema Patientensicherheit und Prozessoptimierung in ihren eigenen Praxen und ambulanten OP-Zentren auseinandersetzen – und zwar deutlich früher als die meisten anderen Akteure im Gesundheitswesen. Kaum eine Multicenter-Studie würde auch nur annähernd diese große strukturierte Datenmenge über ambulantes Operieren generieren.

Anknüpfend an dieses Qualitätsverständnis, plant der BAO eine gemeinsame Studie mit der Universität Jena, die sich ausschließlich mit dem Thema postoperativer Schmerzen beschäftigt wird. Damit bietet sich die Möglichkeit, über die bisherigen AQS1-Daten hinaus den Status quo des Schmerzmanagements beim Ambulanten Operieren wissenschaftlich auszuwerten, den hohen Qualitätsstandard beim Ambulanten Operieren zu publizieren und einmal mehr sehr deutlich die Expertise rund um den eigenen OP-Tisch von dem am ‚grünen Tisch‘ erworbenen (Un-)Kenntnisstand zu differenzieren.

### Fachverbände an der Aus- und Weiterbildung beteiligen

In diesen Kontext gehört auch die Mitsprache und Beteiligung von niedergelassenen Facharztpraxen an der Studierenden- und fachärztlichen Ausbildung. Deshalb sucht der BAO bewusst den Kontakt zu Fachschaften und Zugang zu den Hörsälen. In der Allgemeinmedizin ist dieses Vorgehen längst umgesetzt, auch weil sich hier Hausärztemangel und Niedergang der flächendeckenden Patientenversorgung als erstes bemerkbar machte und die dafür verantwortliche Politik vor der gesamten Republik bloßstellte. Während jetzt nur noch von

der Landarztquote und -praxis die Rede ist, geraten die spezialisierten Facharztdisziplinen in den Hintergrund und werden nur zeitlich versetzt mit dem Phänomen fehlender Praxisnachfolger konfrontiert. Meine letzten beiden Praxisjahre wurden begleitet von einem Kooperationsvertrag mit der Universität Erlangen, der exakt auf diese Fragestellungen zugeschnitten war und mir u. a. die Möglichkeit einräumte, einmal im Semester eine Vorlesung über ambulante Kinderchirurgie abzuhalten.

### Gemeinsame Nachwuchs-Initiative von BNC und BAO

So freut es mich umso mehr, gleich zu Beginn meiner neuen Aufgabe in Jan Henniger und dem BNC einen gleichgesinnten Partner gefunden zu haben, der in dieser Frage dieselben Ziele verfolgt. Auch hier sind erste Gespräche bereits erfolgt und dieses von BAO und BNC gemeinsam initiierte Projekt nimmt Fahrt auf. Künftig werden beide Geschäftsstellen die Koordination der dafür infrage kommenden Praxen übernehmen. Natürlich sollten nur Praxen Studierendenunterricht und Weiterbildung ausüben, die echtes Interesse an akademischen Zusatzaufgaben zeigen und diese Aufgabe nicht als zusätzliche Belastung erleben. Allerdings sollte man bedenken, dass sich für die Niederlassung nur interessieren wird, wer bereits im Hörsaal oder in seiner Weiterbildungszeit damit erste und gute Erfahrungen sammeln konnte. Sich in dieser Sache zu engagieren ist nicht nur ein wichtiger Beitrag für die Zukunft des eigenen Fachgebietes, sondern auch für die eigene Praxis und die eines Tages anstehende Nachfolgefrage.

Um die genannten Ziele realistisch mittel- und langfristig umzusetzen und weiterhin jederzeit kurzfristig reagieren zu können, bedarf es neben der Teamarbeit innerhalb der BAO-Gremien einer engagierten und professionell geführten Geschäftsstelle, wie sie der BAO unter

der Leitung von Tamara Dietze an seinem Berliner Standort etabliert hat. Mit Stolz gibt das BAO-Präsidium darüber hinaus die Ernennung von Frau Dietze zur BAO-Geschäftsführerin bekannt, um somit nicht nur den BAO weiterhin hochprofessionell zu verwalten, sondern auch entscheidend mitzugestalten und nach außen zu repräsentieren im Sinne des bereits erwähnten Teamspirits. Der BAO ist somit immer zeitnah erreichbar und einsatzbereit, wenn Hilfe erforderlich ist und sein Rat und seine Unterstützung gefragt sind – ein Pluspunkt in Zeiten, in denen so manche Sekretariate und Vorzimmer aus Personalmangel verwaist sind und durch den nur sehr bedingt empathisch wirkenden telefonischen Anrufbeantworter ersetzt werden.

### Bundeskongress in Nürnberg und NARKA in Berlin

Seine fachlich-wissenschaftliche Präsenz wird der BAO weiterhin mit hohem Engagement und mit eigenen Beiträgen im Frühjahr auf dem Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg und im Herbst auf dem NARKA-Kongress in Berlin zeigen. Auch hier gilt das Angebot, sich jeweils aktiv als Referentin oder Referent zu beteiligen. Wer jemals für die Organisation einer Tagung oder eines Kongresses verantwortlich war, weiß um die Mühen und Anstrengungen, bis ein vorzeigbares, interessantes wissenschaftliches Programm erstellt ist. Als zusätzliche Erschwernisse kommen aktuell Corona-Hygienekonzepte hinzu. Deshalb möchte ich hier den Kollegen Dr. Stephan Dittrich als

Kongresspräsident des Bundeskongresses Chirurgie und Jörg Karst als ebenso bewährtem Organisator und Leiter des NARKA ein großes Dankeschön und meine allerhöchste Hochachtung vor dieser jedes Jahr aufs Neue bewiesenen Höchstleistung aussprechen. Das höchste Lob aber zeigt sich in den jeweiligen konstant hohen Teilnehmerzahlen.

### Empfang zum BAO-Jubiläum am beim Kongress in Nürnberg

So möchte ich abschließend direkt zum Bundeskongress Chirurgie 2022 überleiten – und zu dem glücklichen Umstand, dass pünktlich in dessen Zeitfenster das 30-jährige BAO-Jubiläum fällt. Am Nachmittag des 12. Februar 2022 findet das traditionelle BAO-Symposium statt, dem folgen die BAO-Mitgliederversammlung und ein dem Anlass angemessener Empfang am BAO-Kongressstand. BAO-Mitglieder und BAO-Ehrengäste sind im Anschluss daran zu einem gemeinsamen Abendessen recht herzlich eingeladen, um in gemütlicher Runde und bei guten Gesprächen den Kongress und den Abend ausklingen sowie die Geschichte und Verdienste des BAO Revue passieren zu lassen.

Bis dahin wünsche ich Ihnen eine gute Zeit sowie weiterhin viel Erfolg und Freude mit Ihrer Arbeit. Ich freue mich, Sie möglichst zahlreich und wohlbehalten im kommenden Februar in Nürnberg wiederzusehen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen, Ihr Dr. Christian Deindl

BAO-Präsident

## PROGRAMM

- Fachthemen der Allgemein-, Viszeralchirurgie, Kinderchirurgie, Unfallchirurgie, Handchirurgie, Fußchirurgie, Orthopädie, Proktologie, Phlebologie, Urologie
- Symposium der ambulanten und praxisklinischen Operateure und Anästhesisten
- Berufspolitischer Nachmittag
- D-Arzt und sein Team, Arzt und Recht
- Ambulante Anästhesie
- Junges Forum – Von Assistenten für Assistenten
- Hernien-Symposium
- Gutachten-Seminar / Rehamanagement / Kindertraumatologie (DGUV zertifiziert)
- Tag der medizinischen Fachberufe
- Workshops

Auch in diesem Jahr bieten wir alle von der **Berufsgenossenschaft geforderten Fortbildungsveranstaltungen** an.

BAO Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V.

Informationen unter [www.bundeskongress-chirurgie.de](http://www.bundeskongress-chirurgie.de)

# BUNDESKONGRESS CHIRURGIE 2022

BNC · BAO SEKTORENUNABHÄNGIG  
FACHÜBERGREIFEND  
CHIRURGEN · ANÄSTHESISTEN · OPERATEURE  
GEMEINSAM STARK

11. – 12. Februar 2022, Nürnberg Convention Center



### Veranstalter / Organisation / Information

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG  
Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg  
Tel.: 0911/3931639, Fax: 0911/3931620, E-Mail: [bch@mcnag.info](mailto:bch@mcnag.info)  
Internet: [www.bundeskongress-chirurgie.de](http://www.bundeskongress-chirurgie.de)

## BNC-Vorstand

# Das Führungsteam des Verbands ist nun wieder komplett

Bei der Delegiertentagung des BNC am 6. November 2021 in Kassel wählten die Gesandten der einzelnen ANC weitere Mitglieder in den Vorstand des Berufsverbands, darunter nun erstmals auch eine Frau. Die neue Verbands-spitze will verstärkt um Nachwuchs werben und die Kommunikation nach innen wie außen intensivieren.

Von Antje Thiel

Sein Abschied aus dem Amt des BNC-Vorsitzenden im Frühjahr ging pandemiebedingt still und leise über die Bühne. Doch bei der jüngsten Delegiertentagung, in deren Rahmen auch die verbleibenden Vorstandsposten neu besetzt wurden, gab es dann doch noch den verdienten Applaus für Dr. Christoph Schüürmann. Mit ihm zusammen wurde auch Dr. Johannes Gensior mit dem gebührenden Dank aus dem BNC-Vorstand verabschiedet.

Dr. Schüürmann hat die chirurgische Fachgruppe insbesondere durch seinen hartnäckigen und letztlich auch erfolgreichen Kampf für den Erhalt des Facharztes für Allgemeinchirurgie in der Muster-Weiterbildungsordnung nachhaltig gestärkt. Dr. Gensior wiederum prägte die Vorstandsarbeit über ein Jahrzehnt lang mit seinem engagierten ehrenamtlichen Einsatz für die Interessen des größten BNC-Regionalverbands, der ANC Nordrhein.

Im Anschluss wählten die Delegierten eine neue Führungsspitze für ihren Bundesverband, die in den kommenden Jahren die berufspolitische Interessen der niedergelassenen Chirurgen und Chirurgen in Deutschland vertreten soll. Hierbei rückte der bisherige Schatzmeister, Dr. Frank Sinning aus Nürnberg (Vorstandsmitglied der ANC Mittelfranken) zum Stellvertreter des Ende Februar gewählten 1. Vorsitzenden Jan Henniger aus Frankfurt (zugleich Vorsitzender des HCV Hessen) auf. Desweiteren votierten die Regionalvertreter für die Hamburgerin Dr. Michaela Rothe (Vorstandsmitglied der ANC Hamburg) als Schatzmeisterin, die als erste Frau in den BNC-Vorstand einzieht. Diesem gehören ab sofort auch Dr. Manfred Weisweiler aus Geilenkirchen (Vorsitzender der ANC Nordrhein) sowie Dr. Matthias Szabo aus Tuttlingen (Vorsitzender der ANC Südbaden) als Beisitzer an.

## Besser spät als nie: Frauen für die Chirurgie begeistern

„Ich freue mich, dass der Vorstand nun wieder komplett und damit auch voll handlungsfähig ist“, kommentierte Jan Henniger das Wahlergebnis und ergänzte: „Es war längst überfällig, dass endlich auch eine niedergelassene Chirurgin im Vorstand vertreten ist.“ Er hofft, dass die Wahl seiner Hamburger Kollegin innerhalb des BNC das Bewusstsein für die Interessen und Bedürfnisse niedergelassener Chirurgen schärft und diese motiviert, sich künftig stärker in die Verbandsarbeit einzubringen. Diese erweiterte Perspektive ist aber auch mit Blick auf den chirurgischen Nachwuchs wichtig. Immerhin stellen Frauen mittlerweile die Mehrheit unter den Medizinstudierenden, und bis dato entscheiden sich leider viel zu wenige von ihnen für eine Karriere in einem der chirurgischen Fächer – ganz zu schweigen von einer Niederlassung in eigener Praxis. Doch auch ganz unabhängig vom Geschlecht



Foto: BNC

Die wichtigsten Ansprechpersonen im BNC auf Bundesebene seit der Vorstandswahl sind (von links nach rechts):

- ▶ **2. Vorsitzender Dr. Frank Sinning** (ANC Mittelfranken),
- ▶ **BNC-Justiziar Jörg Hohmann**,
- ▶ **Beisitzer Dr. Matthias Szabo** (ANC Südbaden),
- ▶ **1. Vorsitzender Jan Henniger** (HCV Hessen),
- ▶ **Leiterin der BNC-Geschäftsstelle Rosemarie Plassmann**,
- ▶ **Beisitzer Dr. Manfred Weisweiler** (ANC Nordrhein) und
- ▶ **Schatzmeisterin Dr. Michaela Rothe** (ANC Hamburg)

will der BNC künftig intensiv um den chirurgischen Nachwuchs werben. So hat der Verband eine neue bundesweite Arbeitsgemeinschaft eingerichtet, die als Nachwuchsorganisation jungen Chirurginnen und Chirurgen noch vor deren eigener Niederlassung offensteht.

### Nachwuchsorganisation ANC Zukunft geht an den Start

„Diese ANC Zukunft richtet sich an Medizinstudierende sowie Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, die schon ein bisschen chirurgische Praxisluft geschnuppert haben und nun zur Vorbereitung einer möglichen Niederlassung auch das Verbandsleben kennen lernen wollen“, erklärte der BNC-Vorsitzende. Er will das Konzept für die ANC Zukunft beim Bundeskongress Chirurgie im Februar 2022 in Nürnberg vorstellen. Alle Details zur kostengünstigen Juniormitgliedschaft und den damit verbundenen Vergünstigungen wird der BNC in einem Flyer zusammenfassen, den Mitglieder bei der Geschäftsstelle anfordern und für die Mitgliederwerbung in ihrem beruflichen Umfeld nutzen können.

Daneben können aber auch BNC-Mitglieder, in deren Region es derzeit keine ANC gibt, vorübergehend in die ANC Zukunft aufgenommen werden. „Es geht nicht darum, eine Konkurrenz zu den bestehenden ANC zu schaffen“, betonte Henniger, „sondern vielmehr darum, auch den Kolleginnen und Kollegen eine Mitgliedschaft zu ermöglichen, die derzeit aufgrund regionaler Besonderheiten aktuell keine ANC in ihrer Nähe haben.“ Dies betrifft derzeit insbesondere die Mitglieder der ANC Saarland, die zwischenzeitlich in die ANC Zukunft überführt wurden.

### Regionalkonferenzen und gezielte Öffentlichkeitsarbeit

Im Verlauf der Gespräche mit den Delegierten wurde außerdem deutlich, dass die BNC-Mitglieder sich mehr Kommunikation ihres Verbandes nach innen und nach außen wünschen. Für die interne Kommunikation setzt der BNC auch im kommenden Jahr auf regelmäßige Online-Regionalkonferenzen, die seit ihrem Start im Sommer 2021 großen Anklang gefunden haben. Ansprechpartner für dieses neue Gesprächsformat ist Dr. Frank Sinning. Der BNC-Vize will auch die Öffentlichkeitsarbeit des Verbands ausbauen: „Wir müssen dafür sorgen, dass unsere Positionen in den Gesundheitsministerien der Bundesländer und in den Ausschüssen auf Bundesebene Gehör finden“, erklärte er.

In den kommenden Wochen wird der BNC ein Konzept für künftige Kampagnen erarbeiten und insbesondere entscheiden, welche der vielen verfügbaren Informationskanäle für gezielte Veröffentlichungen genutzt werden sollen. Doch auch einem nunmehr wieder vollzähligen Vorstand kann das nicht allein gelingen: „Wir möchten unsere Mitglieder daher schon jetzt bitten, uns bei der Öffentlichkeitsarbeit zu unterstützen“, betonte Dr. Sinning, „wer Portale wie Twitter, Facebook oder LinkedIn nutzt, in denen der BNC ebenfalls vertreten ist, der hilft unserer gemeinsamen Sache, indem er unsere Meldungen in seinem persönlichen Netzwerk teilt.“ Darüber hinaus können Pressemitteilungen des BNC auch jederzeit dafür genutzt werden, z.B. Politikerinnen und Politiker in der eigenen Region für die Sorgen und Nöte der chirurgischen Praxen zu sensibilisieren. ◀

HARTMANN



10 h  
Zeit-  
ersparnis\*



# PUSH® ORDER premium

Der digitale Manager für maßgeschneiderte Bestell- und Bestandsprozesse.



**Effizient:** Ein System statt vieler Listen.



**Bedarfsorientiert:** Immer bevorzugte Produkte auf Lager.



**Entlastend:** Automatische Nachbestellung ohne Aufwand.

**PUSH**

Prozess- und Systemlösungen von HARTMANN



Mehr Informationen und Beratung auf [www.PUSH-HARTMANN.de](http://www.PUSH-HARTMANN.de)

\* Quelle:  
Eine Kundenbefragung 2016 ergab eine durchschnittliche Zeitersparnis von 10 Arbeitsstunden im Monat bei Bestell- und Bestandsprozessen.

NARKA 2021

# Ambulantes Operieren: Was kommt nach Corona?

Intensive Diskussionen prägten den NARKA, der vom 11. bis 13. September 2021 Berlin stattfand und sich wie immer speziell an ambulant und vertragsärztlich tätige Anästhesistinnen und Anästhesisten richtete. Das breite Themenspektrum umfasste fachliche Vorträge ebenso wie berufs- und gesellschaftspolitische Beiträge.

Von Antje Thiel

Seit anderthalb Jahren nun bestimmt die Covid-19-Pandemie den öffentlichen Diskurs. Und auch im Sommer, als Corona schon beinahe überwunden zu sein schien, kam die Republik nicht zur Ruhe: Erst hielt die Hochwasserkatastrophe in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz die Republik in Atem, dann beherrschte der chaotische Abzug der Bundeswehr aus Afghanistan die Schlagzeilen. Angesichts dieser Gemengelage stellte sich 2021 so gut wie niemand die Frage, wie es eigentlich den niedergelassenen Anästhesistinnen und Anästhesisten in der Pandemie bislang ergangen ist.

NARKA-Organisator Jörg Karst, niedergelassener Anästhesist aus Berlin, wagte dennoch einen Rückblick. So hätten im Zuge der ersten Welle vor allem die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und ambulanten OP-Zentren (AOZ) einen Fallzahlrückgang von 40 bis 70 Prozent bei den operativen Leistungen verzeichnet, „doch inzwischen haben sich die Verhältnisse quasi komplett normalisiert“. Was die Finanzlage der GKV angeht, wird es seiner Einschätzung nach aber noch lange dauern, bis die Pandemie überwunden ist: „Corona hat die GKV extrem viel Geld gekostet, wir werden also bei den kommenden Verhandlung mit Gejammer zu rechnen haben“, prophezeite Karst.

Vorsichtig optimistisch blickte er dagegen auf den neuen Katalog ambulanter und stationärer Leistungen nach § 115b SGB V. Dieser soll künftig auch nicht-operative stationärer Behandlungen umfassen und mit einheitlichen Vergütungen für Krankenhäuser und vertragsärztliche Einrichtungen hinterlegt werden.

Er wird nach dem Schweregrad der Fälle differenzieren, ergänzend sollen auch nicht-ärztliche Leistungen, Sachkosten und die spezifischen Investitionsbedingungen berücksichtigt werden. Der neue AOP-Katalog wird auf einem Gutachten fußen, das derzeit vom Berliner Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) erarbeitet wird.

## Nur ein Monat Zeit vom Gutachten bis zum fertigen Vertrag

„Das IGES macht so etwas gut“, meinte Karst, denn zum einen habe das Institut viel Erfahrung und konsultiere auch tatsächlich Fachleute aus dem vertragsärztlichen Bereich. „Bei anderen Projekten erfahren wir ja oft immer erst im Nachgang, dass angeblich ‚Experten‘ gefragt wurden, unter denen aber niemand von uns war.“ Auch der intensive Austausch zwischen IGES, KBV und Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) stimmt ihn zuversichtlich. Karst zeigte sich aber skeptisch, dass der dreiseitige AOP-Vertrag bereits zum 31. Januar 2022 und damit nur einen Monat nach Vorstellen des Gutachtens unterzeichnet sein wird.

„Dieser Zeitplan ist sehr ehrgeizig, denn es müssen zwei Brücken gebaut werden, die derzeit noch nicht zusammenkommen“, erklärte er. Schließlich ist die grundsätzliche Kalkulation des § 115b SGB V auf dem EBM aufgebaut, der wiederum auf dem Standard-Bewertungssystem (STABS) basiert, nach dessen Systematik Kostenumlagen, Arztlohn, Funktions- und Gemeinkosten einzelner Leistungen berechnet werden. „So lange nicht geklärt ist, ob sich



Foto: Pixabay



die DKG in die Klammer eines STABS begeben würde, kann man auf der Arbeitsebene so viel diskutieren wie man will, es kommt dann nichts dabei heraus“, gab Karst zu bedenken. „Es würde mir aber gut gefallen, wenn die DKG im Boot wäre, denn dann könnte die GKV nicht so schnell die Preise drücken.“ Auch wenn das Ergebnis am Ende nicht so üppig ausfalle wie erhofft, sei eine Steigerung der Honorare in Zukunft doch möglich.

### Mit operativen Fächern auf Augenhöhe verhandeln

Positiv bewertete Karst auch, dass die Anästhesie „mittlerweile weitgehend auf Augenhöhe mit den Operateuren“ verhandelt. Allerdings gebe es gelegentlich immer noch Probleme mit der fairen Aufteilung der Honorare zwischen Anästhesist und Operateur entsprechend der Kosten für die gemeinsam genutzte Infrastruktur: „Früher hielten wir den Aufwachsraum für eine gute Möglichkeit, um Geldflüsse möglichst unkompliziert zu kanalisieren. Doch inzwischen können wir nur zu einer exakten betriebswirtschaftlichen Kalkulation raten“, sagte der Referent mit Blick auf die §§ 299 a und b im Strafgesetzbuch, die Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen unter Strafe stellen. Kritik übte er auch an Selektivverträgen, die zwar anästhesiologische Leistungen umfassen, an deren Erarbeitung diese Fachgruppe aber nicht beteiligt werde: „Diese Verträge werden wir künftig konsequent dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BSA), vormals BVA, weiterleiten.“

Einem weiteren dringlichen, allerdings weitaus existenzielleren Thema widmete sich Privatdozentin Dr. Susanne Koch, Fachärztin für Anästhesiologie und Neurologie an der Berliner Charité, die sich seit einer Weile in der Kommission für Nachhaltigkeit in der Anästhesie der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie (DGAI) und des Berufsverbands Deutscher Anästhesisten (BDA) engagiert. Bis vor wenigen Jahren habe sie noch geglaubt, die Politik werde sich schon rechtzeitig um den Klimawandel kümmern. „Doch im Juli 2018 ist uns dann gleich dreimal bei Unwettern der Keller vollgelaufen“, erzählte sie, „und nach der Lektüre des Buchs ‚Selbstverbrennung‘ des Klimaforschers Professor Hans Joachim Schellnhuber hatte ich schlaflose Nächte aus Sorge um die Zukunft meiner Kinder.“

### 5,2% des CO<sub>2</sub>-Ausstoßes stammt aus dem Gesundheitssektor

Für die steigende CO<sub>2</sub>-Konzentration in der Erdatmosphäre sind auch die Emissionen des Gesundheitssektors mitverantwortlich, die Dr. Koch zufolge bei 0,7 Tonnen pro Kopf und Jahr liegen. „Wenn wir das Ziel einer Erderwärmung um maximal 1,5° Celsius erreichen wollen, dürfen wir pro Kopf und Jahr aber insgesamt nur noch 1,5 Tonnen CO<sub>2</sub> in die Atmosphäre ausstoßen.“ Auch Kliniken und Arztpraxen müssten daher ihren Beitrag zu mehr Klimaschutz leisten. Der Gesundheitssektor sei nach Berechnungen des Ingenieursbüros Arup [1] weltweit für immerhin 4,4 Prozent der CO<sub>2</sub>-Emissionen verantwortlich, in Deutschland liege der Anteil sogar bei 5,2 Prozent (USA: 8–10%). In den operativen Fächern seien die größten Einsparungen bei Abfallmanagement, Energieversorgung und Anästhesiegasen möglich, sagte sie mit Blick auf eine 2017 im Lancet veröffentlichte Studie, die den CO<sub>2</sub>-Fußabdruck von ▶

## Chirurgen Magazin + BAO Depesche 104: Autoren gesucht



### In eigener Sache

## Autoren gesucht zum Thema Dermatochirurgie in Heft 104 – Ausgabe 2.2022

Für Ausgabe 2.2022, die Ende Mai 2022 erscheinen wird, möchten wir uns in der Rubrik ‚Medizin‘ schwerpunktmäßig mit dem Thema Schmerztherapie beschäftigen. Wir suchen Autorinnen und Autoren, die aus der Praxis für die Praxis unter Berücksichtigung der aktuellen Studienlage über die Dermatochirurgie (interdisziplinäre Diagnostik und Therapie von Basalzell-, Plattenepithel- und Angiokarzinomen, Akne inversa, Lipomen sowie seltenen Hauttumoren, kosmetische Aspekte, Narbentherapie etc.) berichten mögen. Wir freuen uns über allgemeine Überlegungen und Hintergrundberichte ebenso wie persönliche Erfahrungen oder Kasuistiken.

Darüber hinaus berichten wir in diesem Heft auch ausführlich über die berufspolitischen wie fachlichen Sitzungen beim Bundeskongress Chirurgie im Februar und beim Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie im April in Leipzig. Wir freuen uns auch hier über Ihre thematischen Anregungen.

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 15. April 2022, 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  
antje.thiel@vmk-online.de, www.vmk-online.de

OP-Sälen dreier exemplarischer Kliniken verglichen hatte [2]. Demnach sei eine achtfache Reduktion der CO<sub>2</sub>-Äquivalente durch die Nutzung erneuerbarer Energien möglich, Energiesparmaßnahmen könnten den CO<sub>2</sub>-Ausstoß um Faktor 3 senken. Während Müllvermeidung weniger deutliche Unterschiede bewirke, könne man die CO<sub>2</sub>-Emissionen seiner Einrichtung um Faktor 10 verringern, wenn man auf das Anästhesiegas Desfluran verzichte. „Narkosegase sind Hydrofluorkohlenstoffe mit enormem Treibhauspotenzial“, erklärte Dr. Koch.

Doch nicht alle gängigen Substanzen sind gleichermaßen klimaschädlich. So entspreche eine siebenstündige Narkose mit Isofluran bereits bei minimalem Frischgasfluss (0,5 l/min<sup>-1</sup> FGF) in puncto CO<sub>2</sub>-Bilanz einer Autofahrt von 667 Kilometern, also etwa so weit wie von Berlin nach Monaco. Eine entsprechende Narkose mit Sevofluran habe dieselbe Bilanz wie eine Autofahrt von 783 Kilometern (Berlin–Marseille), mit Desfluran hingegen von knapp 4.000 Kilometern (Berlin–Monrovia) [3].

#### Kommentar von Dr. Jörg Hennefründ: Ein Déjà-vu der 90er Jahre

Gesellschaft und Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), insbesondere die dortigen Patientenvertreter, haben die postoperative Schmerztherapie als verbesserungswürdig identifiziert. Und so hat dies ausdrücklichen Eingang in die Bestimmungen des G-BA zum Qualitätsmanagement (QM) gefunden. Dass es dort Handlungsbedarf geben dürfte, ist aus wenigen Daten aus Krankenhäusern bekannt. Und bei den operierenden Vertragsärzten?

Wir mussten in den 1990er Jahren belegen, dass wir mit Ambulanten Operieren nicht die Patienten gefährden (ja, dergleichen wurde damals tatsächlich behauptet). So haben wir Daten gesammelt und auf unseren Kongressen vorgetragen. Insbesondere wurde mit AQS1 eine Qualitätssicherung geschaffen, die bis heute als einzige auf Patientenantworten baut, während sonst immer die operierende Institution die Dateneingabe vornimmt. Und im Gegensatz zum normalen QM, das meist nur eigene Patienten erfasst, gibt es hier einen externen Benchmark, der uns seit Jahrzehnten (!) zurückspiegelt wird. Das blieb nicht ohne Folgen: 98% der ambulant operierten Patienten sind mit der Praxis zufrieden. Zum Vergleich: Bei Befragungen der AOK und Techniker Krankenkasse unter stationär operierten Versicherten gelten über 80% Zufriedenheit als Erfolg.

Wir wissen dies, da wir aber nicht universitäre Publikationsmechanismen haben, sind diese Fakten über Literaturrecherchen nicht zu finden und damit für die politische und wissenschaftliche Wirklichkeit nicht existent. Das gleiche dürfte für die postoperativen Schmerzen gelten: Wenn man ein Schmerzproblem nicht durch Verlegung auf die Station delegieren kann, überlegt man sich vorab, wie man das Problem besser vermeidet. Ohne postoperative Schmerzen ist das Aufwachbett schneller frei, Anästhesist bzw. Operateur haben früher Feierabend und bekommen nachts auch weniger Patienten-anrufe. Vulgo: Wir vertragsärztlichen Operateure sind überzeugt, dass wir das gut im Griff haben. Aber können wir das auch belegen? Und gibt es trotzdem noch Verbesserungspotenzial?

Genau das müssen wir analysieren und publizieren, auch wenn es mühsam ist. Es ist unsere fast einzige Chance in der Diskussion mit Politik und Kostenträgern in der aktuell extrem harten Atmosphäre. Mussten wir also in den 1990er Jahren mit Daten belegen, dass wir die Patienten nicht gefährden, so brauchen wir diese Daten jetzt, um für Gelder und gegen unnötige Auflagen zu kämpfen. Die Mittel sind die gleichen: Qualitätssicherung mit externen Benchmarks, Rückkoppelung und Patientenfokussierung gelten als neueste Forderungen. Wir waren und sind mit AQS1 der Zeit weit voraus.

**Kontakt:** Dr. Jörg Hennefründ, Mitglied im BAO-Präsidium  
info@tagesklinik-oldenburg.de

„Im Vergleich dazu hat Propofol den geringsten CO<sub>2</sub>-Fußabdruck – selbst wenn man neben Herstellung, Abfallbeseitigung etc. auch einen großzügigen Verwurf von 50 Prozent einberechnet“, sagte Dr. Koch.

Der große Applaus im Plenum und die anschließende rege Diskussion über weitere Aspekte wie z.B. geräteseitiges vs. zentrales Recycling von Anästhesiegas zeigte, dass Klimaschutz auch den niedergelassenen Anästhesistinnen und Anästhesisten ein wichtiges Anliegen ist. NARKA-Organisator Jörg Karst fasste es so zusammen: „Die Erde leidet unter einer malignen Hyperthermie, und der Trigger ist der Mensch.“

#### Wie steht es um die Qualität der Schmerztherapie?

Ein weiteres zentrales Thema des diesjährigen NARKA bildete die Schmerztherapie. Die Anästhesistin Dr. Eva Bartmann aus Neu-Ulm, Vorstandsmitglied im Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin (BVSD) berichtete: „Gerade in der Schmerzmedizin beschäftigt uns das Thema Corona sehr. Denn weil wir immer noch keinen eigenen Facharzt für Schmerzmedizin haben, ist die Schmerzmedizin immer an andere Diagnosen gebunden.“ Dies habe zur Folge, dass bei einer pandemiebedingten Schließung z.B. einer chirurgischen oder orthopädischen Abteilung die Schmerzmedizin automatisch ebenfalls heruntergefahren wird. Dabei hätten Angst und Depressionen im Zusammenhang mit Corona chronischen Schmerz insgesamt verstärkt. „Das Thema wird uns noch lange beschäftigen“, prophezeite Dr. Bartmann und appellierte an die Anwesenden: „Wir müssen für Schmerzmedizin werben, auch in der Niederlassung – es ist genug Arbeit da.“

Viel zu tun gibt es auch in Bezug auf die Qualität der postoperativen Schmerztherapie, zumindest nach Einschätzung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), wie Prof. Winfried Meißner, Leiter der Sektion Schmerztherapie am Universitätsklinikum Jena berichtete. Der G-BA hat vor gut einem Jahr eine Qualitätsmanagement-Richtlinie verabschiedet, die Einrichtungen zu Akutschmerzmanagementkonzepten verpflichtet [4]. Die Qualität der postoperativen Schmerztherapie in Kliniken sei Studien zufolge „nicht so berauschend“, sagte der Referent. „Doch wirklich erschreckend ist die breite Varianz der Daten.“ Der ambulante Bereich hingegen sei in Bezug auf Schmerzdaten „eine Blackbox“, auch wenn die Operateure hier gern auf ihre niedrigen Schmerzzraten verwiesen. „Bei Patientenbefragungen mit einer Rücklaufquote von nur 5,4% kann man die Daten eigentlich gar nicht verwerten, auch wenn 93% Patientenzufriedenheit dabei rauskommt.“ Um diese fehlenden Daten zu erheben und die Ergebnisse im stationären und ambulanten Sektor vergleichbar zu machen, empfahl Prof. Meißner das von ihm mitentwickelte Benchmarking-Projekt ‚Quips – Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie‘ ([www.quips-projekt.de](http://www.quips-projekt.de)); „Der Fragebogen ist auch nicht lang!“

#### Literatur

Zu den Literaturverweisen gelangen Sie online über den Kurzlink <https://tinyurl.com/9z42b3nm> bzw. indem Sie den nebenstehenden QR-Code scannen.



# Operateure und Anästhesisten im BAO

ambulant, interdisziplinär, freiberuflich

BAO BUNDESVERBAND AMBULANTES OPERIEREN E. V.

[www.operieren.de](http://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](http://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](http://www.operieren.de/content/e3247/e6292)

## Bundeskongress Chirurgie

# Auf Wiedersehen in Nürnberg vom 11. bis 12. Februar 2022!

Von Dr. Stephan Dittrich

Nachdem unser gemeinsamer Kongress 2021 pandemiebedingt leider abgesagt werden musste, freuen wir uns umso mehr auf den anstehenden Bundeskongress Chirurgie 2022, der als Präsenzveranstaltung unter 3G-Bedingungen stattfinden wird.

Die medizinisch-wissenschaftlichen Sitzungen umfassen die breite Palette der Chirurgie mit praxisrelevanten Themen der Allgemein-, Unfall-, Fuß-, Hand-, Kinder-, Viszeral- und Plastischen Chirurgie sowie der Orthopädie, der Phlebologie und der Proktologie. Die Anästhesistinnen und Anästhesisten werden wieder aktiv am Kongress mitwirken, als Novum außerdem auch die urologischen Kolleginnen und Kollegen sowie der Marburger Bund.

## 20 Fachgesellschaften und Verbände beteiligen sich

Die einzelnen Sitzungen werden mit hoher fachlicher Kompetenz von den 20 am Kongress beteiligten Fachgesellschaften und Berufsverbänden gestaltet. Sie sind so strukturiert, dass nach den Übersichtsreferaten genug Zeit zur Diskussion bleibt. Neben dem traditionellen Herniensymposium findet am Freitag ein Symposium zu chronischen Wunden statt. Im ‚Jungen Forum‘ werden konkrete Fallvorstellungen aus dem chirurgischen und notfalldienstlichen Alltag sowie die Sorgen und Nöte als auch die berufliche Perspektiven unserer jungen Kolleginnen und Kollegen diskutiert.

Für die Medizinischen Fachangestellten (MFA) wurde erneut ein ‚Tag der Medizinischen Fachberufe‘ konzipiert. Spezielle fachliche, betriebswirtschaftliche, juristische und berufspolitische Themen sind Inhalt zahlreicher Workshops. Unsere Industriepartner nutzen diese Plattform auch, um ihre Innovationen vorzustellen. Abgerundet wird das wissenschaftliche Programm durch Seminare und Kurse, bei denen Ärztinnen und Ärzte sowie MFA die Fortbildungsvorgaben der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zu Kindertraumatologie, Gutachten und Reamedizin/-management sowie des Strahlenschutzes und der Hygienerichtlinien (z.B. Präsenzseminar ‚Hygienebeauftragter Arzt‘) erfüllen können.

Die Diskussionen um die Bedeutung ambulanter Facharztmedizin und eine sektorenübergreifende Vernetzung der Gesundheitssysteme reißen nicht ab und sind durch die Erfahrungen mit der Corona-Pandemie umso wichtiger geworden. Welche Rollen spielen die ambulanten Fachärztinnen und Fachärzte, Praxiskliniken, Integrative

## Dr. Stephan Dittrich

Kongresspräsident Bundeskongress Chirurgie  
 Facharzt für Chirurgie  
 Neue Straße 1  
 08525 Plauen – Kauschwitz  
 Tel.: 03741 550631  
 dr.dittrich@gmx.de



Foto: Dittrich

Versorgungsverträge, Medizinische Versorgungszentren sowie Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung? Beim berufspolitischen Nachmittag am Freitag kann man dies mit dem Bayerischen Staatsminister für Gesundheit und Pflege, Klaus Holetschek, dem Gesundheitssystemforscher Prof. Volker Amelung und führenden Vertretern des Spitzenverbands Fachärzte, des Marburger Bunds sowie des BNC und des BAO diskutieren. Das Symposium des BAO, welcher 2022 seinen 30. Geburtstag feiert, fungiert als Plattform für das gemeinsame Auftreten von Anästhesie, Chirurgie und Urologie sowie dem Ambulanten Operieren in Praxis und Klinik. Schwerpunkt wird das AOP-Gutachten sein, welches der Geschäftsführer des IGES vorstellen wird. Weitere hochkarätige Experten sind zum produktiven Meinungsaustausch eingeladen.

## Freiberufliches Ethos und ärztliche Existenz bewahren

Eine Pandemie zeigt, dass Einflussnahmen jeglicher Couleur, insbesondere wenn sie medial getriggert sind, rasant und durchgreifend erfolgen können. Das Gesundheitssystem ist im Umbruch. Im ambulanten Bereich und an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung hat es schon lange nicht mehr so viele Chancen und Herausforderungen, aber auch Risiken gegeben wie derzeit. Gemeinsam agierende Berufsverbände mit präsenten aktiven Mitgliedern sind deshalb wichtiger denn je, will man freiberufliches Ethos und Existenz als Ärztin und Arzt in Praxis und Klinik bewahren.

Ich freue mich, Sie auch im Namen der beteiligten Berufsverbände und Fachgesellschaften auf dem Bundeskongress Chirurgie 2022 in Nürnberg begrüßen zu dürfen!

[www.bundeskongress-chirurgie.de](http://www.bundeskongress-chirurgie.de)

Berufsverbände suchen Kooperation

# Kinderchirurgen im BNKD schließen sich dem BNC an

Bei einer Mitgliederversammlung des Berufsverbands der niedergelassenen Kinderchirurgen Deutschlands (BNKD) hat der BNKD eine Kooperationsvereinbarung mit dem BNC unterzeichnet. Die beiden Verbände wollen einander fachlich ergänzen, Synergien nutzen und zusammen für gemeinsame politische Ziele eintreten.

Von Antje Thiel

**Wenn es um die politische Interessenvertretung geht, zählen nicht nur überzeugende sachliche Argumente. Auch die Größe der vertretenen Gruppe ist entscheidend, damit ein ärztlicher Berufsverband in der Öffentlichkeit und in Entscheidungsgremien Gehör findet.**

Daher haben sich der BNC und der Berufsverband der niedergelassenen Kinderchirurgen (BNKD) zu einer Kooperation entschlossen, die bei der Mitgliederversammlung des BNKD am 18. September 2021 in Lübeck vertraglich besiegelt wurde. Der BNKD ist der Berufsverband der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinderchirurgie. Er hat derzeit 88 Mitglieder, deren Praxen das gesamte Spektrum der ambulanten kinderchirurgischen Versorgung anbieten und jährlich etwa 50.000 ambulante Operationen bei Kindern in Vollnarkose vornehmen, die vielen Kindern einen Klinikaufenthalt ersparen. Auch Verletzungen im Kindesalter einschließlich Kindergarten- und Schulunfälle werden in den BNKD-Praxen versorgt. Um ein hohes Niveau ambulanter kinderchirurgischer Versorgung gewährleisten und erweitern zu können, bedarf es neben der täglichen Praxisarbeit eines berufs- und sozialpolitischen Engagements für die Kinder und ihre Eltern.

## Der BNC erweitert seine fachliche Expertise

Für den BNC bedeutet der Beitritt des BNKD zum einen eine Vergrößerung des Kreises seiner Mitglieder und damit auch seines politischen Einflussbereichs. „Doch ebenso wichtig ist es uns, mithilfe des BNKD kinderchirurgische Expertise einzubinden und das fachliche Spektrum unseres Verbands zu erweitern“, betonte der BNC-Vorsitzende Jan Henniger.

Für den BNKD erklärte dessen Vorsitzender Dr. Ralf Lippert, niedergelassener Kinderchirurg aus Bremen: „Von unserem Anschluss an den BNC, der als größerer Verband in den Gremien der Selbstverwaltung vertreten ist, versprechen wir uns, dass unsere speziellen kinderchirurgischen Interessen und Anliegen künftig mehr Aufmerksamkeit erfahren.“ Daneben erhalten die Mitglieder des BNKD nun auch Zugang

zu diversen BNC-Mitgliederkonditionen und die Verbandszeitschrift ‚Chirurgen Magazin + BAO Depesche‘. Den jährlich von BNC und BAO ausgerichteten Bundeskongress Chirurgie kann der BNKD nun ebenfalls als Forum für den fachlichen und politischen Austausch nutzen.

## Großes Medieninteresse an der Kooperation

Bereits die Medienresonanz (siehe [Kurzlink tinyurl.com/y9sjh6cn](https://tinyurl.com/y9sjh6cn)) auf eine gemeinsame Pressemitteilung zeigt, dass die beiden Verbände mit ihrer Kooperation den richtigen Weg eingeschlagen haben: Verbände, die gemeinsame Sache machen, schenkt man in der Presse und auf dem gesundheitspolitischen Parkett mehr Aufmerksamkeit. ◀

**Kontakt:** [www.bncev.de](http://www.bncev.de), [www.kinderchirurgie.com](http://www.kinderchirurgie.com)

### Voller Einsatz für kleine Patienten: Das ist der Vorstand des BNKD



**Dr. Ralf Lippert,**  
1. Vorsitzender



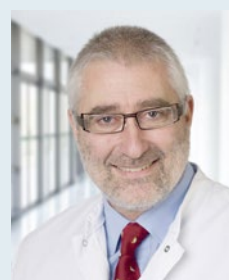
**Dr. Thomas Kugler,**  
2. Vorsitzender



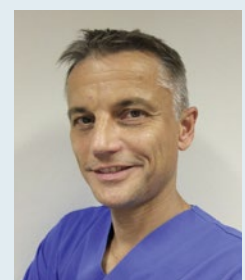
**Dr. Elena Mastragelopulu,**  
Schriftführerin



**Dr. Silke Shehadeh-Vetters,**  
Schatzmeisterin



**Dr. Marc Jorysz,**  
Beisitzer



**Dr. Jens Börner,**  
Beisitzer

## Zukunft der ambulanten Versorgung

# Werden Niedergelassene vom Gesundheitsmarkt verdrängt?

Die steigende Zahl Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) beunruhigt viele Akteure im Gesundheitswesen. Etliche Kassenärztliche Vereinigungen fordern daher politische Nachsteuerung. In Hamburg will man die Zahl der MVZ durch ein Moratorium beschränken, auch in Bayern fürchtet man deren marktbeherrschende Stellung.

Von Cornelia Kolbeck

Seit 2004 gibt es Medizinische Versorgungszentren (MVZ), und mittlerweile sind sie angesichts zunehmender Marktmacht und Investorengeldern im Rücken dabei, das ambulante Versorgungssystem mehr und mehr zu beeinflussen. Vertragsärzte fürchten um ihre Existenz im Solidarsystem – und um die Wahrung ihrer Interessen innerhalb der Selbstverwaltung. Nichtsdestotrotz sieht die Ärzteführung auch Vorteile, zumindest zeitweilig.

Das System der inhaberbezogenen Praxen ist flexibel und extrem leistungsstark, betonte Caroline Roos, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Hamburg (KVH), auf dem 3. Hamburger Versorgungsforschungstag am 3. September 2021. Doch es befinde sich auf dem Rückzug. Ob aus Versehen, gewollt oder als historische Notwendigkeit, Gesellschaft und Politik müssten sich im Klaren darüber sein, welche Auswirkungen das für die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit sich bringe. Und man müsse auch darüber sprechen, ob das Vordringen investorengeführter Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) zu Veränderungen in der Selbstverwaltung führe: „Gibt es sie dann noch?“ Die Anteile der Selbstständigen in den Gremien würden vielleicht immer kleiner. Zwar sei der Kreis der MVZ-Gesellschafter 2012 auf Vertragsärzte, Krankenhäuser und bestimmte gemeinnützige Trägerorganisationen eingeschränkt worden. Es gebe aber Schlupflöcher, um Geld aus dem Solidarsystem abzuziehen bzw. die Gewinnmaximierung zu nutzen. Und es gebe bei MVZ einen deutlichen Trend, weitere Arzt-sitze an sich zu ziehen. Der Politik sei klar, dass die Kommerzialisierung der Versorgung auch negative Auswirkungen habe, warnte Roos.

### MVZ wurden zur Schwächung der KVen ins System gebracht

Das sieht auch Walter Plassmann, Vorstandsvorsitzender der hansestädtischen KV, so. Er ist überzeugt, dass man die MVZ einst zur Schwächung der KVen ins System gebracht hat. Franz Knieps – damals Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium – habe genau gewusst, was er da mache. Es sei auch politische Strategie der damaligen Ministerin Ulla Schmidt gewesen. Jetzt sei das aber die Realität: „Wir müssen mit den MVZ leben.“ Aber, betonte der KV-Chef, lasse man alles

laufen, werde der Konflikt größer, das ambulante Gesundheitssystem von innen her aufgeessen. Er forderte daher: „Wir brauchen ein Moratorium, wir müssen mal Stopp sagen.“ Es sei zu überdenken, „wie wir diesen Prozess gestalten wollen und wo wir hin wollen“, zu einem System mit KV oder ohne, denn „was weg ist, das kriegen wir nicht mehr zurück“. Es müsse auch darüber nachgedacht werden, ob niedergelassene Ärzte im System nicht privilegiert werden sollten gegenüber MVZ.

### KVen sollten stärker am Markt mitarbeiten

Zugleich sieht Plassmann die Notwendigkeit, dass eine Kassenärztliche Vereinigung mehr sein müsse als eine reine Serviceorganisation für ihre Mitglieder, „mehr als jemand, der nur im Hintergrund agiert“. KVen müssten mehr am Markt mitarbeiten. Man müsse handeln und dafür sorgen, dass die KV-Strukturen erhalten bleiben. Aus seiner Sicht gibt es zwei Gründe, bei den Überlegungen auch MVZ einzubeziehen. Das eine Problem sei die Nachbesetzung von freierwerdenden Sitzen. Sie werde immer schwieriger. Auch in Hamburg gebe es Standorte, die weniger attraktiv seien als andere. Das zweite Problem sei die Abgabe von sehr großen teuren Praxen an niedergelassene Ärzte. Es sei zum Beispiel unmöglich, zu einem Zeitpunkt vier Kardiologen zu finden, die gleichzeitig übernahmen, mit all den dazugehörigen Kosten. Auch Diabeteseinrichtungen seien inzwischen groß geworden und sehr teuer, die Nachfolge sei schwierig, und auch die Banken zeigten sich nicht unbedingt bereit, Millionen fließen zu lassen.

„Da müssen wir ran als KV und Praxen betreiben“, beschrieb Plassmann seine Lösung. Davon sei er schon immer überzeugt gewesen und dafür auch beschimpft worden, „weil man als KV keine Konkurrenz für die niedergelassenen Ärzte mache“. Es werde aber jemand gebraucht, der eine Brücke bereitstelle vom Punkt der Praxisabgabe bis zu dem Punkt, an dem die Praxis wieder in der Hand niedergelassener Ärzte sei. Dafür habe die KV glücklicherweise mittlerweile nun die rechtlichen Möglichkeiten. Schon vor drei Jahren habe sich die KV diesem Thema gestellt, dann habe das Virus sie abgehalten weiterzumachen. Jetzt werde man sich allerdings des Themas wieder annehmen. Plassmann lobte erste Erfahrungen in Berlin. Hier hatte die KV angesichts unzurei-

chenden Interesses von Hausärzten, am östlichen Stadtrand zu praktizieren, im Juli ein Maßnahmenpaket beschlossen, dass die Niederlassungsbereitschaft fördern soll. 1,4 Millionen Euro sind verfügbar, das Geld kommt von KV und Krankenkassen. Es sei „das umfangreichste Förderprogramm zur Verbesserung der Hausarztversorgung, das in Berlin jemals aufgelegt wurde“, heißt es hierzu vom Vorstand.

### Wege für den Übergang von Niederlassung zu Niederlassung

Zum Paket gehört auch eine Eigeneinrichtung der KV, in der angestellte Ärzte arbeiten können, mit der Option der späteren Übernahme – ein Novum in der Geschichte der KV Berlin. Die Eröffnung ist für die zweite Jahreshälfte 2022 geplant. Betreiber der Eigeneinrichtungen wird die KV Praxis Berlin GmbH sein, die Geschäftsführung wird eine Mitarbeiterin der KV übernehmen. In Hamburg ist der Hintergrund für MVZ in KV-Regie zwar ein anderer. Plassmann sucht vielmehr Wege für den Übergang von Niederlassung zur Niederlassung. Seine Idee ist, dafür Mittel des Strukturfonds zu nutzen und von Banken, denn man brauche auch Kapital, um Praxen kaufen zu können. „Aber ich bin der festen Überzeugung, das ist der Weg.“

Rund 3.500 MVZ gibt es inzwischen, und seit 2015 wird ein starker Zuwachs verzeichnet. Details hierzu nannte beim Versorgungsforschungstag Markus Leibner, Fachbereichsleiter Ökonomie beim Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (Zi). Es gehe den Inhabern vor allem um Rentabilität und Wirtschaftlichkeit, sagte er. Im Fokus stünden deshalb eher zentrale Orte, weniger strukturschwache Gebiete. Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Wissenschaftlicher Direktor des Hamburg Center for Health Economics (HCHE) und Mitglied des Sachverständigenrates (SVR) Gesundheit, hob entscheidende Vorzüge von MVZ gegenüber Praxen hervor:

- ▶ die Vielfalt der Rechtsformen und der Trägerschaft,
- ▶ die Option, angestellte Ärzte in gewünschter Zahl zu beschäftigen,
- ▶ die Option, die Ausschreibung und damit den Aufkauf von Arztsitzen zu vermeiden.

Andererseits seien angestellte Ärzte tendenziell hinsichtlich der Fallzahl weniger produktiv als Vertragsärzte. Komplexere Fälle benötigten auch mehr Investitionen, MVZ müssten somit zusätzliche Kosten kompensieren. Für Vertragsärzte sei die Gründung eines MVZ deshalb nur bei Anpassung der Vergütung lukrativ, das unternehmerische Risiko müsse kompensiert werden. Hieran aber hapere es, es werde noch zu stark in Sektorengrenzen gedacht, weshalb MVZ vor allem in Krankenhausland seien. Kliniken schauten nicht unbedingt auf Rendite, erklärte Prof. Schreyögg. Sie hätten daneben auch andere Motive – etwa die Einweiserbindung oder die Sicherung des Standorts. Selbst bei einem medianen Überschuss von nur 3.100 Euro (gegenüber einem vertragsärztlichen MVZ-Überschuss von im Schnitt 128.600 Euro) ist das MVZ somit für eine Klinik durchaus noch nützlich. Der SVR-Experte zeigte sich überzeugt, dass sich neben den bisherigen Zentren – MVZ mit gemischten Fachgebieten, Spezialisten-MVZ und Krankenhaus-MVZ – weitere Typen an Versorgungszentren entwickeln werden.

### Cornelia Kolbeck

Freie Journalistin, Fachgebiet Gesundheitspolitik  
Mitglied der Bundespressekonferenz e.V.

Postfach 520415  
12594 Berlin  
Tel.: 030 56498136  
Fax: 030 5615578  
cornelia@kolbeck-berlin.de  
www.kolbeck-berlin.de



Foto: Kolbeck

Ambulante und stationäre Strukturen würden dabei verschwimmen. Schreyögg sieht beispielhaft ambulante OP-Zentren, kommunale Gesundheitszentren und Anlaufstellen für Primär- und Langzeitversorgung kommen.

### Vereinbar mit den Statuten einer Körperschaft wie der KV?

Walter Plassmann hofft jedenfalls, dass die Sorgen und Forderungen der Niedergelassenen bezüglich der MVZ in den Koalitionsverhandlungen Gehör finden. Notwendig ist das Aufgreifen des Themas auch aus Sicht von Prof. Dr. Marcus Siebolds, Fachbereich Gesundheitswesen der Katholischen Hochschule NRW. Er mahnte Grundwidersprüche zwischen der KV als Körperschaft und dem SGB V an. Er zeigte sich skeptisch, ob es mit den Statuten einer Körperschaft wie der KV vereinbar ist, Geld an private Versorger zu verteilen. Rechtlich sei das nicht geklärt. Die Mutlosigkeit, das zu klären, irritiere ihn. „Es muss irgendwann eine Grenze geben, was die Gemeinwesenbindung einer Körperschaft des öffentlichen Rechts an Erosion verträgt. Also entweder will der Staat eine Körperschaft oder er will sie nicht.“

### MVZ: Auch die Bayern rufen nach Korrekturen

Die KV Bayern (KVB) erinnert daran, dass 2004 durch die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt Private-Equity-Gesellschaften die finanzielle Beteiligung an MVZ ermöglicht wurde. Die Konsequenzen seien weitreichend. Insbesondere bei investorenbetriebenen MVZ bestehe aufgrund der vorliegenden Gesetzeslücken die Gefahr, dass die freie Arztwahl durch die marktbeherrschende Stellung von MVZ und deren Ketten eingeschränkt werde, heißt es. Und die Niederlassungsfreiheit leide darunter, dass selbstständige Ärzte mit den von MVZ in Nachbesetzungsverfahren bezahlten Preisen nicht mehr mithalten könnten. Gewarnt wird auch vor nicht zu vernachlässigenden Ballungsrisiken, „wenn sich die ärztliche Versorgung in einer Region, in einem Fachbereich, bei einem Anbieter konzentriert“. Und was passiere mit der Sicherstellung der ambulanten Versorgung, wenn ein solches MVZ aus genau dieser Versorgung ausscheide?

Der Vorstand sieht in der derzeitigen Entwicklung eine große Gefahr für die ambulante Versorgung der Patienten und fordert in einem Positionspapier von der Politik eine Nachschärfung der Regelungen für Medizinische Versorgungszentren. Die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen der in einem MVZ tätigen Ärzte müsse geschätzt und die Freiberuflichkeit als Garant für eigenverantwortliche ärztliche Entscheidungen weiter gestärkt werden. Auch auf eine größtmögliche Transparenz bei den Betreibern von MVZ wird gedrängt. Eine marktbeherrschende Stellung investorenbetriebener MVZ muss aus Sicht der KVB unbedingt verhindert werden.

**Kurzlink zum Positionspapier der KVB:** [tinyurl.com/28x43rzn](https://tinyurl.com/28x43rzn)

**Berufsverband Niedergelassener Chirurgen (BNC): Kontakt zu den Regionalverbänden und zur Geschäftsstelle**

**Arbeitsgemeinschaften Niedergelassener Chirurgen (ANC)**

**ANC Baden-Württemberg Nord**

**Dr. Frido Mütsch**  
Schlizstr. 65, 74076 Heilbronn  
Telefon 0176 19423000  
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**

**Jan Henniger**  
Gotenstr. 6–8, 65929 Frankfurt  
Telefon 069 310646-15  
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. Albert Solleder**  
St.-Elisabeth-Str. 23, 94315 Straubing  
Telefon 09421 710777-0

**ANC Niedersachsen**

**Dr. Gerd-Dieter von Koschitzky**  
Moorstraße 78–80, 29664 Walsrode  
Telefon 05161 73021  
www.anc-niedersachsen.de

**ANC Nordrhein**

**Dr. Manfred Weisweiler**  
Vogteistr. 16, 52511 Geilenkirchen  
Telefon 02451 91068-0

**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**  
Fontanestr. 83, 55127 Mainz  
Telefon 0179 9461302

**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**  
Oetjendorfer Landstr. 1  
22955 Hoisdorf  
Telefon 04107 4226

**ANC Schwaben**

**Dr. Thomas Fleiner**  
Frölichstr. 13, 86150 Augsburg  
Telefon 0821 4534360

**ANC Südbaden**

**Dr. Matthias Szabo**  
Weimarstr. 66, 78532 Tuttlingen  
Telefon 07461 73014

**ANC Südwürttemberg**

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

**ANC Thüringen**

**Dipl.-Med. Ingo Menzel**  
Goetheplatz 8 a, 99423 Weimar  
Telefon 03643 850920

**ANC Unterfranken**

**Dr. Harald Herterich**  
Hermann-Löns-Str. 2, 97447 Gerolzhofen  
Telefon 09382 99992

**ANC Westfalen-Lippe**

**Dr. Holger Brinkmann**  
Krummel 1, 59494 Soest  
Telefon 02921 3913340  
www.ancwl.de

**BNKD Berufsverband der niedergelassenen Kinderchirurgen**

**Dr. Ralf Lippert**  
Große Parower Str. 47–53, 18435 Stralsund  
Telefon 03831 351805

**Berufsverband Niedergelassener Chirurgen (BNC)**

**1. Vorsitzender**

**Jan Henniger**  
Gotenstr. 6–8, 65929 Frankfurt  
Telefon 069 310646-15

**2. Vorsitzender**

**Dr. Frank Sinning**  
Weiltinger Str. 7, 90449 Nürnberg  
Telefon 0911 685556

**Schatzmeisterin**

**Dr. Michaela Rothe**  
Schloßmühlendamm 8–10, 21073 Hamburg  
Telefon 040 772226

**Beisitzer**

**Dr. Manfred Weisweiler**  
Vogteistr. 16, 52511 Geilenkirchen  
Telefon 02451 910680

**Beisitzer**

**Dr. Matthias Szabo**  
Weimarstr. 66, 78532 Tuttlingen  
Telefon 07461 73014

**Ehrenvorsitzender**

**Dr. Dieter Haack**

**BNC Geschäftsstelle**

**Rosemarie Plassmann**  
**Dorfstr. 6 D, 22941 Jersbek**  
Telefon 04532 2687560  
Fax 04532 2687561  
E-Mail info@bncevd.de

**Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO): Kontakt zu den Regionalverbänden und zur Geschäftsstelle**

**Landesverbände Ambulantes Operieren (LAO)**

**LAO Bayern e.V.**

**Dr. Helmut Weinhart**  
Gautinger Str. 9, 82319 Starnberg  
Telefon 08151 652465  
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. Michael Schmidt**  
Bautzener Str. 36, 02956 Rietschen  
Telefon 035772 46724

**LAO Hamburg e.V.**

**Dr. Claus-Peter Möller**  
Altonaer Str. 59–61, 20357 Hamburg  
Telefon 040 4328580  
www.hgao.de

**LAO Niedersachsen e.V.**

**Dr. Gerd-Dieter von Koschitzky**  
Moorstraße 78–80, 29664 Walsrode  
Telefon 05161 73021

**Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO)**

**Präsident**

**Dr. Christian Deindl**  
Laufamholzstraße 400, 90482 Nürnberg  
Telefon 0911 5048185

**Vizepräsident**

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

**Schatzmeister / Synopsis PKG**

**Dr. Raphael Hansen**  
Bismarckstr. 45–47, 10627 Berlin  
Telefon 030 3837705-0

**Schriftführer**

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

**Beisitzer internat. Beziehung / IAAS**

**Dr. Gerd-Dieter von Koschitzky**  
Moorstraße 78, 29664 Walsrode  
Telefon 05161 7302

**Beisitzerin**

**Dr. Kerstin Schick**  
St.-Bonifatius-Str. 5, 81541 München  
Telefon 089-696200

**Beisitzer / IT**

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

**Beisitzer / AND**

**Dr. Roberto Castello**  
Reichenberger Str. 3, 13055 Berlin  
Telefon 030 79789820

**Ehrenpräsident**

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

**BAO Geschäftsstelle**

**Geschäftsführerin**

**Tamara Dietze**  
Joachim-Karnatz-Allee 7  
10557 Berlin  
Telefon 030 319 58 413  
E-Mail buero@bao.berlin

**Mitgliederverwaltung**

**David Hennig**  
Joachim-Karnatz-Allee  
710557 Berlin  
Telefon 030 319 58 413  
E-Mail hennig-buero@bao.berlin



## Sachsen und Thüringen

## Modellvorhaben zur Behandlung von Varikosen für Versicherte der AOK Plus

Seit dem 1. Oktober 2021 können niedergelassene Chirurginnen und Chirurgen in den Regionen Sachsen und Thüringen AOK PLUS-Versicherte mit Varizen an den unteren Extremitäten durch innovative endoluminale Verfahren mittels Laser- oder Radiofrequenztechnik (endovaskuläre Lasertherapie, EVLT und Radiofrequenzablation, RFA) behandeln, die derzeit nicht im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind.

Bei dem Vertrag handelt es sich um ein Modellvorhaben gemäß §§ 63 und 64 SGB V. Teilnehmen können Fachärztinnen und Fachärzte für Chirurgie, Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Dermatologie, Viszeralchirurgie mit Zusatzbezeichnung Phlebologie, Gefäßchirurgie und/oder Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Angiologie. Träger des Selektivvertrags, der den Namen ‚VenenFit Plus‘ trägt, ist die Managementgesellschaft IVM plus GmbH, die die für die am Vertrag teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte Abrechnung sowie Vertragsmanagement übernimmt. Der Abrechnungsprozess sei einfach und unbürokratisch, zudem unterstütze die IVM Plus GmbH die teilnehmenden OP-Praxen bei Dokumentation und Abrechnung der Leistungen. Neben dem neuen Vertrag VenenFit Plus managt die Gesellschaft weitere Sonder-

verträge im Bereich stationärsersetzender Leistungen (Augenheilkunde, Chirurgie, Gastroenterologie, Gefäßchirurgie, Gynäkologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kardiologie, Kinderchirurgie, Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie, Neurochirurgie, Orthopädie, Proktologie und Urologie).

Kurzlink zu Infos der AOK Plus: [tinyurl.com/2bdddnf4](https://tinyurl.com/2bdddnf4)

Kurzlink zu Infos der IVM Plus GmbH: [tinyurl.com/589m7zan](https://tinyurl.com/589m7zan)

## 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 Leserinnen und Leser dieses Magazins an den Aktivitäten Ihrer ANC und Ihres LAO teilhaben. Bitte informieren Sie uns über Neuigkeiten aus Ihrer Region – etwa über Personalia, 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, [antje.thiel@vmk-online.de](mailto:antje.thiel@vmk-online.de)

## Medtronic

Gut leben auf  
gesunden Beinen**Krampfadern modern therapiert - Fakten,  
auf die es ankommt.**

Mehr als 20 Millionen Menschen leben in Deutschland mit Krampfadern - nur 1 % wird behandelt. Zusammen mit Ihnen möchten wir die übrigen 99 % besser versorgen.

Seit über 10 Jahren bietet Medtronic dafür minimalinvasive Verfahren zur effektiven Behandlung Ihrer Patienten an. Wie zum Beispiel die **ClosureFast™- Segmentale Radiofrequenz Ablation**.

Eine innovative Lösung zur Therapie von chronisch venöser Insuffizienz. Evidenzbasierte Studienergebnisse bestätigen die Vorteile des Verfahrens, wie etwa eine **gesicherte Zieltemperatur von 120 °Celsius - generatorgesteuert**.

Durch unsere Webinare und virtuellen Hospitationen bieten wir Ihnen die Möglichkeit, unsere Therapien kennenzulernen.

**Kontaktieren Sie uns telefonisch unter 0 800-0868700  
oder via E-Mail unter: [krampfadern@medtronic.com](mailto:krampfadern@medtronic.com)**

90%  
Verschlussrate  
nach 5 Jahren



## Aktuelles zum Arztrecht vom BNC-Justiziar

# Neue Tendenzen der Rechtsprechung zum Thema Aufklärung

Bei der präoperativen Aufklärung sollte man sich klar ausdrücken und auch schriftlich dokumentieren, dass die wesentlichen Risiken erwähnt wurden. Damit die elektronische Dokumentation rechtssicher ist, muss sie jegliche Änderungen am Karteieintrag transparent dokumentieren und manuelle Manipulationen unterbinden.

Von Jörg Hohmann

## Tipps für eine rechtssichere digitale Dokumentation

Eine aktuelle Entscheidung des Bundesgerichtshofs (Urteil des BGH vom 27.04.2021 – Aktenzeichen VI ZR 84/19), wonach eine änderbare digitale Dokumentation zu Haftungsrisiken führt, sorgt aktuell für Unruhe. Der BGH hatte entschieden, dass einer digitalen Dokumentation keine positive Indizwirkung zukommt, wenn diese nachträgliche Änderungen zulässt, ohne dass diese nachvollziehbar bleiben. Im konkreten Fall hatte ein Patient geklagt, der wegen schwarzer Flecken im linken Auge in die Praxis der Beklagten gekommen war, woraufhin die Ärztin eine altersbedingte Glaskörpertrübung diagnostizierte. Bei einem Sehtest stellte drei Monate später ein Optiker einen Netzhautriss fest. Die Augenärztin erkannte nun eine Netzhautablösung und schickte den Mann sofort ins Krankenhaus. Dort konnte das Auge nicht mehr gerettet werden, der nun einseitig erblindete Mann warf der Ärztin einen Behandlungsfehler vor und verlangte Schadenersatz.

Der BGH befand jedoch, dass der Dokumentation der Ärztin zu entnehmen sei, dass sie beidseits die vorderen Augenabschnitte und den Augenhintergrund nach einer Weitstellung der Pupillen untersucht habe. Der Umstand, dass die Beklagte zur Erstellung ihrer EDV-gestützten Dokumentation keine fälschungssichere Software verwendet habe, führe nicht dazu, dass der Dokumentation im Rahmen der Beweiswürdigung keine Bedeutung zukomme.

Lange Zeit wurde einer elektronisch erstellten Dokumentation in der Rechtsprechung grundsätzlich auch dann der volle Beweiswert eingeräumt, wenn sie nachträgliche Änderungen nicht sichtbar machte, sofern die Dokumentation medizinisch plausibel war und der Arzt nachvollziehbar dar-

legte, keine Änderungen vorgenommen zu haben. Nach Einführung des Patientenrechtegesetzes (§§ 630a ff. BGB) gilt nun vielmehr, dass bei Berichtigungen und Änderungen der ursprüngliche Text erkennbar bleiben und das Datum der Änderung dokumentiert werden muss. Dies ist im Sinne einer fälschungssicheren Dokumentation auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen. Machen diese nachträgliche Änderungen nicht erkennbar, fehlt es an der erforderlichen Überzeugungskraft und Zuverlässigkeit. Jedoch führe die mangelnde Fälschungssicherheit nicht zu einer Beweislastumkehr zu Lasten des Arztes. Der Richter muss die Dokumentation unter Berücksichtigung des gesamten Inhalts der Verhandlungen und des Ergebnisses der Beweisaufnahme einer umfassenden und sorgfältigen, aber auch kritischen Würdigung unterziehen.

Von dieser richterlichen Beweiswürdigung konnte etwa ein Krankenhaus profitieren, welches im Zusammenhang mit einer Geburt

auf Schadenersatz verklagt wurde (Urteil des Brandenburgischen OLG vom 29.08.2017 – Aktenzeichen 12 U 138/16). Die Patientenakte war im Original nicht mehr vorhanden, da sie mikroverfilmt worden war. Der beauftragte Sachverständige konnte deshalb nur auf die reproduzierten Unterlagen für seine Beurteilung zurückgreifen. Da der Gutachter das Behandlungsgeschehen als fehlerfrei beurteilte, berief sich die Klägerseite auf den unzureichenden Beweiswert der nicht im Original vorliegenden Unterlagen. Das OLG entschied jedoch, dass dem Krankenhaus trotz der nicht mehr greifbaren Originale keine Beweismittel entstehen. Der ärztlichen Dokumentation sei Glauben zu schenken, soweit sich keine konkreten Anhaltspunkte für Falschangaben ergeben.

Das BGH-Urteil muss Ärzte, die mit moderner Praxis-IT arbeiten, auch deshalb nicht



Foto: AOK-Medienservice

Moderne Praxis-IT erfüllt die Anforderungen an eine fälschungs- und rechtssichere Dokumentation

schrecken, weil das Problem der rechtssicheren Dokumentation längst erkannt wurde. Dem Herstellerverband bvitg zufolge arbeiten die bereitgestellten Anwendungen größtenteils bereits reversionssicher. Alle Änderungen an der elektronischen Patientendokumentation werden also in einer Historie gespeichert und bleiben nachvollziehbar, ein Änderungsprotokoll ermöglicht eine Historisierung jedes Eintrages und Protokollierung jeder Änderung daran. In der Praxis lässt sich diese Funktion selbst aktivieren und deaktivieren.

Mittels digitaler Signatur und Zeitstempel durch den E-Arzt ausweis kann jeder Dokumentationseintrag in der Software signiert werden. Zusätzlich können Bilder, Dokumente und Unterschriften von Patienten im Archivsystem rechtssicher abgelegt werden. Als Folge kann z. B. jeder Eintrag bei einem Patienten nur oberflächlich gelöscht werden („soft delete“). Der Eintrag wird dann nur in der Standard-Ansicht nicht mehr in der Kartei angezeigt, bleibt aber erhalten. Auch bei Änderungen am Karteieintrag wird das Datum unabhängig gespeichert und lässt sich nicht manipulieren – selbst wenn sich das Datum des Karteieintrags selbst beliebig wählen lässt. Im Zweifel sollte beim jeweiligen Hersteller nachgefragt werden, wie die Dokumentation in der EDV läuft.

Im Falle eines Wechsels der Praxissoftware sollten Ärzte die bisherige Dokumentation vorsorglich in der zuvor genutzten Software archivieren und dann darauf zugreifen, wenn es nötig ist. Denn beim Einsatz einer Schnittstelle zum Datentransport werden nicht immer alle Daten aus den Patientenakten übernommen.

### Aufklärungspflicht bei Leistenbruchoperationen

Bei einer Leistenbruchoperation ist ein Patient darüber aufzuklären, dass durch den Eingriff im Bruchbereich verlaufende Nerven verletzt und dadurch Schmerzen ausgelöst werden können, die in seltenen Fällen auch dauerhaft sind. Ein Aufklärungsmangel liegt vor, wenn die Aufklärung das Risiko nicht umfasst hat, das schließlich zu einem Gesundheitsschaden geführt hat. Es ist nicht ausreichend, im Vorfeld einer Leistenbruchoperation nur von möglichen ‚Sensibilitätsstörungen‘ oder ‚Missempfindungen‘ zu sprechen.

Mit dieser Entscheidung konnte sich eine Patientin gegen den behandelnden Chirurgen durchsetzen. Sie litt nach einer Hernienoperation an einer dauerhaften Nervenschädigung und Schadenersatzansprüche geltend machte. Nachdem das Landgericht zunächst einen Behandlungsfehler bejaht und Schmerzensgeld zugesprochen, jedoch einen Aufklärungsfehler verneint hatte, erkannte das Oberlandesgericht (OLG) auch einen Aufklärungsfehler. Eine Nervenschädigung könne je nach betroffenem Nerv ein breites Spektrum möglicher Folgen von einer vorübergehenden Schmerzempfindung, einer kurzfristigen Lähmung oder einem Taubheitsgefühl bis hin zu chronischen, unbeherrschbaren Schmerzen oder andauernder Lähmung nach sich ziehen. Bei einer Leistenbruchoperation sei der Patient konkret darüber aufzuklären, dass durch den Eingriff im Bruchbereich verlaufende Nerven verletzt und dadurch Leistenschmerzen ausgelöst werden können, die in seltenen Fällen andauern können. Dabei genüge die Erwähnung

### Jörg Hohmann

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

Mittelweg 185  
20148 Hamburg  
Tel.: 040 39106970  
Fax: 040 391069710  
jh@gesundheitsrecht.com  
www.gesundheitsrecht.com



Foto: Hohmann

einer ‚Hautnervenverletzung‘ nicht. Es reiche auch nicht aus zu erwähnen, dass „Nerven, die im zu operierenden Bereich liegen, verletzt oder durchtrennt werden können und das zu vorübergehenden oder dauernden Ausfällen führen kann“, da hier der Hinweis auf die mögliche Schmerzhaftigkeit der Nervenläsion fehle.

Im konkreten Fall war zwar in dem eingesetzten Aufklärungsbogen unter anderem auf Folgendes hingewiesen worden: „Durchtrennungen oder Vernarbungen an Hautnerven können zu Taubheitsgefühl im Bereich der Operationsnarbe und zu vorübergehenden, selten auch bleibenden stärkeren Schmerzen in der Leistengegend oder am Damm führen. Durch die Verletzung von Muskelnerven kann es extrem selten zu einer Bauchwandlähmung, zu Empfindungsstörungen am Bein oder einer Beinlähmung kommen; eine weitere Behandlung, gegebenenfalls auch eine erneute Operation, kann dann erforderlich werden.“ In dem Aufklärungsgespräch hatte der Operateur auch bei den allgemeinen Operationsrisiken auf Blutungen, Schmerzen etc. hingewiesen. Bei den spezifischen Risiken habe er jedoch lediglich ‚Sensibilitätsstörungen‘ und ergänzend ‚Narbengebiet‘ vermerkt und über Sensibilitätsstörungen aufgeklärt, ohne über die Gefahr einer Verletzung der tieferliegenden Nerven mit dauerhaften starken Schmerzen hinzuweisen.

Dass die streitgegenständlichen Risiken in dem Aufklärungsformular, das von der Patientin unterzeichnet wurde, benannt waren, half dem Operateur hier nicht. Der Fall verdeutlicht, dass die mündliche Aufklärung maßgeblich ist – Aufklärungsformulare können diese mündliche Aufklärung nur unterstützen. Operateuren ist zu empfehlen, den Patienten – wenn auch nur in groben Zügen – über die wesentlichen Risiken (der Leistenbruch-)Operation mündlich aufzuklären und dies entsprechend handschriftlich in dem Aufklärungsbogen zu dokumentieren. Ein entsprechend individualisierter Aufklärungsbogen erbringt ‚substantiierte‘ Evidenz, dass das Gespräch in der Form auch stattgefunden hat und sollte vom Patienten unterzeichnet werden (Urteil des BGH vom 28.01.2014 – Aktenzeichen VI ZR 143/13). Wenn der Patient außerdem über das graviernste Risiko, das für seine Lebensführung von größter Bedeutung ist, aufgeklärt wurde und in Kenntnis dieses Risikos zugestimmt hat, dann kann er bei weniger gewichtigen Risiken den Entscheidungskonflikt nicht mehr darlegen. Deshalb gilt die klare rechtliche Empfehlung, das schwerstmögliche Risiko zu Beginn der Aufklärung unverblümt und klar auszusprechen.

Urteil des OLG Dresden vom 20. 7. 2021 – Aktenzeichen 4 U 2901/19

## Aktuelles zum Arztrecht vom BAO-Justiziar

# Alte Verträge bergen häufig Tücken bei der Nachfolge und bei Umstrukturierungen

Grundlage ärztlicher Kooperationen in Berufsausübungsgemeinschaften oder Medizinischen Versorgungszentren ist der Gesellschaftsvertrag. Dieser sollte regelmäßig geprüft und aktualisiert werden. Aktuelle Reformen und Gesetzesänderungen ermöglichen zudem strukturelle Veränderungen für ärztliche Kooperationen.

Von Tobias List

**Vertragliche Grundlage ärztlicher Kooperationen in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ist der Gesellschaftsvertrag, der zu Beginn ausgehandelt und an die Vorstellungen der Partner angepasst wird. Selbst wenn sich im Laufe der Zeit an der Gesellschaft etwas ändert, ein Gesellschafter hinzutritt oder ausscheidet, oder sich Anteilsregelungen ändern, bleibt regelmäßig der ursprüngliche Vertrag bestehen und es werden allenfalls kurze Ergänzungen zum ursprünglichen Vertrag verfasst.**

Fehlende Anpassungen bestehender Gesellschaftsverträge können jedoch vor allem bei der Praxisabgabe fatale Folgen haben. Gesellschaftsverträge sollten daher regelmäßig geprüft und an praktische Gegebenheiten wie an rechtliche Veränderungen angepasst werden.

### Gesellschaftsvertrag muss Wandel der Zeit abbilden

Die fortschreitende Digitalisierung und telemedizinische Innovationen stellen höchste Anforderungen an den Schutz der persönlichen personenbezogenen Daten der Patienten. Allerdings finden sich hierzu häufig keinerlei Regelungen in den Gesellschaftsverträgen, obwohl bei Gesetzesverstößen teils drastische – sogar strafrechtliche – Konsequenzen drohen. Probleme tauchen auch auf, wenn sich am Gesellschafterbestand etwas ändert oder die Kooperation aufgelöst werden soll und im Vertrag nicht geregelt ist, wer Daten, Internetdomains, etablierte E-Mail-Adressen oder Namens- und Markenrechte etc. weiternutzen kann. Im Auflösungsfall stellt sich auch die Frage, wer gemeinschaftliche Einträge auf Bewertungsportalen oder sonstigen Plattformen verwaltet.

Auch nach personellen Veränderungen im Gesellschafterbestand sollten zeitnah Änderungen des Gesellschaftsvertrages erfolgen. Andernfalls können Probleme entstehen, wenn etwa eine ‚Dreier-Praxis‘ nur noch mit zwei Ärzten fortgeführt wird und der auf den Dreier-Bestand zugeschnittene Gesellschaftsvertrag nicht mehr zur neuen Konstellation passt. Dies ist rechtlich insbesondere dann problematisch, wenn einer von zwei Gesellschaftern, etwa aus Altersgründen die Praxis verlassen möchte. Denn während der ursprüngliche

Gesellschaftsvertrag noch eine Klausel enthält, welche ‚die Fortführung der Gemeinschaftspraxis‘ bei Ausscheiden eines seiner Mitglieder vorsieht und dem ausscheidenden Mitglied einen Abfindungsanspruch gegen die verbliebene Gesellschaft zuspricht, ist diese Rechtsfolge bei der nun vorliegenden ‚Zweier-Praxis‘ nicht mehr ohne weiteres möglich. Ein Abfindungsanspruch kann sich nämlich nur gegen eine BGB-Gesellschaft richten, die aus mindestens zwei Partnern bestehen muss.

### Hinweis auf Altersgrenze ist längst überholt

Teilweise existieren sogar noch Gesellschaftsverträge aus den 1980er Jahren, deren Regelungen heute allerdings gesetzlich überholt sind oder von höchstrichterlicher Rechtsprechung nicht mehr als wirksam erachtet werden. So waren früher z.B. nachvertragliche Wettbewerbsklauseln üblich, die heute allerdings ohne Zahlung einer Ausgleichsleistung unwirksam sind. Ebenso findet man in alten Gesellschaftsverträgen häufig noch Regelungen, die an das damals verbindliche Ende der Zulassung mit Erreichen der Altersgrenze anknüpfen.

Oder es ist vorgesehen, dass der betreffende Partner sich mit dem Erreichen des bestimmten Alters verpflichtet, auf seine Zulassung zugunsten der Gesellschaft zu verzichten und das entsprechende Nachbesetzungsverfahren einzuleiten. Obwohl die Altersgrenze schon seit 2008 nicht mehr zwingend ist, können die verbleibenden Gesellschafter die bestehenden Regelungen nutzen, um den betreffenden Gesellschafter aus der Gesellschaft zu klagen, sobald er das 68. Lebensjahr vollendet. An einen in einem alten Vertrag geregelten Zulassungsverzicht ist unter Umständen auch der Zulassungsausschuss gebunden (vgl. etwa BSG-Beschluss vom 03.08.2016, Az. B 6 KA 9/16 B).

Mit Blick auf den demographischen Wandel und das wachsende Problem der Nachfolgesuche ergeben sich weitere Probleme mit Altregelungen in Gesellschaftsverträgen, die Abfindungsansprüche nicht an die Stellung einer Nachfolge knüpfen. Da heute die Suche nach einem Nachfolger vor allem in ländlichen Regionen immer schwieriger wird und der Weggang eines Partners bei gleichzeitig hoher Abfindungszahlung und fehlendem Nachfolger den Bestand der Gesellschaft

gefährdet, sollten aktuelle Verträge auch die Abfindungszahlung an das Stellen bzw. Finden eines Nachfolgers koppeln.

### Haftpflichtversicherung wird auch vertragsärztliche Pflicht

Der Bundestag hat am 11.06.2021 das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung beschlossen. Nach § 95e SGBV sind nun alle Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung künftig auch vertragsarztrechtlich verpflichtet, sich ausreichend gegen Haftpflichtgefahren zu versichern, die sich aus der Berufsausübung ergeben. Ein Berufshaftpflichtversicherungsschutz ist in diesem Sinne ausreichend, wenn das individuelle Haftungsrisiko des Vertragsarztes versichert ist.

Ohne ausreichenden Versicherungsschutz drohen Sanktionen, insbesondere das Ruhen oder der Entzug der Zulassung. Im Falle der Ermächtigung wird diese widerrufen. Zusätzlich muss der Zulassungsausschuss Verstöße gegen die Berufshaftpflichtversicherung den Berufskammern bzw. Approbationsbehörden melden. Das Gesetz sieht keine Übergangsvorschrift vor, daher sollten bestehende wie neue Gesellschaftsverträge Regelungen aufnehmen, wonach Partner entsprechende Versicherungen abschließen, fortlaufend unterhalten und gegebenenfalls an sich ändernde Umstände anpassen müssen.

### Weitreichende Reform des Personengesellschaftsrechts

Noch stärker wird sich künftig das Gesetz zur Modernisierung des Personengesellschaftsrechts (MoPeG, bekannt als ‚Mauracher Entwurf‘) auf ärztliche Kooperationsformen auswirken, das am 25. Juni 2021 beschlossen wurde und zum 1. Januar 2024 in Kraft tritt. Anlass für die Reform war das teilweise noch aus dem 19. Jahrhundert stammende Recht der Gesellschaften bürgerlichen Rechts (GbR), das den Interessen und den Bedürfnissen der Praxis längst nicht mehr gerecht wurde. Es waren viele vom Gesetz abweichende Regelungen in Gesellschaftsverträgen notwendig, was zu unübersichtlicher, teilweise divergierender Rechtsprechung führte. Mit dem MoPeG werden Regelungslücken geschlossen, Rechtsunsicherheiten beseitigt und ein weiteres Auseinanderfallen von Gesetz, Rechtsprechung und gelebter Praxis gestoppt.

Im Regulationssystem der GbR werden künftig eindeutige Regelungen aufgenommen, in welchem Umfang die einzelnen Gesellschafter gegenüber der Gesellschaft **Informationsrechte** haben. Gesellschaftsvertraglich werden diese Informationsrechte nicht ohne Weiteres zulasten der Gesellschafter einschränkbar sein.

Weiterhin werden neue **Abfindungsregelungen** normiert. So wird sich die Abfindungshöhe abhängig vom Wert des jeweiligen Gesellschaftsanteils bestimmen, der sich unmittelbar vom Unternehmenswert ableitet und nicht mehr quotal festgelegt wird. Außerdem wird ein Anspruch des ausscheidenden Gesellschafters auf Befreiung der Haftung für die Gesellschaftsverbindlichkeiten gesetzlich geregelt.

Weiterhin wird die Möglichkeit eröffnet, die GbR in ein neues Register – ähnlich dem Handels- oder Vereinsregister – eintragen zu lassen. Die dann **eingetragene GbR** muss den Rechtsformzusatz eGbR führen.

### Tobias List

Rechtsanwalt, Zertifizierter Datenschutzbeauftragter, kwm Rechtsanwältin

Unter den Linden 24 / Friedrichstr. 155–156  
10117 Berlin

Tel.: 030 206143-3

Fax: 030 206143-40

list@kwm-rechtsanwaelte.de

www.kwm-rechtsanwaelte.de



Foto: kwm

Die Eintragung ist freiwillig, wobei mit den Angaben im öffentlich zugänglichen Register mehr Rechtssicherheit und damit Vertrauensschutz verknüpft ist. Im Rechtsverkehr muss sich also jeder darauf verlassen dürfen, dass die Angaben im Register richtig und vor allem aktuell sind.

Nach einmaliger Eintragung ist eine Austragung nicht mehr möglich. Die Löschung aus dem Register ist erst bei Liquidation der Gesellschaft möglich. Um mögliche Haftungsfragen bei einem Abweichen zwischen tatsächlich vorliegender (gesellschaftsvertraglich geregelter) Situation und den Angaben im Register aus dem Weg zu gehen, wird nach einer Eintragung also stets auch eine entsprechende Pflege und Aktualisierung der eingetragenen Angaben erfolgen müssen.

Anders als die nicht eingetragene GbR wird die **eGbR umwandlungsfähig** sein. Sie kann künftig nach Maßgabe des Umwandlungsgesetzes (UmwG) an einer Spaltung oder Verschmelzung teilnehmen. Die eGbR kann damit etwa auch direkt in eine GmbH umgewandelt werden. Daraus folgen erhebliche Erleichterungen bei Praxisumstrukturierungen, etwa von einer BAG-GbR zu einer MVZ-GmbH. Doch damit nicht genug: Künftig dürfen nicht nur Kaufleute die Rechtsformen der OHG, KG und GmbH & Co. KG wählen. Auch die freien Berufe sollen sich grundsätzlich zu diesen Gesellschaften zusammenschließen können (§§ 107 Abs. 1, 161 Abs. 2 HGB-E, vergleiche hierzu insbesondere die Gesetzesbegründung, Bundestagsdrucksache 19/27635 S. 223 f., 251 f.)

Die Öffnung zu den genannten Rechtsformen für Ärzte ist aber letztlich nur im Einklang mit dem Vertragsarzt- und insbesondere dem landesrechtlichen Berufsrecht möglich. Sollte vor allem das standesrechtliche Leitbild des ärztlichen Berufs auch dahingehend eine Entwicklung erfahren, würde die Öffnung dieser Rechtsformen für die ärztlichen Praxisstruktur erhebliche (steuer-)rechtliche Möglichkeiten – vor allem bei der Praxisabgabe – mit sich bringen.

### Fazit: Verträge prüfen und Gestaltungsspielraum nutzen

Bestehende Gesellschaftsverträge sollten schon heute einer vorausschauenden Compliance-Prüfung unterzogen und die neuen Erfordernisse und Möglichkeiten früh im Gesellschaftskreis diskutiert und im Gesellschaftsvertrag angepasst werden.

Im Hinblick auf Kooperationsvorhaben, Praxisumstrukturierungen und Nachfolgeplanungen werden sich durch die Gesetzesänderungen weitergehende Gestaltungsspielräume ergeben, die bei entsprechenden Planungen in die Überlegungen mit einbezogen werden sollten. ◀

## Praxisteam

# Nebentätigkeit und Urlaubsanspruch: Arbeitsrechtliche Fragen in der Praxis

Dürfen Medizinische Fachangestellte (MFA) einen Nebenjob annehmen? Auf wie viele Urlaubstage besteht Anspruch bei Teilzeit oder in der Probezeit? Und was gilt, wenn die MFA während des Urlaubs krank wird? Der BNC-Justiziar gibt einen Überblick über einige elementare Grundsätze des Arbeitsrechts.

Von Jörg Hohmann

## Nebentätigkeit erlaubt?

Eine Nebentätigkeit ist jede Tätigkeit, in der Angestellte ihre Arbeitskraft außerhalb der Praxistätigkeit zur Verfügung stellen. Darunter fallen auch ehrenamtliche Tätigkeiten. Grundsätzlich untersagt werden können diese Tätigkeiten nicht, da Angestellte ihre Arbeitskraft außerhalb des Arbeitsverhältnisses frei einsetzen können. Dies endet dort, wo durch die Nebentätigkeit die Interessen des Hauptarbeitgebers nachhaltig betroffen sind. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn

- ▶ die Arbeitskraft von Angestellten nachhaltig beeinträchtigt wird,
- ▶ die MFA ihre Tätigkeit nicht mehr sachgerecht ausüben kann,
- ▶ die zulässigen Höchstarbeitszeiten überschritten werden (Höchstarbeitszeit durchschnittlich 48 Wochenstunden) sowie Ruhezeiten nicht eingehalten werden (Normalfall 11 Stunden),
- ▶ Wettbewerbsinteressen der Praxis entgegenstehen,
- ▶ die Nebentätigkeit während des Urlaubs aufgenommen wird, weil so der Urlaubszweck der Erholung nicht erreicht werden kann.

Im Übrigen ist ein generelles Verbot jeglicher Nebentätigkeiten nicht zulässig, jedoch ist eine Klausel verbreitet, wonach jede Nebentätigkeit der Zustimmung des Arbeitgebers bedarf. Hier kann der Praxisinhaber die Nebentätigkeit nach billigem Ermessen genehmigen, um eine Gefährdung der dienstlichen Belange auszuschließen. Üben Angestellte ungenehmigte Nebentätigkeiten aus, kann diese eine Abmahnung rechtfertigen.

## Urlaubsanspruch in Vollzeit, Teilzeit oder Probezeit

Für sämtliche Angestellte gilt ein gesetzlicher Mindesturlaub. Um die vollen Urlaubstage innerhalb eines Kalenderjahres in Anspruch nehmen

zu können, muss die MFA mindestens sechs Monate in derselben Praxis tätig gewesen sein. Ergibt sich ein anteiliger Urlaubsanspruch – etwa durch Beginn oder Kündigung des Arbeitsverhältnisses im Laufe des Kalenderjahres – beträgt der Urlaubsanspruch 1/12 für jeden vollen Beschäftigungsmonat. Beispiel: Die MFA hat nach erfolgreicher Ausbildung am 1. März ihr Arbeitsverhältnis aufgenommen. Zum 31. August kündigt sie bereits wieder. Es ergibt sich ein Urlaubsanspruch von 14 Tagen, der sich wie folgt berechnet:

$$27 \text{ Urlaubstage} \times 1/12 = 2,25 \text{ Tage/Monat}$$

$$6 \text{ Monate} \times 2,25 = 13,5 = 14 \text{ Tage}$$

Nach § 5 Absatz 2 Bundesurlaubsgesetz (BUrlG) sind Bruchteile von Urlaubstagen, die mindestens einen halben Tag ergeben, auf volle Urlaubstage aufzurunden. Andernfalls wird abgerundet.

Grundsätzlich haben Angestellte in Teilzeit denselben Urlaubsanspruch wie ihre vollzeitbeschäftigten Kolleginnen und Kollegen. Allerdings ist zu unterscheiden, ob diese täglich arbeiten (jedoch nur eine geringere Stundenzahl als vollzeitbeschäftigte Kollegen) oder nur an einigen Tagen. Soweit die Angestellten jeden Tag tätig sind, erhalten sie dieselbe Zahl von Urlaubstagen wie Vollzeitbeschäftigte. Erheblich ist also nur die Anzahl der geleisteten Arbeitstage im Kalenderjahr, nicht deren Stundenzahl. Dementsprechend haben Angestellte, die nicht täglich arbeiten, eine geringere Zahl von Urlaubstagen.

Während der Probezeit gilt, dass Angestellte nach § 18 Absatz 2 und § 4 BUrlG erst nach Ablauf von sechs Monaten den vollen gesetzlichen Urlaub nehmen können (zuvor allenfalls anteiliger Urlaub). Der anteilige Urlaub während der Probezeit errechnet sich aus 1/12 für jeden vollen Beschäftigungsmonat. Dies gilt auch dann, wenn Angestellte vor der Wartezeit aus dem Arbeitsverhältnis ausscheiden.

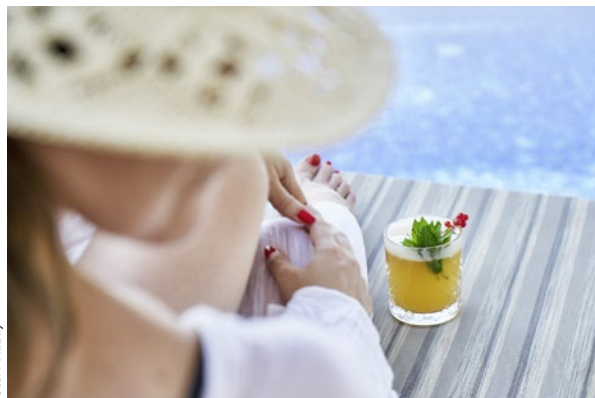


Foto: Pixabay

Urlaub soll der Erholung dienen und muss grundsätzlich im jeweiligen Kalenderjahr gewährt und genommen werden.

## Sonderfälle beim Urlaubsanspruch

**Verfrühtes Ausscheiden:** Für jeden vollen Beschäftigungsmonat wird 1/12 des vollen Urlaubsanspruchs erreicht – unabhängig davon, ob das Beschäftigungsverhältnis in der Probezeit, nach der Probezeit oder im ersten Kalenderhalbjahr endet. Wenn das Arbeitsverhältnis nach erfüllter Probezeit und im zweiten Kalenderhalbjahr endet, jedoch noch kein ganzes Jahr abdeckt, besteht trotzdem der volle Urlaubsanspruch (z.B. 27 Urlaubstage). Die MFA muss sich aber, um Doppelansprüche zu vermeiden, beim nächsten Arbeitgeber den bereits gewährten Urlaub anrechnen lassen.

**Zeitpunkt des Urlaubs festlegen:** Die Urlaubswünsche der MFA sind bei der Planung zu berücksichtigen. Liegen jedoch dringende betriebliche Belange vor oder konkurrieren die Wünsche mit den Urlaubswünschen anderer MFA, die Vorrang verdienen (z.B. bei MFA mit schulpflichtigen Kindern, die nur während der Ferienzeiten in den Urlaub fahren können), dürfen Terminwünsche abgelehnt werden (§ 7 Absatz 1 BUrlG).

**Urlaub übertragen:** Grundsätzlich wird der volle Urlaub im laufenden Kalenderjahr gewährt und genommen. Ein Übertragen des Urlaubs (z.B. von einigen Tagen) auf das nächste Kalenderjahr ist nur erlaubt, wenn dringende betriebliche oder in der Person des Arbeitnehmers liegende Gründe (z.B. Krankheit) dies rechtfertigen. Auch dann muss der Urlaub spätestens bis zum 31. März des Folgejahres genommen werden, sonst verfällt er endgültig (§ 7 Absatz 3 Satz 3 BUrlG).

**Krank im Urlaub:** Erkrankt die MFA während des Urlaubs, muss sie umgehend ihren Arbeitgeber in Kenntnis setzen und eine ärztliche Bescheinigung vorlegen. Für die Dauer der Krankheit wird der Urlaub unterbrochen. Nach der Genesung ist der Rest des Urlaubs – je nach Vereinbarung mit dem Arbeitgeber – sofort im Anschluss oder zu einem späteren Zeitpunkt zu nehmen.

**Krank im Ausland:** Erkrankt die MFA während des Urlaubs und befindet sich im Ausland, muss sie dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit, ihre voraussichtliche Dauer und die Adresse am Aufenthaltsort in der schnellstmöglichen Art der Übermittlung überbringen (§ 5 Absatz 2 Entgeltfortzahlungsgesetz). Die Kosten für diese Mitteilung hat der Arbeitgeber zu tragen. Gesetzlich krankenversicherte MFA müssen zudem der jeweiligen Krankenkasse ihre Arbeitsunfähigkeit und die voraussichtliche Dauer der Erkrankung mitteilen.

**Bei langandauernder Krankheit:** Wenn die MFA das ganze Jahr über erkrankt oder gegen Ende des Jahres durchgehend krank ist und nicht den Jahresurlaub antreten kann, wird dieser auf das Folgejahr übertragen und verfällt auch nach dem 31. März nicht. Bei langjähriger Krankheit kann ein entsprechend hoher Urlaubsanspruch entstehen bzw. der Anspruch auf Urlaubsabgeltung besonders hoch ausfallen.

**Urlaub abgelten:** Eine ‚Urlaubsabgeltung‘ gilt, wenn wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses der gesetzlich zustehende Urlaub ganz oder teilweise nicht bis zum Beendigungszeitpunkt gewährt werden kann. Die so verbleibenden Urlaubstage werden ‚abgegolten‘. Der MFA wird also ihr Urlaub ausgezahlt (§ 7 Absatz 4 BUrlG). ◀

## Fortbildung: Termine für das Praxisteam

### 1. Dezember 2021, Bochum Bundesweite Blended-Learning-Kurse zur Hygienebeauftragten MFA

Nach den Richtlinien und dem Curriculum der DGKH. Abschluss mit dem Zertifikat ‚Hygienebeauftragte MFA‘. Mitglieder des BNC und des BAO erhalten 20% Rabatt auf die Kursgebühren!

Information und Anmeldung:

meduplus GmbH, Kurfürstendamm 194, 10707 Berlin  
Telefon: 030 555792-550, info@meduplus.de, www.meduplus.de

### 14.–15. Januar 2022, Jena Kurs zum Erwerb der Sachkunde gemäß MedizinproduktebetrieBERverordnung (MPBetreibV) für die Aufbereitung von Medizinprodukten

Inhalte: Mikrobiologie, Epidemiologie und Hygiene, Rechtsgrundlagen, Geräte- und Instrumentenkunde, Aufbereitung von Medizinprodukten, Aufbereitungs-kreislauf, Verpackungskunde, Validierung und Routinekontrollen, Dokumentation und Qualitätsmanagement, Abschlussprüfung

Information und Anmeldung:

Landesärztekammer Thüringen, Heidi Böhme  
Im Semmicht 33, 07751 Jena, Tel.: 03641 614-145, Fax: 03641 614-149  
boehme.akademie@laek-thueringen.de, www.laek-thueringen.de

### 12. Februar 2022, Nürnberg Kurs zum Erwerb der Sachkunde gemäß MedizinproduktebetrieBERverordnung (MPBetreibV) für die Aufbereitung von Medizinprodukten

Nach dem Curriculum der Bundesärztekammer. Mitglieder des BNC und des BAO erhalten 20% Rabatt auf die Kursgebühren!

Information und Anmeldung:

meduplus GmbH, Kurfürstendamm 194, 10707 Berlin  
Telefon: 030 555792-550, info@meduplus.de, www.meduplus.de

### 4. März – 1. Mai 2022, Dortmund Zusatzqualifikation – Praxismanagement

100-Stunden-Qualifizierung für Führungs- und Leitungsaufgaben in der Praxis. Inhalte: Personalmanagement und Mitarbeiterführung, Praxismarketing und Kommunikation, Praxisorganisation und Zeitmanagement.

Information und Anmeldung:

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

### 10. März – 30. April 2022, Webkonferenz Fortbildung zum/zur betrieblichen Datenschutzbeauftragten

Lehrgang zur Erreichung der erforderlichen Fachkunde nach Art. 37 Abs. 5 EU-DSGVO (80 Stunden) mit Zertifikat

Information und Anmeldung:

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

### 12. März – 7. Mai 2022, Nürnberg 26. März – 21. Mai 2022, Stuttgart

### 7. Mai – 25. Juni 2022, Köln

### 3. September – 15. Oktober 2022, Hannover Fachzertifikat – Ambulantes Operieren für Medizinische Fachangestellte und Medizinisches Assistenzpersonal

60-Stunden-Kurs auf Basis des Curriculums der Bundesärztekammer. Inhalte u.a.: Rechtliche, medizinische und strukturelle Grundlagen, präoperatives Management, Infektionsprophylaxe, Medizinprodukte in der Anwendung

Information und Anmeldung:

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

## Abrechnung

# Auszüge aus dem neuen Kompendium ,Der Kommentar zu EBM und GOÄ', Teil 5

Wer im Durchgangsarzt-Verfahren korrekt und zweifelsfrei mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung abrechnen möchte, sollte sich zunächst mit den Rahmenbedingungen, Systematik und inneren Logik der UV-GOÄ beschäftigen. Doch auch eine genaue Kenntnis der einzelnen Ziffern und Ausschlüsse ist unverzichtbar.

Von Dr. Dieter Haack

Die UV-GOÄ gibt jeweils den aktuell gültigen Stand der Gebührenordnung für Ärzte für die Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung (UV) wieder. In dieser Ausgabe geht es um die Vorgaben für Besuche und Assistenz.

## Nr. 50: Besuch, einschließlich Beratung und Untersuchung

Die Leistungen nach den Nummern 50 bis 50e dürfen anstelle oder neben einer Leistung nach Nummer 45 oder 46 nicht berechnet werden. Neben den Leistungen nach den Nummern 50 bis 50e sind die Leistungen nach den Nummern 1 bis 6, 7 bis 15, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 6a kann zusätzlich berechnet werden.

- ▶ **50a:** Leistung nach Nummer 50 (dringend angefordert und sofort ausgeführt oder wegen der Art der Krankheit gesondert notwendig)
- ▶ **50b:** Leistung nach Nummer 50, jedoch aus der Sprechstunde heraus sofort ausgeführt
- ▶ **50c:** Leistung nach Nummer 50, jedoch bei Nacht (bestellt und ausgeführt zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr)
- ▶ **50d:** Leistung nach Nummer 50, jedoch bei Nacht (bestellt und ausgeführt zwischen 22 und 6 Uhr)
- ▶ **50e:** Leistung nach Nummer 50, jedoch an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen

## Arbeitshinweise der UV-Träger

1. Mit der zum 1. Juli 2007 durch Beschluss der ständigen Gebührenkommission neu gefassten Zusatzbestimmung (siehe Rundschreiben Reha 048/2007 vom 18.06.2007) wird klargestellt, dass durchgängig die Nummern 1 bis 5 (symptomzentrierte Untersuchungen),

6 (außer Nr. 6a) bis 10 (umfassende Untersuchungen) sowie 11 bis 15 (Beratungen) nicht neben den Nummern 50 bis 50e berechenbar sind. Neben den Nummern 50 bis 50e ist für Behandlungen lediglich Nr. 6a (umfassende Untersuchung) einmal berechenbar. Nach der Zusatzbestimmung zur Nr. 6a ist die Notwendigkeit der Leistung nach Nr. 6a auf der Rechnung zu begründen. Mit der Gebühr nach Nr. 6a soll vor allem der erhöhte Aufwand für die ärztliche Erstversorgung von Schwerstverletzten und -erkrankten (z. B. Untersuchung von Polytraumatisierten an der Unfallstelle) angemessen vergütet werden. Nr. 6a ist somit neben den Nummern 50 bis 50e berechenbar, wenn über die symptomzentrierte Untersuchung hinaus eine umfassende Untersuchung medizinisch erforderlich war. Beratung und symptomzentrierte Untersuchung sind nach der Leistungslegende der Nr. 50 schon mit der Besuchsgebühr abgegolten. Das gilt naturgemäß auch bei den Besuchen nach den Nummern 50a bis 50e, also z. B. bei einem Besuch zur Nachtzeit.

2. Die medizinische Notwendigkeit eines Besuchs ist nicht gegeben, wenn der Verletzte vor und nach dem Hausbesuch den Arzt zur Behandlung aufgesucht hat und durch die Verletzung im Regelfall nicht gehindert ist, beim Arzt zu erscheinen. Dient der Hausbesuch lediglich der Bequemlichkeit des Verletzten, so ist er nicht zu akzeptieren. In Notfällen oder bei Schwerstverletzten und -erkrankten wird die Notwendigkeit eher gegeben sein.
3. Anästhesisten können für das Aufsuchen eines Patienten an Orten, an denen sie regelmäßig tätig sind, die Nummern 50ff. nicht berechnen; das gilt für das Aufsuchen
  - ▶ der eigenen Praxis,
  - ▶ der Praxis eines anderen Arztes (z. B. des operierenden Chirurgen),
  - ▶ ambulanter Anästhesie- und Operationszentren und auch eines Belegkrankenhauses.

(Vergleiche hierzu OVG Münster vom 18.12.1990 – Aktenzeichen 12A 78/89; ebenso Brück, Kommentar zur GOÄ, § 8, RdNr. 1.2). Ferner kann

### Buchtipps: Abrechnungswissen aus der Feder eines Kenners

Die Auszüge aus dieser Artikelreihe stammen aus dem Loseblattwerk ,Der Kommentar zu EBM und GOÄ' (Wezel/Liebold, Asgard Verlag 2020), das kürzlich um einen Kommentar zur UV-GOÄ von Dr. Dieter Haack erweitert wurde. In der Online-Version zum unverbindlichen Test 10 Tage gratis verfügbar.



für das Aufsuchen der oben genannten Orte weder Wegegeld noch Reiseentschädigung beansprucht werden (vergleiche Arbeitshinweise in Teil B zu Nummern 71 ff.).

Die vorstehenden Hinweise gelten nicht nur für Anästhesisten, sondern entsprechend für alle übrigen Ärzte beim Aufsuchen von Orten, an denen sie regelmäßig tätig sind. Nicht nur Anästhesisten, auch Chirurgen können regelmäßig die Praxis eines anderen Arztes aufsuchen – etwa wenn ein ambulantes Operationszentrum von einem Anästhesisten betrieben wird. In jedem Fall ist das Aufsuchen der eigenen Praxis durch einen Arzt, das Aufsuchen des Krankenhauses durch einen Belegarzt oder leitenden Krankenhausarzt nicht als abrechenbarer Besuch anzusehen und begründet daher keinen Anspruch auf Wegegeld oder Reisekosten (siehe Arbeitshinweise zu Nummern 71 ff. bzw. Brück, Kommentar zur GOÄ, Erl. zu § 8, RdNr. 1.2; s. für Belegärzte Allgemeine Bestimmungen Nr. 6 zu Abschnitt B bzw. vor Nummern 1 ff.).

### Kommentar

Neben den Nummern 50 bis 50e ist für umfassende Untersuchungen einmal die Nr. 6a berechenbar, wenn über eine symptomzentrierte Untersuchung hinaus eine umfassende Untersuchung notwendig ist. Dies gilt **besonders** bei Besuchen zur Nachtzeit und in Notfällen. Die Notwendigkeit ist auf der Rechnung zu begründen.

**Nr. 51: Besuch eines weiteren Kranken in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach den Nummern 50 bis 50e – einschließlich Beratung und Untersuchung**



Foto: AOK-MedienService

Erfordern die medizinischen Umstände eine ärztliche Begleitung des Patienten während des Transports ins Krankenhaus, kann diese Leistung abgerechnet werden

### Dr. Dieter Haack

Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie  
Ehrenvorsitzender des BNC

Schönbuchweg 13  
71144 Steinenbronn  
Tel.: 0172 6240923  
haack-kerber@t-online.de



Foto: Haack

Diese Leistung darf anstelle oder neben einer Leistung nach Nummer 45 oder 46 nicht berechnet werden. Neben der Leistung nach Nummer 51 sind die Leistungen nach den Nummern 1 bis 5, 11 bis 15, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.

**Nr. 52: Aufsuchen eines Patienten außerhalb der Praxisräume oder des Krankenhauses durch nichtärztliches Personal**

Diese Leistung muss durch einen niedergelassenen Arzt beauftragt werden (z.B. zur Durchführung von kapillaren oder venösen Blutentnahmen, Wundbehandlungen, Verbandwechsel, Katheterwechsel). Wegegeld ist nicht berechnungsfähig. Die Gebühr ist nicht berechnungsfähig, wenn das nichtärztliche Personal den Arzt begleitet.

**Nr. 55: Begleitung eines Patienten durch den behandelnden Arzt zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung**

Diese Leistung umfasst gegebenenfalls auch die organisatorische Vorbereitung der Krankenhausaufnahme und ist je angefangene halbe Stunde Einsatzdauer berechenbar. Neben der Leistung nach Nummer 55 sind die Leistungen nach den Nummern 56, 60 und/oder 833 nicht berechnungsfähig.

### Arbeitshinweise der UV-Träger

Die Verletzung muss so schwerwiegend sein, dass eine permanente Begleitung und Überwachung durch den Arzt während des Transports zum Krankenhaus erforderlich ist und im Anschluss an die Erstversorgung (nur) eine sofortige stationäre Behandlung in Betracht kommt. Dies erfordert eine akut bedrohliche Situation oder eine erhebliche Gefahr für Leib und Leben des Verletzten. Derartige Verletzungen werden eher selten sein; für die Masse der regelmäßig ambulant zu versorgenden Verletzungen kommt Nr. 55 somit nicht in Betracht.

Die Notwendigkeit einer stationären Behandlung ist aus der Sicht des erstversorgenden Arztes vorausschauend und unter Berücksichtigung der objektiv festgestellten Verletzungen zu beurteilen. Die Notwendigkeit ist also gegeben, wenn sich die Verletzung objektiv als so schwer darstellt, dass regelmäßig eine sofortige stationäre Heilbehandlung erforderlich ist. Unter diesen Voraussetzungen ist die Begleitung nach Nr. 55 auch zu honorieren, wenn im Ausnahmefall (wider Erwarten) keine stationäre Aufnahme erfolgt. Allerdings ist die tatsächliche Weiterbehandlung (stationär oder ambulant) regelmäßig ein starkes Indiz für die notwendige bzw. nicht notwendige Begleitung. ▶

Die Begleitung erfordert den unmittelbaren Kontakt zwischen Arzt und Patient. Es reicht daher nicht aus, wenn sich der Arzt während der Fahrt in der Fahrerkabine des Krankenwagens oder in einem anderen Fahrzeug befindet (z. B. Notarztwagen). Die für Nr. 55 maßgebende Einsatzzeit beginnt mit dem ‚Begleiten des Patienten‘, also nach Abschluss der Erstversorgung an der Unfallstelle und dem Beginn des Transports zum Krankenhaus. Sie endet mit der Übernahme des Patienten durch das Krankenhauspersonal. Die Einsatzzeit beschränkt sich also im Wesentlichen auf die Fahrtzeit des Rettungstransportwagens zum Krankenhaus und die dortige Übergabe des Patienten. Die gesamte Einsatzzeit des Arztes ist insoweit unerheblich. Insbesondere die Fahrt zur Unfallstelle und medizinische Versorgung des Patienten an der Unfallstelle gehören nicht zur Einsatzzeit nach Nr. 55, da in dieser Zeit keine Begleitung des Patienten durch den Arzt gegeben ist.

**Wegen Erkrankung erforderliches Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen, je angefangene halbe Stunde: Nr. 56 – am Tag, Nr. 57 – bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr).**

Die Verweilgebühr darf nur berechnet werden, wenn der Arzt nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalls mindestens eine halbe Stunde verweilen muss und während dieser Zeit keine ärztliche(n) Leistung(en) erbringt. Im Zusammenhang mit dem Beistand bei einer Geburt darf die Verweilgebühr nur für ein nach Ablauf von zwei Stunden notwendiges weiteres Verweilen berechnet werden

**Arbeitshinweise der UV-Träger**

Verweilen ist die tätige Bereitschaft des Arztes und Beobachtung des Patienten, ohne dass währenddessen honorarfähige Leistungen anfallen. Die Leistungsbeschreibung fordert, dass der Arzt sich

ununterbrochen beim Patienten aufhält, ohne andere abrechenbare ärztliche Leistungen zu erbringen. Eine Verweilgebühr kann damit nicht berechnet werden, wenn der Arzt den Patienten verlässt, andere Patienten in dieser Zeit versorgt und dann wieder zum Patienten zurückkehrt oder wenn – wie in der Praxis häufig – die Überwachung des Patienten dem Praxispersonal überlassen wird.

Bei ambulant durchgeführten Operationen ist nicht anzunehmen, dass der Operateur die Voraussetzungen der Nummern 56/57 erfüllt. Üblicherweise wird der Arzt seine Praxis weiterführen und den Patienten allenfalls gelegentlich bzw. nur auf Anforderung durch das Praxispersonal aufsuchen. Auch vom Anästhesisten sind die Nummern 56/57 praktisch nicht berechenbar, da er während der gesamten postnarkotischen Überwachungsphase in aller Regel den Patienten nicht ununterbrochen persönlich überwacht. In der Aufwachphase überwacht der Anästhesist allerdings den Patienten persönlich (höchstens 10 bis 15 Minuten). Im Regelfall wird die nach der Zusatzbestimmung erforderliche Dauer von mindestens einer halben Stunde nicht erreicht. Außerdem gehört die Überwachung bis zu 10 Minuten nach OP-Ende noch zur Narkoseleistung, ist also mit der Narkosegebühr abgegolten und bei der Verweilgebühr nicht mehr zu berücksichtigen.

Selbst bei einer längeren Aufwachphase ist in aller Regel die Verweilgebühr nicht mehr berechenbar. Ab dem 1.1.2005 wurden die Gebühren nach Nummern 448 bzw. 449 für die postoperative Beobachtung und Betreuung in die UV-GOÄ aufgenommen. Wird eine dieser Gebühren berechnet, können die Nummern 56/57 nicht mehr angesetzt werden, da die Zusatzbestimmungen der Nummern 448/449 eine Nebeneinanderberechnung mit den Nummern 56/57 ausschließen.

Das muss nicht nur dann gelten, wenn – etwa in der Rechnung des Anästhesisten – Nr. 448 und Nr. 56 nebeneinander erscheinen. Auch bei der postoperativen Betreuung und Abrechnung – z. B. nach Nr. 448 – durch den Chirurgen und gleichzeitiger Berechnung der Nr. 56 durch den Anästhesisten liegt eine unzulässige Nebeneinanderberechnung vor. Nach der Leistungslegende der Nummern 448/449 ist die Zeit des Verweilens bis zum Aufwachen des Patienten in der Leistung nach Nummern 448/449 eingeschlossen. Somit ist bei (regelrechter) Erbringung der Leistungen nach Nr. 448 oder Nr. 449 immer die Nr. 56 mit abgegolten und nicht mehr gesondert berechenbar.

Sofern im Übrigen alle Voraussetzungen der Leistungslegende erfüllt werden, kann der Notarzt die Verweilgebühr nach Nummern 56/57 berechnen, wenn er beim Eintreffen am Unfallort den Verletzten zunächst nicht behandeln kann, weil dieser z. B. im Auto eingeklemmt ist und daraus erst befreit werden muss. Zwar wirkt sich insoweit nicht unmittelbar die Beschaffenheit des Krankheitsfalles (siehe Zusatzbestimmung) bzw. der Verletzung aus, doch die Begleitumstände der eingetretenen Verletzung, zwingen den Notarzt zum untätigen Verweilen. Bei einem Verkehrsstau auf der Fahrt zur Unfallstelle sind die Voraussetzungen der Nummern 56/57 nicht erfüllt. Hier wird die Untätigkeit nicht durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalles bzw. der Verletzung erzwungen, sondern durch davon unabhängige Umstände.



Foto: Pixabay

Mindestens eine halbe Stunde lang muss der Arzt beim Patienten verweilen, ohne ärztliche Leistungen zu erbringen, damit er die Ziffern 56 bzw. 57 abrechnen kann



**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

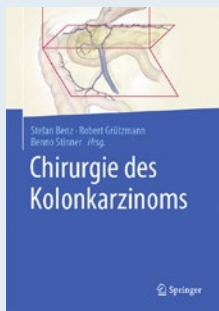


## Wir brauchen Ihre Solidarität und Ihre Stimme!

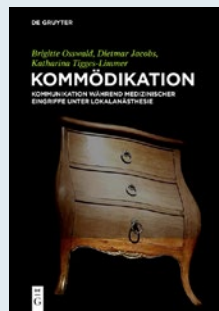
Als reine Vertretung für Sie als niedergelassener oder angestellter Chirurg in MVZ, BAG und Einzelpraxen sollten Sie jetzt beitreten.

## Ein Beitrittsformular finden Sie auf Seite 45.

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



**Benz S. et al.: Chirurgie des Kolonkarzinoms.**  
Berlin: Springer Verlag, 2021.  
513 Seiten, gebunden, 84,99 Euro



**Osswald B. et al.: Kommödikation.**  
Berlin: DeGruyter Verlag, 2022.  
110 Seiten, kartoniert, 59,99 Euro



**Dohle J und S Rammelt. (Hg.): Fuß und Sprunggelenk.**  
Stuttgart: Thieme Verlag, 2021.  
536 Seiten, gebunden, 199,99 Euro



**Rammelt S (Hg.): Fuß- und Sprunggelenkchirurgie – Das Kursbuch.** Stuttgart: Thieme Verlag, 2. überarbeitete Auflage 2021. 382 Seiten, gebunden, 129,99 Euro

## Chirurgie des Kolonkarzinoms

In den vergangenen drei Jahrzehnten lag der Fokus in der kolorektalen Tumorchirurgie auf dem Rektumkarzinom. Morbidität und Mortalität beim Kolonkarzinom hingegen wurden häufig unterschätzt. Vor diesem Hintergrund wollten die Herausgeber des vorliegenden Werks ein Lehrbuch schaffen, das sich ausschließlich auf die Therapie des Kolonkarzinoms fokussiert.

Dabei bleiben von der offenen Resektion über die laparoskopischen Operationen bis hin zur Robotik keine Aspekte offen. Patientenvorbereitung, perioperative Führung und der Gesamtkomplex der onkologischen Therapie in kurativer oder palliativer Intention finden umfassende Würdigung, ebenso wie technische Details und Tricks für den operativen Alltag. Hinweise zur technischen Fehlervermeidung, aber auch Entscheidungshilfen für Notfall und Komplikation sind eine praktische Hilfe für den Chirurgen.

Die vielen intraoperativen Bilder, aufwändigen Grafiken zu Therapiealgorithmen und chirurgischer Anatomie unterstützen das didaktische Konzept.

**Fazit:** Ein umfassendes und reich bebildertes Lehrbuch, das der Chirurgie des Kolonkarzinoms den Stellenwert verschafft, den sie aufgrund der Häufigkeit der Erkrankung und der Komplexität der Behandlung verdient.

## Kommödikation

Behandlungen und operative Eingriffe unter Lokalanästhesie werden meist von einer technisch dominierten Ansprache begleitet. Diese strahlt zwar fachliche Kompetenz aus, erscheint allerdings für den Patienten oft schwer verständlich und wenig persönlich.

Dabei stellt eine OP-Situation für die meisten Menschen eine physische wie emotionale Belastung dar, die durch empathische und auch humorvolle Kommunikation gelindert werden kann. In das vorliegende Büchlein sind das Wissen und die Erfahrung einer Herzchirurgin, eines Kabarettisten und einer Psychologin eingeflossen. Sie münden in einer praktischen Anleitung, den Patienten unter Lokalanästhesie zum Schmunzeln oder zum Lachen zu bringen. Hierzu gehören zum einen allgemeine patientenfreundliche Kommunikationsmuster, hypnokommunikative Techniken speziell in der Lokalanästhesie und bildhafte humorvolle Sätze und Formulierungen, die zur Entspannung beitragen und eine angstbesetzte Situation in ein Geschehen verwandeln können, das in positiver Erinnerung bleibt.

**Fazit:** Wer lacht, hat keine Angst. Und wer keine Angst hat, begegnet auch einer Erkrankung und deren Behandlung gestärkt und zuversichtlich.

## Fuß und Sprunggelenk

Füße sind komplexe Funktionseinheiten und werden im Alltag extrem beansprucht. Verletzungen, Überlastungen oder Alterserscheinungen können zu Funktionseinschränkungen und quälenden Schmerzen führen. Die Autoren des vorliegenden Werks bringen daher das aktuelle Wissen rund um die Fuß- und Sprunggelenkchirurgie auf den Punkt.

Inhaltliche Schwerpunkte bilden die spezielle chirurgische und funktionelle Anatomie, Indikationsstellung, spezialisierte Methodenkompetenz mit Meilen- und Stolpersteinen sowie Komplikationsmanagement, jeweils im Gesamtkontext der Begleiterkrankungen. Das in der Reihe ‚Expertise Orthopädie und Unfallchirurgie‘ erschienene Buch ist übersichtlich strukturiert und überzeugt unter anderem durch knapp 1.200 Abbildungen – von der anatomischen Darstellung über Algorithmen und Skizzen bis hin zu bildgebender Diagnostik. Der Inhalt des Buches steht Lesern zudem auch digital in der Wissensplattform eRef zur Verfügung (Zugangscode im Buch).

**Fazit:** Neben einer praktischen Hilfe im Operationssaal versteht sich das Werk auch als Anstoß für den Dialog mit der nächsten Ärztegeneration in Orthopädie und Unfallchirurgie.

## Fuß- und Sprunggelenkchirurgie – das Kursbuch

Die Fuß- und Sprunggelenkchirurgie stellt höchste Ansprüche an den Operateur. Das vorliegende Werk, das nun in seiner zweiten, vollständig überarbeiteten Auflage vorliegt, vermittelt das erforderliche Wissen, um in der Akuttraumatologie und der rekonstruktiven orthopädischen Chirurgie die Funktionalität des Fußes zu erhalten oder wiederherzustellen.

Das Buch eignet sich insbesondere für die Aus- und Weiterbildung und ist in seiner Struktur nach den acht Kursmodulen der Deutschen Assoziation Fuß und Sprunggelenk (D.A.F.) gegliedert, die 1998 ein entsprechendes Curriculum mit theoretischen und praktischen Inhalten aufgebaut hat, welches die gesamte Fuß- und Sprunggelenkchirurgie inklusive der konservativ-orthopädiotechnischen Versorgung umfasst. Fachlich werden operative Zugangswege, Vorfuß- und Sehnenchirurgie, Arthrodesetechniken, Traumatologie, rheumatischer und neuropathischer sowie Kinderfuß abgedeckt. Der Inhalt des Buches steht Lesern zudem auch digital in der Wissensplattform eRef zur Verfügung (Zugangscode im Buch).

**Fazit:** Die gesamte Fuß- und Sprunggelenkchirurgie als Nachschlagewerk für die Aus- und Weiterbildung in einem Band.



**Jilg W: Der Impfkurs.**  
Landsberg: Ecomed-Storck Verlag,  
5. überarbeitete und erweiterte Auflage  
2021. 265 Seiten, kartoniert, 34,99 Euro



**Bohnert M.: Grundwissen Rechtsmedizin.**  
München: UVK Verlag, 2021.  
284 Seiten, kartoniert, 24,90 Euro



**Hildebrandt H. und R Stupardt (Hg.): Zukunft Gesundheit.**  
Heidelberg: medhochzwei Verlag, 2021.  
563 Seiten, kartoniert, 69,99 Euro



**Yoo, SH: Pediatric Ophthalmology – Surgery and Procedures.**  
Stuttgart: Thieme Verlag, 2021.  
142 Seiten, gebunden, 134,99 Euro

## Der Impfkurs

Die stockende Impfkampagne zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie beherrscht die Schlagzeilen, nach der Schließung vieler Impfzentren sind mehr als zuvor nun vor allem vertragsärztliche Praxen gefordert.

Das vorliegende Büchlein richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die ihr Praxisspektrum um Schutzimpfungen erweitern möchten. In Teil 1 behandelt es die theoretischen Grundlagen des Impfens (Möglichkeiten der Immunprophylaxe, Wirkmechanismen, Herstellung von Impfstoffen). In Teil 2 geht es um die Impfpraxis (Impftechnik, Impfen bei bestimmten Risiken, Indikationen und Kontraindikationen, Nebenwirkungen), in Teil 3 werden dann die Impfungen selbst beschrieben (Standardimpfungen von Diphtherie bis Varizellen, Impfstoffe und Erreger, klinisches Bild, Epidemiologie, Therapie, Prophylaxe, Indikations- und Reiseimpfungen). Auch SARS-Cov-2 wird behandelt. Jedes Kapitel wird mit ausgewählten Fallbeispielen erschlossen.

**Fazit:** Wer bislang kein Impfarzt war, findet in diesem Buch alle wesentlichen Themen und Details, die beim Impfen zu wissen und beachten sind, komprimiert zusammengefasst – inklusive Covid-19-Impfung.

## Grundwissen Rechtsmedizin

Wie läuft eine Leichenschau ab? Wie werden aus medizinischen Befunden kriminalistische Spuren? Mit welcher Sicherheit lässt sich ein Tathergang rekonstruieren? In der Praxis sind die Übergänge vom reinen Medizinerwissen zur angewandten Kriminalistik und zu den benachbarten Naturwissenschaften fließend. In Zeiten zunehmender Spezialisierung erscheint die Rechtsmedizin gar als eines der wenigen verbleibenden integrativen Fächer.

Die Besonderheiten dieses Fachs zeigt der Autor in dem vorliegenden Buch auf und führt in die Untersuchung von Todesfällen ein. Er erklärt die verschiedenen Untersuchungsmethoden sowie Wissenswertes zur Thanatologie und medizinischen Kriminalistik. Ausführlich beschreibt er die unterschiedlichen Verletzungsarten und ihre Merkmale. Ein Kapitel zu den forensischen Wissenschaften rundet diese Einführung ab. Das Buch eignet sich nicht nur für Ärztinnen und Ärzte, sondern auch für Medizinstudierende, Juristinnen und Juristen sowie Fachleute aus der Kriminalistik. Es wird abgerundet durch ein Verzeichnis einschlägiger Gesetzestexte und Abkürzungen.

**Fazit:** Einblick in den Grenzbereich zwischen Kriminalistik, Medizin und benachbarte Wissenschaften, der kein ausführliches Lehrbuch ersetzt, aber durchaus Neugier auf ein vielseitiges Tätigkeitsfeld wecken kann.

## Zukunft Gesundheit

Seit langer Zeit orientiert sich die gesundheitliche Versorgung an einzelnen Sektoren. Es wird in Zukunft allerdings vermehrt darauf ankommen, einen konsequenten Schulterschluss all derjenigen zu organisieren, die sich regional vernetzen und patientenorientiert um Gesundheit und Krankheit kümmern. Als neues Ordnungselement entstehen so Gesundheitsregionen, die Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege integrativ steuern.

Beide Herausgeber des vorliegenden Bands können auf umfassende Erfahrungen mit der Integrierten Versorgung u. a. im Langzeitprojekt ‚Gesundes Kinzigtal‘ bauen. Ihre Perspektive wird ergänzt durch die weiterer Autorinnen und Autoren. Das Buch bündelt die Diskussion über die regionale Orientierung, Perspektiven für die professionell Beteiligten sowie für den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Auswirkungen auf Versicherte, Patientinnen und Patienten sowie die Bürgerinnen und Bürger in den Regionen.

**Fazit:** Das Buch richtet sich nicht nur an Gesundheitspolitiker, sondern auch an all diejenigen, die in unserem bislang zu stark fraktionierten Gesundheitssystem Verantwortung tragen.

## Pediatric Ophthalmology – Surgery and Procedures

Kinder können von einer ganzen Reihe ophthalmologischer Dysfunktionen betroffen sein, von denen etliche chirurgische Interventionen erfordern. Das vorliegende englischsprachige Werk umfasst die häufigsten augenchirurgischen Eingriffe, die in der kinderophthalmologischen Praxis vorkommen.

Das Buch gliedert sich in sechs Abschnitte mit insgesamt 19 einheitlich gegliederten Kapiteln, die für den jeweiligen Eingriff Operationsziel, Indikationen und Kontraindikationen, präoperative Vorbereitung, OP-Planung, OP-Technik Schritt für Schritt mit dem entsprechenden Instrumentarium, Fallstricke, Komplikationen, postoperative Nachsorge sowie Tipps und Spezialkniffe beschreiben. Ein weiteres Kapitel vermittelt Empfehlungen für die Vorbereitung von Untersuchungen und Anästhesie, damit im Vorfeld der Operation alles Erforderliche greifbar und einsatzbereit ist.

Farbige Detailaufnahmen und Schemazeichnungen sowie Literaturlisten am Ende jedes Kapitels runden das Werk ab. Der Inhalt des Buches steht Lesern zudem auch digital in der Wissensplattform eRef zur Verfügung (Zugangscodes im Buch).

**Fazit:** Eine aufschlussreiche Lektüre für operierende Ophthalmologen, die Kleinkinder, Kinder und Jugendliche behandeln.

**Wichtiger Hinweis!**

Bei Redaktionsschluss war noch nicht vollständig absehbar, ob einzelne Veranstaltungen infolge der Covid-19-Pandemie doch noch kurzfristig abgesagt oder verschoben werden müssen. Bitte informieren Sie sich im Vorfeld auf den angegebenen Websites. Wir bitten um Entschuldigung, sollten einzelne Terminhinweise wegen der aktuellen Lage bei Erscheinen dieser Ausgabe veraltet sein.

**Dezember 2021****2. 12. 2021, Online-Veranstaltung****„Was Sie schon immer über Akutschmerztherapie wissen wollten, aber bisher nicht zu fragen wagten“**

Themen u. a.: Vermeidung und Behandlung akuter postoperativer Schmerzen, Prinzipien der Schmerzerfassung, medikamentöse und regionalanalgetische Behandlungsansätze, pharmakologische Grundlagen, prozeduren-spezifische Therapiealgorithmen, Organisation eines Akutschmerzdienstes, aktuelle Leitlinien

Information und Anmeldung:

Vereinigung Norddeutscher Chirurgen e. V., c/o CSI Hamburg GmbH  
Goernestr. 30, 20249 Hamburg, Tel.: 040 30770300, info@ndch-akademie.de  
www.ndch-akademie.de

**2.–3. 12. 2021, Nürnberg / Hybrid-Kongress****4. Nürnberger Wundkongress**

Themen u. a.: Wundinfektionen, Kompressionstherapie, Unterdruckwundtherapie, Digitalisierung in der Wundtherapie, diabetisches Fußsyndrom, parastomale Wunden, chronische Wunden und Schmerz, Defektdeckung nach Wunden, Interdisziplinarität, Wunddokumentation, Hochenergiewunden

Information und Anmeldung:

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Jana Görls  
Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Tel.: 03641 3116-345, Fax: 03641 3116-243  
jana.goerls@conventus.de, www.wuko2021.de

**3.–4. 12. 2021, München****29. Internationales Symposium für Fußchirurgie****Jahreskongress der Gesellschaft für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie (GFFC)**

Themen u. a.: Kindliche Fußdeformitäten, minimal invasive vs. offene Vorfußchirurgie, Trauma an Vor- und Rückfuß, neuropathischer Fuß

Information und Anmeldung:

GFFC Akademie GmbH, Jutta Maushard, Gewerbegebiet 18, 82399 Raisting  
Tel.: 08807 9477337, Fax: 08807 9477338, jmaushard@gffc-akademie.de  
www.gffc-akademie.de

**4. 12. 2021, Online-Veranstaltung****Proktologie aktuell: Proktologisches Symposium Mecklenburg-Vorpommern**

Themen u. a.: Pathophysiologie des Hämorrhoidalleidens, Ursache und leitliniengerechte Behandlung der Analfissur, perianale dermatologische Veränderungen, Obstipation, der kranke Darm (gastroenterologische und komplementärmedizinische Behandlungsmöglichkeiten, Prävention)

Information und Anmeldung:

MCE – Medical Congresses & Events, Gabriele Sponholz  
Tannenring 52, 65207 Wiesbaden, Tel.: 0160 8459502, gs@mce.info  
www.kolo-mv.de

**10.–11. 12. 2021, Online-Veranstaltung****33. Norddeutsche Anästhesietage 2021 (NAT)**

Themen u. a.: Spezielle Risikoevaluation, Regionalanästhesie, perioperative Medizin, geburtsstillliche Anästhesie, Lunge und Beatmung, Kinderanästhesie, Akutschmerztherapie, Kommunikation in schwierigen Zeiten, Herausforderungen durch Pandemie und MANV

Information und Anmeldung:

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG  
Kongressabteilung NAT 2021 digital, Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg  
Tel.: 0911 39316-21, Fax: 0911 39316-78, nat@mcnag.info  
www.mcn-nuernberg.de/externeseiten/33\_nat

**14. 12. 2021, Online-Veranstaltung****Optimiertes perioperatives Management:****Akutschmerztherapie – Stellenwert neuroaxialer Blockaden**

Themen u. a.: Präoperative Risikoevaluation, Patientenvorbereitung, perioperatives Flüssigkeits- und Volumenmanagement, Akutschmerztherapie, perioperative Ernährung, evidenzbasierte Behandlung anhand von Kasuistiken

Information und Anmeldung:

Aesculap Akademie, Daniela Rank, Am Aesculap-Platz, 78532 Tuttlingen  
Tel.: 07461 95-1132, Fax: 07461 95-2050, daniela.rank@aesculap-akademie.de  
https://germany.aesculap-academy.com

**Januar 2022****13.–15. 1. 2022, Bochum****Basiskurs minimal invasive Kinderchirurgie**

Themen u. a.: Instrumente und Geräte, Orientierungsübungen im geschlossenen Pelvitainer, HF-Technik, Naht- und Knotentechnik, Lagerung und Ergonomie, praktische Übungen (Darmanastomose, Prüfung der Dichtigkeit), ausgewählte OP-Verfahren (Appendektomie, Pyloromyotomie, Herniotomie, Cholezystektomie, Bauchhoden, Fundoplikatio), Praxis am avitalen Hühnchenmodell und Ferkel-Blockmodell

Information und Anmeldung:

Aesculap Akademie, Kirsten Schulz  
Gesundheitscampus-Süd 11–13, 44801 Bochum, Tel.: 0234 902 181-17  
Fax: 0234 902 181-16, kirsten.schulz@aesculap-akademie.de  
https://germany.aesculap-academy.com

**21.–22. 1. 2022, Freiburg****Freiburger Knorpeltage 2022**

Themen u. a.: Gelenkerhalt, Traumatologie, Endoprothetik, Physiotherapie, Falldiskussionen

Information und Anmeldung:

Intercongress Freiburg, Julia Boll  
Ingeborg-Krummer-Schroth-Str. 30, 79106 Freiburg, Tel.: 0761 69699-27  
julia.boll@intercongress.de, https://freiburger-knorpeltage.de

**22. 1. 2022, Hannover****Workshop: Update Ultraschall in der Anästhesie**

Themen u. a.: Untersuchung der oberen Atemwege, des Magens und des Herzens, klassische Nervenblockade und Punktion von Gefäßen

Information und Anmeldung:

Aesculap Akademie, Nicole Hennig, Langenbeck-Virchow-Haus  
Luisenstraße 58–59, 10117 Berlin, Tel.: 030 516512-30  
Fax: 030 516512-99, nicole.hennig@aesculap-akademie.de  
https://germany.aesculap-academy.com

**22. 1. 2022, Heilbronn****7. Heilbronner Workshop-Seminar ‚Medizinische Hypnose‘**

Themen u. a.: Geschichte der Hypnose, Eigenschaften der hypnotischen Trance, häufige Irrtümer und Mythen, Möglichkeiten und Grenzen, Wirkungsweise auf unsere Wahrnehmung, Modulation von Schmerz, Physiologie und Neurophänomenologie, Besonderheiten der Hypnose bei Kindern, Anwendungsgebiete in der Medizin und konkrete Fallbeispiele aus dem klinischen Alltag

Information und Anmeldung:

ZAINS - Gesundbrunnen HN, Dr. Tatjana Hilker  
Am Gesundbrunnen 20–26, 74078 Heilbronn, Tel.: 07131 4930111  
tatjana.hilker@slk-kliniken.de, www.slk-kliniken.de/hypnose

**Februar 2022**

**4.–5. 2. 2022, Mannheim**

**Kurs Anorektale Sonographie**

Information und Anmeldung:

End- und Dickdarm-Zentrum Mannheim Bismarckplatz 1, 68165 Mannheim  
Tel.: 0621 123475-10, Fax: 0621 123475-12, mail@enddarm-zentrum.de  
www.enddarm-zentrum.de

**4.–5. 2. 2022, Rostock**

**6. Rostocker Seminar für praktische Fußchirurgie**

Themen u. a.: Aufbaukurs am Präparat (2. Zertifizierungsgrad)

Information und Anmeldung:

GFFC Akademie GmbH, Gewerbegebiet 18, 82399 Raisting  
Tel.: 08807 9477337 Fax: 08807 9477338, www.gffc-akademie.de

**7.–8. 2. 2022, Berlin/Hybrid-Kurs**

**Intensivkurs Kinderchirurgie: Fit für den Facharzt**

Themen u. a.: komprimierte Stoffsammlung für die anstehende Facharztprüfung in der Kinderchirurgie, interaktive Systeme und Fallpräsentationen, Generalprobe für die Facharztprüfung.

Information und Anmeldung:

Aesculap Akademie, Nadine Wichert, Langenbeck-Virchow-Haus  
Luisenstraße 58–59, 10117 Berlin, Tel.: 030 516512-50  
Fax: 030 516512-99, nadine.wichert@aesculap-akademie.de  
https://germany.aesculap-academy.com

**11.–12. 2. 2021, Nürnberg**

**Smart-Learning Kurs zum Erwerb der Qualifikation Hygienebeauftragter Arzt**

Nach dem Curriculum der Bundesärztekammer, Abschluss mit Zertifikat ‚Hygienebeauftragter Arzt‘. BNC- und BAO-Mitglieder erhalten 20% Rabatt auf die Kursgebühren!

Information und Anmeldung:

meduplus GmbH, Kurfürstendamm 21, 10719 Berlin, Tel.: 030 555792-550  
Fax: 030 555792-559, info@meduplus.de, www.meduplus.de

**17.–18. 2. 2022, Berlin**

**Basiskurs chirurgische Nahttechniken**

Themen u. a.: Korrektes Werfen eines chirurgischen Knotens, Hautverschluss-techniken, sicherer Sitz einer Ligatur, praxisnahe Übungen, Nadel- und Nahtmaterialkunde

Information und Anmeldung:

Aesculap Akademie, Nadine Wichert, Langenbeck-Virchow-Haus  
Luisenstraße 58–59, 10117 Berlin, Tel.: 030 516512-50  
Fax: 030 516512-99, nadine.wichert@aesculap-akademie.de  
https://germany.aesculap-academy.com

**18. 2. 2022, Berlin**

**29. Fortbildungsseminar Handchirurgie der DGH**

Themen u. a.: Handfehlbildungen bei Kindern, Daumen, häufigere Krankheitsbilder, Infektionen der Hand

Information und Anmeldung:

Intercongress Freiburg, Julia Boll  
Ingeborg-Krummer-Schroth-Str. 30, 79106 Freiburg, Tel.: 0761 69699-0  
info.freiburg@intercongress.de, https://handseminare-dgh.de

**25.–26. 2. 2022, Erlangen**

**1. Erlanger Expertenkurs Arthroskopie**

Themen u. a.: Arthroskopie an Sprunggelenk und Fuß

Information und Anmeldung:

GFFC Akademie GmbH, Jutta Maushard, Gewerbegebiet 18, 82399 Raisting  
Tel.: 08807 9477337, Fax: 08807 9477338, jmaushard@gffc-akademie.de  
www.gffc-akademie.de

**März 2022**

**6.–11. 3. 2022, Garmisch-Patenkirchen**

**Seminarkongress Anästhesiologie**

Themen u. a.: Anästhesie bei speziellen Patientengruppen, Intensivmedizin, Schmerz, Notfallmedizin, Fokus Lunge, Fokus Blut, Recht

Information und Anmeldung:

Lücke Kongresse GmbH, Postfach 17111, 29657 Walsrode, Tel.: 05161 789536  
info@luecke-kongresse.de, www.luecke-garmisch.de

**11.–12. 3. 2022, Köln**

**18. Hernientage**

Themen u. a.: Programm folgt in Kürze

Information und Anmeldung:

WEITMEER Veranstaltung & Management, Gartenstraße 1, 10115 Berlin  
Tel.: 0228 96919300, mehr@weitmeer-agentur.de, www.hernien-events.de

**17.–19. 3. 2022, München**

**48. Deutscher Koloproktologen-Kongress**

Themen u. a.: Leitlinien, methodenbezogenes Imaging, kolorektales Karzinom, anale Dermatosen und sexuell übertragbare Erkrankungen

Information und Anmeldung:

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Anne-Christine Veith  
Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg, Tel.: 0911 39316-16, Fax: 0911 39316-78  
veith@mcnag.info, www.koloproktologen-kongress.de/kontakt.php

**28.–30. 3. 2022, Tuttlingen**

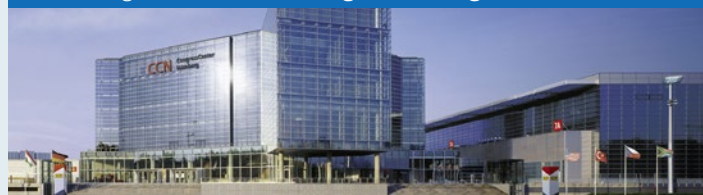
**Trainingskurs laparoskopische Gynäkologie**

Themen u. a.: Laparoskopische Naht- und Knotentechniken, Präparationstechniken (Lymphknoten-PE, Ureterdarstellung, Blasennaht etc.), praktische Übungen am offenen Modell sowie an Pelvitrainern und avitalen Tieren

Information und Anmeldung:

Aesculap Akademie, Tamara Braun, Am Aesculap-Platz, 78532 Tuttlingen  
Tel.: 07461 95-1582, Fax: 07461 95-2050, tamara.braun@aesculap-akademie.de  
https://germany.aesculap-academy.com

Schon angemeldet? **Bundeskongress Chirurgie 2022**



Vom **11. bis 12. Februar 2022** wird das Nürnberger Convention Center wieder ganz im Zeichen der ambulanten operativen Medizin stehen, nachdem der Kongress infolge der Corona-Pandemie 2021 abgesagt werden musste. Die Veranstalter planen den Kongress als Präsenzveranstaltung im bewährten Format – Programmschwerpunkte und organisatorische Details finden Sie auch in dem beigelegten Vorprogramm.

[www.bundeskongress-chirurgie.de](http://www.bundeskongress-chirurgie.de)

## Hernienchirurgie

# FEBS-AWS: Der neue europäische Facharzt für Hernienchirurgie

Eine institutionsbezogene Zertifizierung als Zentrum für Hernienchirurgie ist eine kostspielige Angelegenheit, zumal nach drei Jahren eine ebenso teure Re-Zertifizierung vorgesehen ist. Erheblich günstiger ist die neue personenbezogene und lebenslang gültige europäische UEMS-Zertifizierung als Hernienspezialist.

Von Dr. Ralph Lorenz

Über die Abteilung Chirurgie der europäischen Union der Fachärzte (UEMS) besteht seit 2020 für fachspezialisierte Chirurgen und Praxisinhaber eine Möglichkeit zur Zertifizierung als Europäischer Facharzt für Hernienchirurgie (Fellow of the European Board of Surgery – Abdominal Wall Surgery, FEBS-AWS). Diese Zertifizierung bietet die Chance einer individualisierten und lebenslang gültigen Qualifikation.

Diese personenbezogene Zertifizierung ergänzt die mit der Deutschen Herniengesellschaft (DHG) entwickelte zeitlich befristete und

institutionsbezogene Zertifizierung der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) mit Kompetenzzentren und Referenzzentren. Letztere Zertifizierungen sind mit Kosten von 5.000 Euro für Kompetenzzentren und 6.000 Euro für Referenzzentren sowie der Notwendigkeit der kostenpflichtigen Re-Zertifizierung in gleicher Höhe nach jeweils drei Jahren sehr kostspielig. Vor diesem Hintergrund fällt eine solche lebenslang gültige, europäische UEMS-Zertifizierung mit Kosten von 150 Euro für den Antrag und 450 Euro für die Prüfung erheblich günstiger aus.

Tabelle 1: **Nachzuweisende operative Erfahrungen auf dem Gebiet der Hernienchirurgie und deren Fallzahlanteile**

<b>Kategorie A: Leistenhernienchirurgie (50%-Regel)</b>	<b>n = 200</b>
1. Reparatur einer primären Leistenhernien in TAPP-, TEP-, Lichtenstein-, offener präperitonealer oder Shouldice-Technik	n = 125
2. Reparatur einer beidseitigen Leistenhernie	n = 20
3. Reparatur einer weiblichen Leistenhernie	n = 20
4. Reparatur eines Leistenhernien-Rezidivs	n = 20
5. Reparatur einer Skrotalhernie	n = 5
6. Notfallreparatur einer Leistenhernie	n = 5
7. Reparatur einer Leistenhernie nach vorangegangenen Eingriffen im unteren Bauchraum bzw. an der Hüfte	n = 5
<b>Kategorie B: Chirurgie primärer ventraler Hernien ± Rektusdiastasen (75 %-Regel)</b>	<b>n = 50</b>
1. Reparatur einer Nabelhernie mit offener Nahttechnik, offener Netztechnik oder laparoendoskopisch	n = 30
2. Reparatur einer epigastrischen Hernie mit offener Nahttechnik, offener Netztechnik oder laparoendoskopisch	n = 10
3. Reparatur einer Nabel- und epigastrischen Hernie mit offener Nahttechnik, offener Netztechnik oder laparoendoskopisch plus Reparatur der Rektusdiastase	n = 5
4. Notfallreparatur einer Nabel- und epigastrischen Hernie	n = 5
<b>Kategorie C: Chirurgie von Narben- und komplexen Hernien (100%-Regel)</b>	<b>n = 50</b>
1. Reparatur einer Narbenhernie in laparoskopischer IPOM-, offener Sublay-, offener Onlay- oder Komponentenseparation-Technik	n = 40
2. Reparatur einer Rezidiv-Narbenhernie in offener Netztechnik oder laparoskopischer Technik	n = 5
3. Notfallreparatur einer Narbenhernie	n = 3
4. Reparatur einer Parastomalhernie	n = 2



### Ehrendiplom ohne Prüfung

Während einer Übergangsfrist gibt es für bereits langjährig erfahrene Hernienchirurgen die Möglichkeit zur Erlangung eines Ehrendiploms ohne Prüfung (Honorary Diplomas), dessen einmalige Kosten sich auf 2.500 Euro bzw. bei mehr als fünfjähriger Mitgliedschaft in der Europäischen Herniengesellschaft auf 2.000 Euro belaufen. Einige deutsche Fachkollegen und Praxisinhaber haben diese Qualifikation zwischenzeitlich bereits erworben.

### Reguläres Antragsverfahren und Prüfung

Für die reguläre FEBS-AWS-Zertifizierung müssen von den Kandidaten folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- ▶ Eine seit mehr als zwei Jahren abgeschlossene Facharztweiterbildung für Allgemeine Chirurgie und/oder Viszeralchirurgie,
- ▶ Antrag mit UEMS-Formular einschließlich Bestätigungen der allgemein- und/oder viszeralchirurgischen Weiterbildung,
- ▶ Theoretische Kenntnisse, ggf. eine Auflistung der wissenschaftlichen Publikationen sowie ggf. eine Auflistung von Vorträgen auf nationalen oder internationalen Kongressen,
- ▶ Praktische operative Erfahrungen im in der nebenstehenden Tabelle genannten Spektrum.

Die operativen Erfahrungen teilen sich in die Kategorien A, B und C auf. In den unterschiedlichen Kategorien müssen unterschiedliche Fallzahl-Anteile vom Kandidaten persönlich erbracht werden: In Kategorie A 50%, in Kategorie B 75%, in Kategorie C 100%.

Nach Antragstellung und Zahlungseingang erfolgt die weitere Bearbeitung durch die UEMS. In einem zweiten Schritt erfolgt die Einladung zur Prüfung. Diese besteht aus einem schriftlichen Teil mit Multiple-Choice-Fragen (MCQ-Test mit mehr als 100 Fragen) sowie einem mündlichen Curriculum (OSCE-Test mit sechs Stationen à zehn Minuten). Es können im Rahmen der Prüfung maximal 600 Punkte erreicht werden. Für eine erfolgreiche Prüfung müssen 75% (450 Punkte) erreicht werden.

Die ersten Prüfungen zum Europäischen Facharzt für Abdominal Wall Surgery (FEBS-AWS) fanden im Rahmen des Kongresses der European Hernia Society (EHS) im Oktober 2021 in Kopenhagen statt (siehe Foto). Bisher werden die Prüfungen lediglich in englischer Sprache abgehalten, es ist jedoch angedacht, sie zukünftig auch in weiteren, beispielsweise auch der deutschen Sprache anzubieten. Alle näheren Informationen hierzu finden sich auf der entsprechenden Homepage der UEMS Surgery – Arbeitsgruppe Abdominal Wall Surgery.

Die von der DHG zusammen mit der BDC-Akademie entwickelte Hernienschule dient dabei gleichzeitig als stufenartige Vorbereitung. Die Hernienschule umfasst folgende Module:

### Dr. Ralph Lorenz

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



Foto: Lorenz

- ▶ Das dreitägige Basismodul HERNIE kompakt mit Anatomie, OP und Theorie ist besonders geeignet für chirurgische Weiterbildungsassistent:innen und junge Fachärzt:innen.
- ▶ Das eineinhalbtägige Aufbaumoduls HERNIE konkret für Fachärzt:innen soll die Kenntnisse über spezielle Operationstechniken vertiefen.
- ▶ Die eintägigen Seminare HERNIE komplex richten sich vor allem an alle fachspezialisierten Chirurg:innen und umfassen sowohl Videobeiträge als auch Falldarstellungen und theoretische Vorträge zu komplexen Hernien.
- ▶ Das vierte kostenfreie, rein digitale Modul HERNIE kontakt ist ein Zusatzmodul für alle an der Hernienchirurgie Interessierten und soll mit kontroversen, aktuellen und zeitlosen Themen eine spannende fachliche Diskussion anregen.

### Weitere Informationen und Links:

Hernienschule: [www.hernien-events.de](http://www.hernien-events.de)

Hernienschule des BDC: [www.bdc.de/bdcakademie/hernienschule/](http://www.bdc.de/bdcakademie/hernienschule/)

Buch: Lorenz, Stechemesser, Reinhold: **HERNIENSCHULE kompakt-konkret-komplex**, De Gruyter Verlag 2019, ISBN 9783110521580

Homepage der UEMS Surgery:

<https://uemssurg.org/working-groups/abdominal-wall-surgery>



Foto: Lorenz

Gruppenbild der 13 frisch geprüften FEBS-AWS-Chirurgen, die ihre Prüfungen in Kopenhagen während des EHS-Kongresses im Oktober 2021 in Kopenhagen absolviert haben

## Ambulantes Operieren

# Ultraschallgesteuerte Regionalanästhesie bei Eingriffen an der unteren Extremität

Sofern die Patienten und Patientinnen über das Verfahren umfassend aufgeklärt sind, werden die Verfahren gut angenommen. Dies gilt vor allem dann, wenn bereits eine gleichartige Operation in Vollnarkose mit opiatgestützter postoperativer Analgesie und allen damit verbundenen Unannehmlichkeiten durchgeführt wurde.

Von Dr. Guntram Fischer

In der Vergangenheit standen als sichere Verfahren zur intraoperativen Analgesie der unteren Extremität entweder die opiatgestützte Vollnarkose in Form einer Larynxmaske oder Intubationsnarkose sowie rückenmarksnahen Verfahren (Spinalanästhesie bzw. Epiduralanästhesie) zur Verfügung. Heute ermöglichen ultraschallgesteuerte periphere Regionalanästhesieverfahren eine Erweiterung des anästhesiologischen Spektrums.

Auch die Möglichkeiten der perioperativen Analgesie wurden um eine Variante erweitert. Die Spinalanästhesie erlebte beim Ambulanten Operieren aufgrund der Verfügbarkeit kurzwirksamer Substanzen wie Prilocain in Verbindung mit geringen Material- und Medikamentenkosten einen gewissen Aufschwung. Allerdings kann die substanzspezifisch begrenzte Wirkdauer bei unerwarteter Verlängerung der OP-Dauer zu einem Verfahrenswechsel auf eine Vollnarkose zwingen und bei kurzen Eingriffen der Aufwachraum blockiert werden. Postpunktionelle Kopfschmerzen bzw. ein postoperativer Harnverhalt sind im ambulanten Setting gefürchtet, auch wenn diese – dank des geringen Punktionstraumas mittels kleinlumiger Nadeln mit Pencil-Point Nadelspitzen und den kurzwirksamen Substanzen – selten sind.

### Das Prinzip der peripheren Regionalanästhesie

Das Lokalanästhetikum wird in die Nähe von Einzelnerven, Nervenstämmen oder Nervengeflechten injiziert, diffundiert von außen nach innen in den Nerv und führt elektrophysiologisch zu einer Blockade der spannungsabhängigen Natriumkanäle. Dies bedingt die Zeitdauer bis zum vollständigen Wirkungseintritt und (durch die Rückdiffusion aus dem Nerven) die Wirkdauer der Substanz.

Während bei der Nervenstimulationstechnik eine nicht unerhebliche (Teil-)Versagerate systemimmanent vorhanden ist, konnte die Trefferrate durch die Visualisierung der Zielstrukturen der Ausbreitung des Lokalanästhetikums um die Zielstruktur herum durch US-geführte Punktionen deutlich reduziert werden. Inzwischen gilt die US-gesteuerte Punktionstechnik als Goldstandard bei peripheren Nervenblockaden.

### Auswirkungen auf den Betriebsablauf

Bei entsprechender Übung der Ausführenden und optimierter Organisation der Abläufe kann der Workflow im ambulanten Setting deutlich erhöht werden. Die erfolgreiche Punktion gelingt nun schneller, und die substanzspezifische Anschlagszeit durch Diffusion in den Nerven definiert den Zeitpunkt der OP-Bereitschaft. Die intraoperative anästhesiologische Überwachung kann in unkomplizierten Fällen durch entsprechend geschultes Fachpersonal im Rahmen der fachärztlichen Delegation durchgeführt werden. Der postoperative Überwachungs- und Betreuungsaufwand im Aufwachraum lässt sich bei ausschließlichen peripheren Regionalanästhesien deutlich reduzieren. Mit digitaler Bilddokumentation kann auch mehr Rechtssicherheit im Fall von Schadenersatzansprüchen seitens der Patienten erreicht werden.

### Generelle Vorteile der Regionalanästhesie

- ▶ Auch bei Risikopatienten höherer ASA-Klassifikation möglich,
- ▶ Geringere Belastung des Herz-Kreislauf-Systems und der Atemwege im Vergleich zu Vollnarkosen,
- ▶ Postoperativ deutlich weniger Übelkeit und Erbrechen (PONV),
- ▶ Auch geeignet bei Patienten mit Angst vor Bewusstseinsverlust,
- ▶ Reduzierter postoperativer Überwachungsaufwand und damit deutliche Verkürzung der Aufwachraumzeiten.

### Zusätzliche Vorteile in Verbindung mit Ultraschall

- ▶ Schneller durch eindeutige Lokalisation der Zielstrukturen,
- ▶ Minimierung von Komplikationen, wie Gefäßpunktionen und systemische Intoxikationen,
- ▶ Unabhängigkeit von sehr variablen anatomischen Verhältnissen,
- ▶ Visualisierung von Punktion, Nadel und Ausbreitung des Lokalanästhetikums mit Korrekturmöglichkeit bei der Injektion (siehe Abb. 1),
- ▶ Detektion untypischer Nervenverläufe und sonstiger anatomischer Abweichungen,
- ▶ Steigerung der Erfolgsrate.

Das perioperative Monitoring unterscheidet sich nicht von dem bei Vollnarkosen, Spinal- und Regionalanästhesien. Eine entsprechende Notfallausrüstung, ein sicherer venöser Zugang und EKG, sowie Pulsoxymetrie (SpO<sub>2</sub>) sind obligat. Durch die zur Verfügung stehenden Substanzen können mittellangwirksame (Lidocain, Mepivacain, Prilocain) bis langwirksame (Bupivacain, Ropivacain) Substanzen für postoperative Analgesien genutzt und damit an die Dauer und die Stärke des zu erwartenden postoperativen Schmerzniveaus adaptiert werden. Dies kann den Patientenkomfort gerade im ambulanten Setting durch Vermeidung opiatbasierter Analgetika in der perioperativen Phase deutlich verbessern, sofern konkrete Verhaltensanweisungen für die Patienten (Notwendigkeit von Gehstöcken bei Femoralis- und Ischiadicus-Blockaden, Hochlagerung der analgesiarten Extremität zu Hause und rechtzeitige Einnahme von peripher wirksamen Analgetika vor Abklingen der Blockade sowie Rescue-Medication und telefonische Erreichbarkeit der Anästhesistin bzw. des Anästhesisten) gesichert sind.

Selbstverständlich sind die erforderlichen Rahmenbedingungen unter hygienischen Gesichtspunkten auch bei ultraschallgesteuerten Regionalanästhesien und die entsprechenden Leitlinien der Fachgesellschaften einzuhalten. Ein Nachteil der ultraschallgesteuerten Regionalanästhesieverfahren gegenüber der bisher eingesetzten Stimulationstechnik sind die erheblichen Investitionen in die Ultraschallgeräte, das notwendige Training der Hand-Augen-Koordination für mit der Methode Ungeübte und ein etwas höherer Materialbedarf in Form steriler Abdeckungen des Ultraschallkopfes sowie Ultraschallgel.

Benötigt werden als Grundausstattung ein mobiles Ultraschallgerät mit einer hochauflösenden linearen Ultraschallsonde im Frequenzbereich von 7 bis 12 MHz und das notwendige Verbrauchsmaterial.

### Eine Frage der Technik

Ob eine In-Plane oder Out-of-Plane Punktionstechnik angewandt wird, ist unter anderem von der Ausbildung der Ausführenden abhängig, wobei aufgrund der Sichtbarkeit der Kanüle während des gesamten Punktionsvorganges eine zusätzliche Sicherheit durch die In-Plane Technik vermutet werden kann. Die einfühlsame Patientenführung während der gesamten perioperativen Phase und die Information des OP-Teams und der Operateure über die Möglichkeiten und Grenzen des Verfahrens führt zu einem entspannten und sicheren OP-Erlebnis für die Patientinnen und Patienten sowie das gesamte Behandlungsteam.

Ein positiver Nebeneffekt ist, dass ein im ambulanten OP-Bereich vorgehaltenes Ultraschallgerät fachübergreifend nutzbar ist und zusätzlich im Bereich der Anästhesie

### Dr. Guntram Fischer

Facharzt für Anästhesiologie / MBA  
Fischer + Rauch  
Kompetenz im Gesundheitswesen  
Königstraße 1, 87435 Kempten  
Tel.: 0831 960758-0  
Fax: 0831 960758-88  
guntram.fischer@fischer-rauch.de  
www.fischer-rauch.de



Foto: Fischer

bei Patienten mit schwierigen Venenverhältnissen zu schnellen und atraumatischen Venenpunktionen beitragen kann.

### Periphere Blockaden als alleinige Anästhesieverfahren?

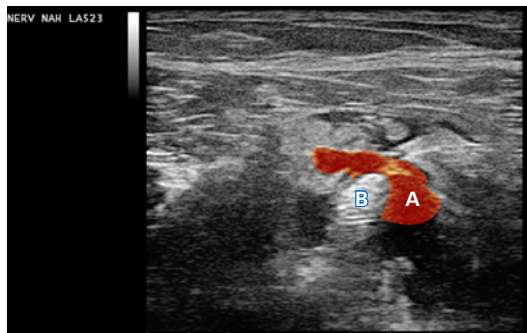
Gerade bei der Vorfußchirurgie, bei Osteosynthesen oder Metallentfernungen am Unterschenkel bzw. oberen Sprunggelenk kann der mittels Ultraschall durchgeführte distale Ischiadicus-Block (ggf. in Kombination mit dem Saphenus-Block) eingesetzt werden. Die Blutsperrung am Unterschenkel sorgt für ein blutarmes OP-Gebiet. Sollten noch Missempfindungen seitens des Patienten durch die Blutsperrung geäußert werden, kann mit einer sorgfältig titrierten Analgo-Sedierung suffiziente Abhilfe geschaffen werden.

### Kombination mit Vollnarkosen

Diese bieten sich an der unteren Extremität besonders bei größeren Eingriffen im Bereich des Knies an, beispielsweise die zusätzliche inguinale Blockade des N. femoralis bei Operationen des vorderen Kreuzbandes, ggf. in Kombination mit einem distalen Ischiadicus-Block bei Umstellungsosteotomien am Unterschenkel.

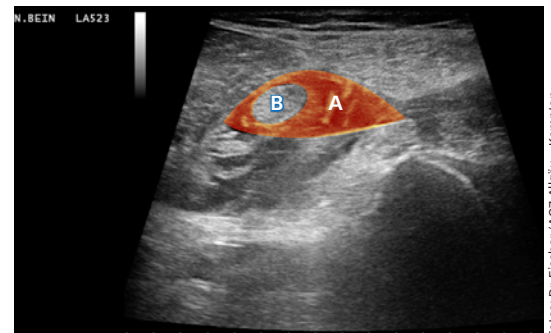
### Neuronale Versorgung der unteren Extremität

Während der Nervus femoralis sowie der N. cutaneus femoris lateralis sowie der N. obturatorius dem Plexus lumbalis und somit den Rückenmarkssegmenten L1 bis L4 entspringen, ist der Plexus sacralis (L5 bis S3) für die von ihm ausgehenden Beinerven (N. ischiadicus mit seinen Abzweigungen N. peroneus und N. tibialis) sowie N. cutaneus



A: Ausbreitung Lokalanästhetikum B: N. ischiadicus

Abb. 1: Ausbreitung des Lokalanästhetikums im Ultraschallbild nach Applikation im Bereich des distalen N. ischiadicus



A: Ausbreitung Lokalanästhetikum B: N. ischiadicus

Abb. 2: Ultraschallgesteuerte Blockade des distalen N. Ischiadicus in In-Plane Technik mit sichtbarer Ausbreitung des Lokalanästhetikums

Fotos: Dr. Fischer/ACQ Allgäu – Kempten



Foto: Dr. Fischer / Orthozentrum Offenburg

**Abb. 3:** Arthrodesis Großzehen-Grundgelenk links mit distalem Ischiadicus-Block – OP-Situs. Blutsperrung (abgedeckt) am distalen Unterschenkel

femoris relevant. Um eine komplette Analgesie der unteren Extremität zu erzielen, ist demnach die Blockade folgender Nerven (möglichst proximal) notwendig:

- ▶ N. femoralis,
- ▶ N. cutaneus femoris lateralis,
- ▶ N. obturatorius,
- ▶ N. ischiadicus,
- ▶ N. cutaneus femoris posterior.

Aufgrund dieser Kenntnisse kann auf das OP-Gebiet bezogen analgesiert werden, wobei natürlich auch die Platzierung einer eventuell notwendigen Blutsperrung berücksichtigt werden muss.

### Was tun, wenn die Blockade nicht ‚sitzt‘?

Trotz einer fachgerecht ausgeführten ultraschallgesteuerten Regionalanästhesie können in seltenen Fällen noch Schmerzwahrnehmungen im OP-Gebiet auftreten. Hier empfiehlt sich ein abgestuftes Verfahren, welches mit einem Pinzetten-Kneiftest durch den Operateur vor dem Hautschnitt beginnt: Bei noch vorhandener Schmerzwahrnehmung kann die Gabe einer niedrigdosierten Analgosedierung (Midazolam/Propofol in Kombination mit Alfentanil) eine gute OP-Toleranz ermöglichen. Nur selten ist eine zusätzliche Lokalanästhesie des OP-Gebietes oder gar der Umstieg auf eine Vollnarkose notwendig.

Bei aller Begeisterung für Regionalanästhesieverfahren sollten daher immer die Vorbereitungen für einen Verfahrenswechsel, d. h.

Umstieg auf eine Vollnarkose (Maske, Larynxmaske), getroffen sein. Das verwendete Lokalanästhetikum richtet sich nach der gewünschten Blockadedauer: Für kurze Eingriffe, die hauptsächlich die Weichteile betreffen, sind mittellangwirksame Substanzen wie Mepivacain und Scandicain sinnvoll. Eingriffe mit Verletzungen des Periosts und Osteosynthesen, wie sie für Vorfußkorrekturen oder Umstellungsosteotomien typisch sind, profitieren von länger wirksamen Substanzen wie Ropivacain (vergleiche Tabelle 1). Dies ermöglicht Blockadedauern bis zu 24 Stunden, die den Einsatz von peripheren Regionalanästhesie-Katheterverfahren erübrigen können.

Zertifizierte Möglichkeiten zum Erwerb der Fähigkeiten ultraschallgesteuerter Regionalanästhesien bieten die Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) wie auch die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (DGAI) mit dem Seminar ‚Anästhesie-Focussierte Sonographie, Modul 3 – Neurosonographie‘. Zudem ist der Autor gerne bereit, interessierte Kolleginnen und Kollegen auch das ‚Drumherum‘ und im kollegialen Austausch Tricks und Kniffe zu vermitteln oder auch in der Praxis unterstützend bei der Einführung dieser Verfahren zu begleiten.

### Abrechnung ultraschallgesteuerter Regionalanästhesien

**EBM:** Leider findet der investive Mehraufwand im EBM keine Berücksichtigung, sodass es weder eine Zuschlagsziffer für ultraschallgesteuerte Nervenblockaden, noch eine Berücksichtigung im qualitätsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) für diese Kompetenzen gibt.

**GOÄ:** Für die Privatabrechnung nach GOÄ bieten sich die Ziffer 410 und die 401 als Zuschlagsziffer (mit entsprechender Begründung) an.

### Patientenzufriedenheit

Aus meiner langjährigen Erfahrungen mit sowohl mittels Nervenstimulation wie auch ultraschallgesteuerter Nervenblockaden ergibt sich ein überaus positives Fazit. Sofern Patientinnen und Patienten über das Verfahren umfassend aufgeklärt sind, werden Regionalanästhesieverfahren auch gut angenommen. Vor allem in Fällen, bei denen bereits eine gleichartige Operation in Vollnarkose mit opiatgestützter postoperativer Analgesie durchgeführt wurde, schätzen diese den optimalen postoperativen Analgesiekomfort. Auch die Angst vor dem Bewusstseinsverlust kann genommen werden.

In vielen Fällen ist eine milde Sedierung mit geringen Dosen von Midazolam oder Propofol vor Anlage der peripheren Regionalanästhesie völlig ausreichend, um auch etwas aufgeregte Patienten in ein emotional entspanntes Setting zu überführen. Fingerspitzengefühl im Umgang mit Kindern oder behinderten Menschen und eine entspannte, ruhige sowie Professionalität ausstrahlende Atmosphäre im gesamten perioperativen Setting tragen wesentlich zum Erfolg und zum positiven Erleben durch die Patienten bei.

Auch hochbetagte Menschen oder Patienten mit höheren ASA-Einstufungen profitieren davon, dass die den Herz-Kreislauf und die Atmung beeinflussende Vollnarkose und die damit verbundene Reorientierung in der Aufwachraumphase entfallen. ◀

Tabelle 1: **Substanzen, Konzentrationen, Anschlagzeiten und Wirkdauern bei peripheren Regionalanästhesien\***

Substanz	Konzentration [%]	Volumen [ml]	Anschlagzeit [min]	Wirkdauer [min]
Lidocain	1,0–1,2	30–50	10–20	120–240
Prilocain	1,0–2,0	30–50	10–20	180–300
Mepivacain	1,0–2,0	30–50	10–20	180–300
Bupivacain	0,25–0,5	30–50	15–30	360–720
Ropivacain	0,5–1,0	15–30	15–30	360–720

\*Eigene Darstellung nach Larsen

Bitte einsenden an den

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

per Mail an [info@bncev.de](mailto:info@bncev.de)  
oder faxen an: 04532 2687561

Dieses Beitrittsformular finden Sie auch  
auf der Internetseite des BNC unter  
[www.tinyurl.com/bnc-beitrittsformular](http://www.tinyurl.com/bnc-beitrittsformular)



oder indem Sie diesen QR-Code scannen.

**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 Chirurgensuche auf der Homepage [www.bncev.de](http://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.

## Fußchirurgie

# Lapidus-Arthrodese: Ein Rückblick auf 17 Jahre Erfahrung mit der Technik

Im Verlauf von gut 2.000 Eingriffen hat in der Chirurgischen Praxis Walsrode die Lapidus-Arthrodese die zuvor favorisierten Vorfuß-Osteotomien nach und nach komplett verdrängt. Für die Technik spricht neben der besseren postoperativen Mobilität auch die geringere Rate an Transfer-Metatarsalgien und Rezidiven.

Von Dr. Gerd-Dieter von Koschitzky

Im Rahmen der allgemeinchirurgischen und unfallchirurgischen Weiterbildung erlernte ich in meiner Krankenhaustätigkeit bis 1988 auch die Operation nach Brandes, die seinerzeit Standard für die Korrektur ausgeprägter Fehlstellungen am Vorfuß war. Als niedergelassener Chirurg und Sportmediziner in einem kleinen Ort, in dem man alle seine operierten Patienten irgendwann einmal wieder auf der Straße trifft, erschien mir die Operation für jüngere Patient:innen allerdings inakzeptabel. Daher führte ich sie nur bei Patient:innen über 60 Jahre durch (was ich aus heutiger Sicht natürlich nicht mehr tun würde).

Gleichzeitig suchte ich nach anderen Methoden. Ich beschäftigte mich intensiv mit der von Prof. Peter Bösch publizierten Methode der minimal invasiven Stellungskorrektur mit perkutaner passagerer Kirschner-Draht-Fixierung [1] und führte sie ab 1995 in meiner Praxis durch, mit relativ guten Erfolgen – auch wenn der Grad der Korrektur und besonders die Plantarisierung nicht exakt steuerbar waren, sodass infolge der verbleibenden Instabilität keine gesicherte Lastaufnahme über den 1. Strahl gewährleistet werden konnte, woraus in einigen Fällen Metatarsalgien resultierten.

Mitte der 1990er Jahre wurde über die subkapitalen Osteotomien nach Chevron und Scarf in allen ihren Varianten berichtet [2]. Diese Eingriffe, sehr viel exakter in der Neuorientierung des Mittelfußkopfes als die Bösch-Osteotomie, wurden dann Standard-Versorgung in unserer Praxis. Nachteile sind allerdings die häufigen Beeinträchtigungen der Durchblutung des Mittelfußknochens (MFK), die begrenzte Lateralisierbarkeit des Kopfes, die insuffiziente Plantarisierbarkeit des Kopfes und die Persistenz der Insuffizienz des 1. Strahls.

Ab 2004 begann ich, bei Fällen mit ausgeprägter Instabilität und großem Intermetatarsalwinkel 1/2 (siehe Abb. 1a+b) die Lapidus-Arthrodese einzusetzen, zunächst nach Prof. Ernst Orthner mit dorsaler Stufenplatte. Seit 2010, nach einer Hospitation bei Dr. Paul Simons, setze ich plantare Platten ein, die eine Korrektur der Stellung des 1. Strahls in allen drei Ebenen ermöglichen. Die entstandene Verkürzung kann immer durch ausreichende Plantarisierung kompensiert werden. Bei voroperierten und daher schon vorverkürzten MFK 1 kann problemlos

ein Spongiosablock eingesetzt werden. Neben einer Korrektur der Fehlstellung und funktionellen Problematik im Großzehengrundgelenk ist auch eine Stabilisierung des gesamten medialen Fußes möglich, der die Hauptlast beim Gehen in der Propulsionsphase aufnehmen muss. Ist der 1. Strahl in seiner Position optimiert und stabilisiert, verschwinden Überlastungsprobleme am 2. bis 4. Strahl von selbst oder lassen sich durch relativ kleine Eingriffe sicher korrigieren.

Daher hat die Lapidus-Arthrodese in unserer Praxis die Vorfuß-Osteotomien nach und nach komplett verdrängt. Mit ihr behandelte Patient:innen wurden deutlich besser sportfähig als nach Vorfuß-Osteotomien, haben praktisch keine Transfer-Metatarsalgien und keine Rezidive. Unsere Überlegungen wurden durch die Erkenntnisse in dem Buch des Dr. Hilarie Jacob aus der Schweiz von 1998 [3] bestätigt.

## Systematik und Grundsätzliches zur Operation

Bei der Lapidus-Arthrodese gehen wir nacheinander zwei Zielgebiete an: **A) Das Grundgelenk der 1. Zehe.** Es müssen Fehlstellungen der Sesambeine und des Grundglieds im Grundgelenk korrigiert, störende Knochenvorsprünge beseitigt, Gelenkdefekte angefrischt oder bei ausgeprägter Arthrose auch reseziert werden. Es sind die Folgen der Fehlstellung oder Instabilität, die beseitigt werden müssen. **B) Das Tarsometatarsalgelenk (TMT) 1,** die Ursache der Probleme. Hier erfolgt



Abb. 1a+b: Ausgangsbefund nach 40 Jahren Hallux valgus

die Neuorientierung und Stabilisierung des MFK1 durch die Lapidus-Arthrodesese selbst. Diese setzt sich technisch aus sechs wesentlichen Schritten zusammen:

1. Mobilisation des MFK1 im TMT1,
2. Reposition MFK1 horizontal zur Fußwurzel,
3. Reposition MFK1 vertikal/sagittal zur Fußwurzel,
4. Entknorpelung und Schaffung paralleler Arthrodeseflächen in Repositionsstellung,
5. Zwischenfixierung zur Arthrodesese-Vorbereitung und Kontrolle des Ergebnisses,
6. Belastungsstabile Osteosynthese.

### Narkose und Lagerung

Üblich sind Vollnarkose und Blutleere, aber auch Spinalanästhesie, iv. Regionalanästhesie und Blutsperre sind möglich. 30 Minuten vor der Blutleere erfolgt der Single Shot eines Antibiotikums. In der Regel kommt kein Bildverstärker zum Einsatz. Ideal ist eine Position in Rückenlage mit niedriger Knierolle und – je nach Außenrotationsstellung der Hüfte – Beckenunterpolsterung, um einen stabil gelagerten Fuß in etwa 15° Außenrotation zu bekommen. Der Eingriff wird den Hygieneregeln entsprechend ausschließlich in einem für Knocheneingriffe zugelassenem OP durchgeführt und erst nach den Team-Time-Out-Regeln und Dokumentation begonnen.

### Hautschnitt und Weichteilpräparation

Der Schnitt wird zwischen Felder- und Leistenhaut medial dorsal der planto-medialen Muskelloge durchgeführt, zunächst am Grundgelenk, dann über dem TMT1-Gelenk und schließlich die Verbindung zwischen beiden. Die Kapsel am Grundgelenk wird plantomedial parallel zur Abduktor-Sehne eröffnet. Die Sehne darf sichtbar sein, sollte aber nicht verletzt werden. Das laterale Release führe ich von plantar mit einem Rundraspatorium durch: stufenweise, und nur so weit, bis sich Sesambeine und Grundglied spannungsfrei reponieren lassen.

Am TMT1 wird die Kapsel über einen Längsschnitt eröffnet, parallel zur Sehne des Extensor hallucis longus (EHL). Auf dem Keilbein zwischen EHL und der Tibialis posterior-Sehne. Unter dem EHL wird die

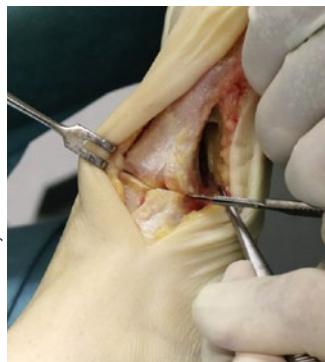


Abb. 2: Korrekte Mobilisation des TMT1 vor der Entknorpelung

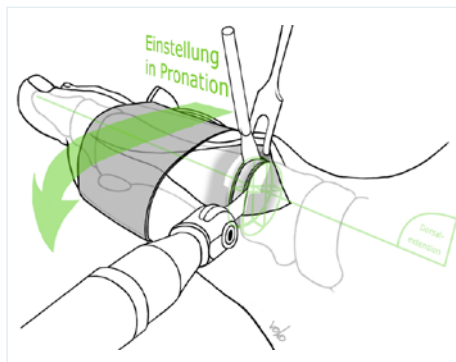


Abb. 3: Korrekte Reposition vor dem zweiten Entknorpelungsschritt

### Dr. Gerd-Dieter von Koschitzky

Facharzt für Allgemeinchirurgie, D-Arzt  
Vorstandsmitglied BAO,  
ehemaliges Vorstandsmitglied BNC  
Landesvorsitzender ANC Niedersachsen  
Moorstraße 78–80, 29664 Walsrode  
Tel.: 05161 73021  
drvoko2@gmail.com  
www.chirurgie-walsrode.de



Foto: von Koschitzky

Gelenkkapsel von MFK-Basis und vom Keilbein 1 en bloc mit den Weichteilen abpräpariert. Nach plantar erfolgt die Gelenkeröffnung zur Mobilisierbarkeit des MFK1 (**Arthrodesese-Schritt 1**) mit glattem Schnitt für eine gute Rekonstruierbarkeit der Kapsel. Nach ausreichender Mobilisation des MFK1 im TMT1 (siehe Abb. 2) erfolgt die horizontale Reposition (**Arthrodesese-Schritt 2**). Um diese zu halten, ist die Umwicklung des Vorfußes mit einer Silikon-Spange hilfreich (siehe Abb. 3).

### Entknorpelung

Das TMT1-Gelenk hat eine leichte S-Form. Die Begradigung und Schaffung zweier planer Arthrodeseflächen ermöglicht danach eine Plantarisierung des MFK, millimetergenau bis zu dem optimalen Funktionsergebnis im Grundgelenk der 1. Zehe und korrekter Lastaufnahme. Zur Kompensation der Verkürzung sind 3–4 mm Plantarisierung erforderlich, bei Hallux rigidus mit ausgeprägter Metatarsalgie oder Arthrose meistens 5–6 mm. Optimal geeignet ist für mich dafür die Entknorpelung mit der Oszillationssäge. Nach Reposition werden zwei exakt parallele Arthrodeseflächen geschaffen (siehe Abb. 3). Durch Verschraubung der Arthrodesese-Partner auf dieser in Reposition entstandenen Fläche wird das Repositionsergebnis gesichert.

Ich beginne mit der Basis des Mittelfußknochens, planto-medial unter Sicht, säge bei aufgeklapptem Gelenk, von hier schräg nach dorso-lateral. Hilfreich für das Aufklappen ist ein 1,5 mm Kirschner-Draht, lateral in das Gelenk gelegt. Nach zwei Drittel Durchtrennung des MFK wird die Parallelitäts-Lehre in den Sägespalt eingelegt (siehe Abb. 3), der 1,5-er Sperrdraht entfernt. Nun erfolgt die sagittale Reposition (**Arthrodesese-Schritt 3**) in Standard-Repositions-Stellung (0-Stellung

im Sprunggelenk, Pronation und ausreichend gespannter, horizontaler Reposition). Danach wird dosierter Druck von dorsal auf den MFK1 ausgeübt, um die sagittale Reposition zu erreichen (siehe Abb. 3). Diese Reposition vor dem zweiten Sägeschritt ist entscheidend für das Endergebnis. Sie muss beim Sägen gut gehalten werden! Jetzt wird exakt 4 mm proximal des ersten Schnittes im Keilbein der Knorpel reseziert (**Arthrodesese-Schritt 4**). Während der gesamten Arbeit mit der Säge gilt der Spruch: ‚Dampft die Säge, hat der Chirurg verloren!‘ Kochsalzspülung und Regulierung der Geschwindigkeit der Säge verhindern Hitzeschäden! Dann Komplettierung der Sägeschnitte, Bergung des gelösten Materials, Probereposition, ▶

gegebenenfalls Korrekturen an den Sägeflächen, Anfrischung der Arthrodeseflächen und Festlegung der gewünschten Plantarisierung des 1. Strahls (3–6 mm). Optimal ist in der Regel plantar das Keilbein mit dem Mittelfußknochen auf eine Ebene zu bringen.

### Zwischenfixierung (Arthrodese-Schritt 5)

Um die Plantarisierung millimetergenau zu halten, setze ich zur Abstützung dorsal am Keilbein einen 1,2 mm Kirschner-Draht ein. Vor der jetzt folgenden Zwischenfixierung wird der Fuß in die Standard-Repositionsstellung gebracht (0-Stellung im Sprunggelenk, Pronation und ausreichend gespannte horizontale Reposition). In dieser Position erfolgt die plantare Zwischenfixierung mit einem 1,5 mm Kirschner-Draht. Korrekt eingebracht, hält dieser Draht die Reposition ausreichend stabil für eine Entfernung aller Repositionshilfen und die funktionelle Überprüfung des Fußes (Funktion MTP1, Lastaufnahme der Mittelfußköpfe). Ein zweiter Kirschner-Draht mit 1,2 mm, von dorso-lateral eingebracht (parallel zur zukünftigen Zugschraube), sichert die Rotationsstabilität der Zwischenfixierung.

### Zugschraube (Arthrodese-Schritt 5a)

Jetzt wird 14–18 mm distal des Arthrodeseapaltes mit der Kugelfräse orthograde ein Kopfraum gefräst, um den Kopf der dorsalen Zugschraube gut versenken zu können und einen exakten Eintrittspunkt der Schraube zu gewährleisten (siehe Abb. 4). Danach hat es sich bewährt, den Führungsdraht für die Bohrung in Standard-Repositionsstellung transkutan durch eine 3 mm Stichinzision mit einem 1,5 mm Draht vorzubohren. Die Weichteile drängen einen sonst immer in eine suboptimale Richtung (optimal: in Standard-Repositionsstellung in

Richtung Innenknöchelspitze). Der 1,5 mm Draht wird wieder entfernt und durch den Führungsdraht der Fräse und des Bohrers extrakutan ersetzt. Über den Führungsdraht wird zunächst der Kopfraum für die Spongiosa-Schraube in die korrekte Richtung gefräst (siehe Abb. 4), danach bis zur Arthrodese mit dem 2,7 mm Hohlbohrer vorgebohrt. Ich verwende eine Zugschraube mit Spongiosa-Gewinde der Länge 36 mm. Bei Schuhgröße über 43 auch mal länger, bei Schuhgröße unter 38 auch mal kürzer. Der erste Zwischenfixierungsdraht (von plantar) sperrt jetzt und muss vor Anziehen der Spongiosa-Schraube entfernt werden.

### Plantare Platte (Arthrodese-Schritt 5b)

Mit stabiler Zugschraube können sämtliche Halte-Drähte entfernt und das Repositionsergebnis auf Funktion des Grundgelenkes, spontane Stellung der 1. Zehe und korrekte Lastverteilung im Vorfuß geprüft werden. Die jetzt folgenden Maßnahmen dienen der Belastungsstabilität der Arthrodese. Die Platte wird in die Muskelloge des M. abductors und flexor brevis platziert. Nach Fasziotomie lassen sich die Weichteile stumpf abschieben. Nach proximal liegt die Loge plantar des Ansatzes der Tibialis anterior Sehne. Durch die Platte wird die Sehne also nicht beeinträchtigt. Osteochondrotische Randzacken oder Vorwölbungen am Arthrodeseapalt werden mit der Oszillationssäge geglättet. Bei 4-Loch-Platten zähle ich die Schraubenlöcher von proximal nach distal in 1-2-3-4. Schraube 2 ist die Orientierungsschraube und wird als erste eingesetzt (siehe Abb. 5–7). Sie muss direkt proximal des Arthrodeseapaltes eingebracht werden (in Abb. 5–7 mit Kirschner-Draht markiert) und läuft schräg nach proximal-dorsal. Bei entsprechend konstruierter Platte ist damit gewährleistet, dass Schraube 1 nicht das NC-Gelenk erreicht und auf eine Bildwandler-Kontrolle verzichtet werden kann. Standardmäßig verwende ich 18 mm Schrauben im Keilbein und 16 mm Schrauben im MFK. Bei Schuhgröße unter 38 fallen die Schrauben dann jeweils 2 mm kleiner aus. Nach Verplattung ziehe ich grundsätzlich die Zugschraube nach, weil sie sich durch Manipulationen am MFK1 lockern kann. Der Überstand vom Keilbein zur Basis des MFK wird nur leicht entgratet, um dessen Stabilität nicht zu gefährden.

Standardmäßig verwende ich 18 mm Schrauben im Keilbein und 16 mm Schrauben im MFK. Bei Schuhgröße unter 38 fallen die Schrauben dann jeweils 2 mm kleiner aus. Nach Verplattung ziehe ich grundsätzlich die Zugschraube nach, weil sie sich durch Manipulationen am MFK1 lockern kann. Der Überstand vom Keilbein zur Basis des MFK wird nur leicht entgratet, um dessen Stabilität nicht zu gefährden.

### Optionale Stellschraube (Arthrodese-Schritt 5c)

Eine Stellschraube nach Orthner, zwischen MFK1 und 2 eingebracht, verringert die Hebelkräfte auf die Arthrodese erheblich. Nachteil: Eine Abweichung der Bohrung im Schaft des MFK2 um 2 mm nach dorsal oder plantar kann zum Brechen des Knochens führen. Daher ist eine Implantation unter Sicht erforderlich, um zielgenau den Führungsdraht für die Stellschraube einzubringen. Ich verwende eine 3,5 mm Schraube mit Unterlegscheibe und bohre mit 2,4 mm Hohlbohrer vor. Die Platzierung ist direkt subkaptal am MFK1 eingebracht und leicht nach proximal durch den Schaft des MFK2.



Abb. 4: Kopfraumfräsung für die Zugschraube



Abb. 6: Vorbohren für die erste Schraube exakt proximal des Arthrodeseapaltes

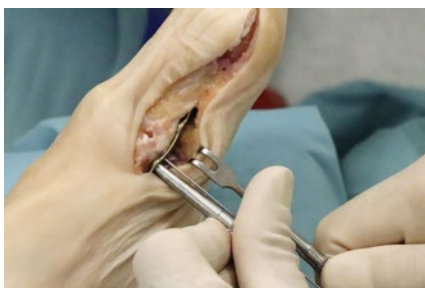


Abb. 5: Platzieren der Platte für die erste Schraube exakt proximal des Arthrodeseapaltes

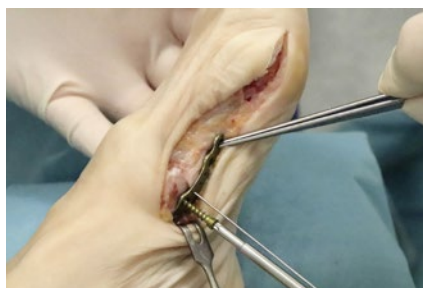


Abb. 7: Festziehen der ersten Schraube exakt proximal des Arthrodeseapaltes





Fotos: von Koschitzky

**Abb. 8 a + b:** Zustand 6 Monate postoperativ (nach 40 Jahren Hallux valgus, siehe Abb. 1a+b)

## Weichteilverschluss

Mit einem scharfen, unbenutzten Skalpell reseziere ich die Gelenkkapsel medio-plantar bis dicht an die Abduktorsehnen und kontrolliere vor der Naht, ob die Sesambeine in die korrekte Stellung gleiten. Dorsal ist meist nur eine Glättung der Kapselränder erforderlich. Für die Rekonstruktion der Kapsel von distal nach proximal verwende ich PDS-Nähte, deren langsame Resorption über drei Monate bis zur ausreichenden Stabilisierung des Bindegewebes die vorgesehene Stellung sichert. Die Muskelloge wird durch Einzelknopfnähte verschlossen. Eine subkutane Rekonstruktion der Faszien ist sinnvoll, um die Weichteildeckung über dem MFK zu sichern. Die Hautnaht erfolgt mit resorbierbarem Nahtmaterial (z. B. 4/0 Serapid, Vicryl Rapid oder Analoga).

## Verband und Entlassung

Schon im OP fixieren wir den sterilen Wundverband mit Verbandwatte. Damit vermeiden wir, dass in der Nachbehandlung Druckverbände gegen die Schwellung angelegt werden, welche die Gefahr von Wundheilungsstörungen erhöhen würden. Zur Blutstillung und nur im Aufwachraum wird darüber für zwei Stunden ein Druckverband angelegt. Dies ist nur möglich, weil bei uns intraoperativ vor Öffnen der Blutleere ein medialer Fußblock mit z. B. 0,5% Bupivacain durchgeführt wird. Noch vor Verlassen des Aufwachraums wird der Druckverband entfernt und vor dem ersten Aufstehen die Unterschenkel-Orthese angelegt. Erst nach Erfüllen der Entlassungsbedingungen des Aufwachraums (Kreislauf, Übelkeit, Vigilanz und Kognition) und gut überstandem Gang an Unterarm-Gehstützen ist die Entlassung möglich. Die Behandlung wird mit einer Röntgendokumentation abgeschlossen.

## Nachbehandlung

Der erste Verbandwechsel wird bei allen ambulanten Patienten in unserer Praxis durchgeführt, bei stationären Patienten werden sie am Entlassungstag einbestellt. Dabei wird ein Standardprogramm abgearbeitet. Es beinhaltet:

- ▶ Überprüfung des Schmerzbogens, den die Patienten mitbekommen, um die analgetische Nachbehandlung zu optimieren.

- ▶ Verbandwechsel, bei dem Patient:innen und Begleitpersonen mit einbezogen werden, sodass ein selbstständiger Verbandwechsel zuhause möglich wird.
- ▶ Zehen- und Sprunggelenksübungen mit schriftlicher Anleitung, zur häuslichen täglichen Wiederholung.
- ▶ Anziehen des Stiefels, Einbringen des Vakuums nach Anschmiegen des Fußes an der Vakuum-Sohle.
- ▶ Die meisten Patient:innen wollen den Fuß am Tag des 1. Verbandwechsels noch nicht belasten. Standübungen und Gehübungen mit zwei Unterarm-Gehstützen, dann einer Unterarm-Gehstütze auf der gesunden Seite geben das Vertrauen in den Fuß zurück.
- ▶ Thromboembolieprophylaxe nach entsprechenden Richtlinien.
- ▶ Überprüfung des Nachbehandlungskalenders (Röntgen nach 22 und 42 Tagen, Stellschraubenentfernung nach ca. 8 Wochen, Abschluss-, Sportfähigkeitsuntersuchung' mit Röntgen 6 Monate nach OP).
- ▶ Verordnung notwendiger Medikamente, AU-Bescheinigung etc.

99 Prozent der Patient:innen dürfen den Fuß ab dem ersten postoperativen Tag voll belasten, die meisten erreichen dies auch innerhalb der ersten Woche nach OP und können sich dann ohne Unterarm-Gehstützen in der Wohnung bewegen. Die Gehstrecke soll – je nach Schwellzustand und Beschwerden – allmählich im Laufe der ersten drei Wochen aufgebaut werden. In Ruhe muss Schmerzfreiheit innerhalb von drei Tagen erreicht werden. Andernfalls sollte Kontakt mit der Praxis aufgenommen werden: Wundprobleme müssen ausgeschlossen und ggf. die Dosierung der Analgetika erhöht werden, um ein CRPS-Syndrom zu verhindern. Notfalls müssen dafür auch Opiate eingesetzt werden, dies betrifft ca. 2–3% der Patient:innen. Nach sechs Wochen sollten keinerlei Analgetika oder Antiphlogistika mehr erforderlich sein. Ansonsten muss nach anderen Ursachen für die Schmerzen gesucht werden, etwa eine vertebrale, vorbestehende Fibromyalgie etc.

Nach etwa acht Wochen wird die Stellschraube entfernt. Die meisten Patient:innen bevorzugen dafür eine Vollnarkose, was den OP-Ablauf an vollen OP-Tagen flüssiger gestaltet. Bei Entfernung in Lokalanästhesie wird die Blutleere häufig nicht gut vertragen, die Infiltrationen oder Leitungsanästhesien verursachen erhebliche Beschwerden und benötigen Operateur-Zeit, die dafür sehr schlecht honoriert ist. Sechs Monate nach OP erfolgt die Abschlussuntersuchung, auch ‚Sportfähigkeitsuntersuchung‘ genannt. Bis zu dieser ist Lauf- und Sprungsport untersagt. Das Röntgenbild gibt durch den Mineralisierungsgrad und den Durchbau den Ausschlag für die ‚Sportfreigabe‘. Die Belastung darf grundsätzlich nur im schmerzfreien Bereich stufenweise aufgebaut werden.

## Auswertung

Im Januar 2019 habe ich für einen Vortrag beim Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg eine Auswertung aller bis dahin durchgeführten Lapidus-Arthrodesen durchgeführt. Sie umfasste knapp 2.000 Lapidus-Arthrodesen, durchgeführt von vier Operateuren. Die dokumentierten Komplikationen waren:

- ▶ Verzögerte Knochenheilung bis zu 8 Wochen (4,9%)
- ▶ Verzögerte Wundheilung, definiert als jede Wundrötung oder Sekretion > 1 Woche, Befragung in Verbindung mit der Röntgenkontrolle 3 Wochen nach OP. Auch die Verordnung von Antibiotika wurde als Wundheilungsstörung gewertet (3,8%). 99,8% der Betroffenen heilten nur mit Antibiotikagabe aus, bei den anderen Ausheilung nach Wund-Débridement. 10 Wochen postoperativ waren alle Wunden geschlossen.
- ▶ Verzögerte Knochenheilung nach > 6 Monaten (1,3%).
- ▶ Rearthrose wegen Pseudarthrose oder ‚Belastungsfehler mit Materiallockerung‘. Alle mit Spongiosa-Block stabil ausgeheilt (0,9%).
- ▶ Entlastung mit Unterarm-Gehstützen > 1 Woche wegen Osteoporose, neurologische Probleme oder fehlender Compliance (0,9%).
- ▶ Fraktur MFK2 an der Stellschraube, konservativ parallel zur Arthrodese geheilt (0,15%).
- ▶ Postoperative Ermüdungsfraktur MFK1, 10.–25. Woche postoperativ, alle konservativ geheilt (0,15%).
- ▶ Fraktur Cuneiforme 1, operativ mit Verschraubung an Cuneiforme 2 ausgeheilt (0,1%).

Zusätzlich zur Lapidus-Arthrodese erfolgten in derselben Sitzung folgende Operationen:

- ▶ Cheilektomien (16,3%).
- ▶ Pridie-Bohrungen MFK1 (12,0%).
- ▶ Resektionsarthroplastik nach Stainsby (11,0%).
- ▶ Hammerzehenkorrektur (10,7%).
- ▶ Spongiosaplastiken (3,3%).

- ▶ Aiken-Osteotomie (2,9%).
- ▶ Resektionsarthroplastik nach Valenti (2,4%).
- ▶ Mallet-Zehenkorrektur (1,6%).
- ▶ Reg Joint Gelenkersatz-Implantation (0,11%).

Wir führen Qualitätskontrollen nach drei bis sechs Monaten durch. Nicht alle Patient:innen erscheinen zur Abschlussuntersuchung, manche füllen den Fragebogen auch nicht aus. Die Patient:innen bewerten ihre Zufriedenheit mit ‚Schulnoten‘. In unserer Auswertung haben wir die Beurteilungen der Lapidus-Patient:innen von 2010 bis 2019 mit denen zwischen 2017 bis 2019 verglichen. Außerdem haben wir die Zufriedenheit der Lapidus-Patient:innen mit den anderen operativen Patient:innen unserer chirurgischen Praxis in Walsrode (CPW) verglichen (siehe Tabelle rechts). Wir wollten Verbesserungspotenzial finden, keine wissenschaftliche Untersuchung durchführen.

### Fazit nach 17 Jahren und über 2.000 Lapidus-Arthrodesen

Wir haben jede Art von Patient:innen versorgt: ängstliche Menschen, die nach sechs Wochen ihr Bein noch nicht wieder gewaschen hatten, keine Übungen gemacht und trotz angeordneter Vollbelastung weiter mit steifen Zehen an Unterarm-Gehstützen gingen. Aber auch jene, die nach 14 Tagen in Straßenschuhen zur Verlaufskontrolle kommen und fröhlich sagen: „Ich habe ja keine Schmerzen, und mit dem Stiefel kann ich nicht Auto fahren.“ Unabhängig von der Persönlichkeit, dem Charakter, den Begleitumständen oder der Lebenssituation der Patient:innen gilt: Hat man operiert, ist man für das Ergebnis verantwortlich. Patient:innenführung ist also eines der wichtigsten Themen

### Abrechnung Lapidus-Arthrodese: Eingriffsziele finden sich in den Arbeitsdiagnosen wieder

Die Abrechnung beginnt mit der Dokumentation. Die Lapidus-Arthrodese wird nie allein durchgeführt. Die Zielgebiete ‚Grundgelenk‘ und ‚TMT1-Gelenk‘ beschreibe ich im OP-Bericht schon beim Hautschnitt jeweils separat. Auch jede Schnitterweiterung, z. B. für das laterale Release oder Cheilektomie sollte erwähnt werden. Da der erste Blick eines Abrechnungsprüfers auf die Diagnosen fällt und die Diagnose Hallux valgus oft den Reflex ‚Vorfußosteotomie, alle anderen Ziffern sind nur Abrechnungsoptimierung!‘ auslöst, vermeide ich die Diagnose ‚Hallux valgus‘, die eher ein Symptom als die Beschreibung der Pathologie ist. Ich bevorzuge je nach Erkrankung daher: Metatarsus primus varus (M25.37); Laterale Subluxation Grundgelenk 1. Zehe (M25.3), Insuffizienter 1. Strahl (M25.37); Funktioneller Hallux rigidus (M20.2); Arthrose TMT1-Gelenk (M19.97); Arthrose MTP1-Gelenk (M19.97); Metatarsalgie (M77.4) (die häufig die Hauptbeschwerden macht!) usw.

Die einzelnen Eingriffsziele finden sich auch in den Arbeitsdiagnosen wieder. Wir schreiben z. B.: OP Laterales Release Grundgelenk 1. Zehe (5-851.1a); OP Cheilektomie MFK1 (5-788.00); OP Cheilektomie Basis Grundglied 1. Zehe (5-788.60); OP Pridie-Bohrungen mediales Sesambeingleitlager (5-780.1v, nicht im EBM); OP Laterales Release Grundgelenk 1 Zehe (5-788.60); OP Aiken-Osteotomie (5-788.56); OP Lapidus-Arthrodese mit plantarer Platte (5-808.a4); OP Resektionsarthroplastik nach Valenti (5-788.60) usw.

Bei stationärer Abrechnung benötigt man die entsprechenden EBM-Ziffern (auch diejenigen der allgemeinmedizinischen Nebendiagnosen) und OPS-Ziffern zum Gruppieren. Dadurch erhält man die DRG. Ich kenne das Verfahren von der Abrechnung über Sonderverträge wie Medical Networks und Micado, die zwar viel bürokratische Arbeit machen, aber KV-unabhängige und deutlich höhere Erlöse bringen als beim EBM, auch wenn nur 5 bis 10% unserer OP-Patienten in entsprechenden Krankenkassen versichert sind.

Unter EBM-Bedingungen ist die Operation extrabudgetär. Die Leistungsziffer Lapidus-Arthrodese beinhaltet alle für das Therapieziel erforderlichen Leistungen. Simultan abrechnen können wir im EBM nur Leistungen mit einem selbstständigen OP-Ziel und separatem Zugang oder Operationsweg. Für jede so entstandene Abrechnungsziffer fällt ein für die Abrechnung maximales relevantes Zeitkontingent an. Sinnvoll ist es, als erstes den am höchsten bewerteten Eingriff abzurechnen. Dieser geht voll in die Abrechnung ein, alle anderen nur noch mit der Simultangebühr. In unserem Fall ist die Lapidus-Arthrodese der Haupteingriff mit OPS-Code 5-808.a4, aus dem die Abrechnungsziffer EBM 31135 (Eingriffe an Knochen und Gelenken Kategorie D5) mit einem maximalen Zeitkontingent von 90 Minuten resultiert. Die Simultaneingriffe ‚Laterales Release‘ (5-788.60 Arthroplastik) und die ‚Stellschraubenimplantation‘ (5-809.2p Temp. Fixation Tarso-Metatarsal) wirken sich jede mit 30 Minuten aus. Damit haben wir maximal 150 Minuten abrechenbare Zeit. In der EBM-Abrechnung generieren die extrabudgetäre OP- und Aufwachraum-Leistungen einen Umsatz von 1.150 Euro, ohne Aufwachraum 990,02 Euro. Man sieht die Patient:innen über drei Quartale 7–10 Mal und kann entsprechend dreimal das Quartalsbudget ausschöpfen.

Unter GOÄ-Bedingungen erfolgt Einzelleistungsabrechnung (unter Beachtung der Kompatibilität). Am OP-Tag fallen bei uns an: 2029 ‚Blutleere‘; 2260 ‚Osteotomie kleiner Röhrenknochen‘; 445 ‚Ambulanter OP-Zuschlag‘; 2255 ‚Freie Spongiosaverpflanzung‘; 2072 ‚Sehnen/ Muskeldurchschneidung‘; 2075 ‚Sehnenraffung‘; 62 x3 ‚OP-Assistenz je 30 Minuten‘; 476 ‚Fußblock, postoperative Analgesie‘; 204 ‚passagerer Kompressionsverband‘; 210 ‚analog § 6.2GOÄ Orthese anlegen‘; 5020 ‚Röntgen‘; 448 ‚Aufwachraum‘. Da alle Vor- und Nachbehandlungstage ebenfalls mit Einzelleistungen eingehen, fallen für eine komplette Behandlung ca. 1.600 Euro ärztliche Leistungen und knapp 1.000 Euro Sachkosten an.

Tabelle: Zufriedenheit der Patient:innen mit Lapidus-Arthrodeese bzw. allgemein

Beurteilung	Lapidus (2010–2019)	Lapidus (2017–2019)	Alle OP im CPW (2017–2019)
Sehr gut	23,6%	25,7%	25,4%
Gut	50,6%	55,9%	55,3%
Befriedigend	17,5%	12,4%	14,0%
Ausreichend	5,2%	3,0%	3,7%
Mangelhaft	2,4%	2,5%	1,3%
Ungenügend	0,5%	0,5%	0,3%
Ausgefüllte Fragebögen	n = 1.175	n = 202	n = 5011

in der komplexen Fußchirurgie [4]. Dazu gehört die intensive präoperative Aufklärung, für die wir ein über 20-seitiges Aufklärungsheft einschließlich Indikationserläuterungen und Nachbehandlung nutzen. Am ersten postoperativen ambulanten Behandlungstag werden genaue schriftliche Anweisungen erläutert und mitgegeben, außerdem führen wir sämtliche Übungen (einschließlich Belastungsübungen) mit den Patient:innen durch und beteiligen sie am Verbandwechsel.

**Nach der Auswertung im Januar 2019 haben wir uns Gedanken gemacht, die über die statistische Auswertung hinausgehen:** Nach unserer Umstellung 2010 auf die plantare Platte mit dorsaler Zugschraube haben wir bessere Ergebnisse und keine Probleme mit mehr den Strecksehnen. Die dorsale Zugschraube hat erhebliche Vorteile: Sie wird nicht auf Zug belastet, und auch wenn sie wegen z.B. Osteoporose keine kräftige Kompression erzeugen kann, ist sie immer noch eine dorsale Führung und stabilisiert gegen Rotation des MFK.

Die plantare winkelstabile Platte hält die Zuglast gut. Elastische Platten passen sich besser an und sind für die plantare Ausrichtung der Reposition optimal geeignet. Ihre Schrauben lockern weniger aus, weil sie bei der durch das Gehen erzeugten Vibrationen mitfedern. Das minimiert die Scherkräfte, die zwischen den winkelstabilen Schrauben und dem Knochen beim Belasten entstehen. Wir haben für die Beurteilung den Vergleich einer Platte in starrer Ausführung und in elastischer Variante derselben Firma herangezogen. Die Stellschraube nach Orthner ist optional, gibt gute Stabilität, beruhigt dadurch den Operateur sehr und ermöglicht eine Vollbelastung nach 24 Stunden, auch bei mäßiger Osteoporose. Und die frühe Belastungsfähigkeit hat optimale Ergebnisse, weil die Patient:innen sowieso auftreten, ob man es ihnen nun empfiehlt oder nicht!

**Aus der Analyse unserer Komplikationen haben wir gelernt:** Wundheilungsstörungen traten besonders auf bei a) zu enger Orthese und Druck im Wundbereich, b) sekundär applizierten Druckverbänden durch Nachbehandler, c) Schnitt  $\geq 1$  cm plantar von der Felderhaut/Leistenhautgrenze, d) postoperativen Hämatomen. Diese Faktoren kann man beeinflussen oder behandeln. Fast immer lagen postoperativ über drei Tage Ruheschmerzen vor. Diese Patient:innen muss man sich ansehen!

Verzögerte Knochenheilung bedeutet Frustration auf beiden Seiten und verursacht viel Leid und Betreuungsarbeit. Wir haben daher das gesamte Team auf ‚hitzefreies Sägen‘ eingeschworen. Scharfe Sägeblätter sind selbstverständlich und müssen auch mal gewechselt werden, wenn man gegen einen Haken oder Kirschner-Draht gesägt hat. Wir verwenden quasi nur noch flexible Platten. Seit November 2019 haben wir keine verzögerte Knochenheilung über die 10. Woche hinaus registriert.

**Auch über die Technik der Entknorpelung haben wir nachgedacht:** Bei der Entknorpelung besteht zwar keine Gefahr eines Hitzeschadens durch Sägen. Aber die millimetergenaue Reposition mit Plantarisierung ist durch die unbegradigten S-förmigen Gelenkflächen des TMT1 schwierig. Ich bevorzuge mittlerweile die Abtragung des Knorpels mit der Oszillationssäge und Schaffung glatter Repositionsflächen. Auf den glatten Flächen lässt sich die Arthrodeese in jede Richtung exakt repositionieren. Außerdem können mit der Oszillationssäge beim Sägen die Flächen für die Ausrichtung des MFK1 im selben Arbeitsgang korrigiert werden. Schließlich ist die Entknorpelung mit der Oszillationssäge auch deutlich schneller als die Entknorpelung mit dem Raspatorium.

Unzufrieden mit ihren Ergebnissen sind besonders Patient:innen, deren Fußschmerzen andere Ursachen haben, etwa eine Fibromyalgie oder nicht radikal bedingte, vertebrale Schmerzen mit Periost-Empfindlichkeiten. Diese Menschen projizieren ihre Schmerzen nach der Operation in den OP-Bereich. Diese Schmerzursachen präoperativ zu erkennen ist nicht einfach, da die Patient:innen auf ihre Fehlform am Fuß fixiert sind und alle anderen Schmerzen präoperativ negieren.

Eine Altersbegrenzung sehe ich für die Lapidus-Arthrodeese nicht, bei höherem Alter aber viel weniger Indikationen. Voraussetzungen für eine Lapidus-Arthrodeese sind bei morphologisch korrekter Indikation sicherer Stand, koordiniertes Gangbild, ausreichend Sensibilität an den Füßen und Beschwerden, die den Eingriff rechtfertigen. Bei älteren Menschen stellt sich die Frage, welchen Belastungen der Fuß noch ausgesetzt ist. Andererseits sollte man rechtzeitig operieren, bevor eine OP in höherem Alter nicht mehr möglich ist und die Senioren mit Hilfsmitteln nicht mehr allein zurechtkommen. Dann ist eine schlechtere Gehfähigkeit im Alter auch eine vitale Gefährdung. Natürlich bleiben junge Menschen mit Leidensdruck bei deutlicher Instabilität die idealen Lapidus-Patient:innen. Sie werden auch wieder voll fußballfähig. Aber auch ältere Patient:innen berichten sehr zufrieden über das gute Gefühl beim Belasten eines aufgerichteten stabilen Fußes. Schließlich bin ich mit den Ergebnissen sehr zufrieden, weil die Transfer-Metatarsalgien aus unserem Patientengut verschwunden sind und wir auch fortgeschrittene Arthrosen gelenkerhaltend operieren können. ◀

Die obenstehende OP-Beschreibung ist eine Kurzfassung eines ausführlich bebilderten OP-Leitfadens, der insgesamt 54 Seiten umfasst und beim Autor angefordert werden kann.

Literatur

Zu den Literaturverweisen gelangen Sie online über den Kurzlink <https://tinyurl.com/9z42b3nm> bzw. indem Sie den nebenstehenden QR-Code scannen.





Leitlinien-  
gerechte Narben-  
therapie<sup>1</sup>



# Schön, wenn Narben optimal verheilen.

Für immer mehr Patienten ist es wichtig, dass Narben minimal sichtbar sind und sie ein selbstbewusstes Körpergefühl ohne Hemmungen haben. Unterstützen Sie die physiologische Narbenheilung und empfehlen Sie Ihren Patienten deshalb von Anfang an die Behandlung mit dem Narbenspezialisten Contractubex® – für eine minimale Sichtbarkeit der Narbe:

- **Leitliniengerechte Therapie<sup>1</sup>**
- **Dreifachwirkung:** beugt übermäßiger Narbenbildung vor, verbessert Elastizität und Weichheit, reduziert Rötung und Juckreiz
- **Überzeugende Ergebnisse in klinischen Untersuchungen<sup>2</sup>**

[www.contractubex.de](http://www.contractubex.de)  
[www.narbeninfo.de](http://www.narbeninfo.de)

Contractubex®. Der Narbenspezialist.

<sup>1</sup> Nast A, et al. German S2K guidelines for the therapy of pathological scars (hypertrophic scars and keloids). J Dtsch Dermatol Ges 2012;10:747–62.

<sup>2</sup> Willital GH, Simon J. Efficacy of Early Initiation of a Gel Containing Extractum Cepae, Heparin, and Allantoin for Scar Treatment: An Observational, Noninterventional Study of Daily Practice. J Drugs Dermatol 2013;12:38–42.

**Contractubex®. Gel. Zusammensetzung:** 100 g Gel enthalten: **Arzneilich wirksame Bestandteile:** 10,0 g Extr. Cepae; 5000 I.E. Heparin Natrium; 1,0 g Allantoin. **Sonstige Bestandteile:** Sorbinsäure (E200), Methyl-4-hydroxybenzoat (E218), Macrogol 200, Xanthangummi, Gereinigtes Wasser, Ethanol 1,34 g (1,34% w/w), Geruchsstoff mit Citronellol, Geraniol, Benzylalkohol, Citral und Linalool. **Anwendungsgebiete:** Hypertrophe, keloidförmige, bewegungs einschränkende u. optisch störende Narben nach Operationen, Amputationen, Verbrennungen u. Unfällen; Kontrakturen wie Dupuytren'sche Kontraktur u. traumat. Sehnenkontrakturen; Narbenschwundungen (atrophe Narben). Anwendung nach Wundschluss. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen d. Wirkstoffe Extr. Cepae, Heparin-Natrium od. Allantoin, gg. Methyl-4-hydroxybenzoat (Paraben), Citronellol, Geraniol, Benzylalkohol, Citral und Linalool od. einen d. sonst. Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Contractubex® wird auch i. d. Langzeitbehandl. im Allg. ausgezeichnet vertragen. Ein während d. Behandl. mit Contractubex® gelegentl. beobachteter Juckreiz ist Ausdruck der gewünschten geweblichen Umgestaltung d. Narbe. Ein Abbruch d. Therapie aus diesem Grunde ist i. d. R. nicht erforderlich. Die am häufigsten aufgetretenen Nebenwirk. waren lokale Reakt. am Ort d. Behandl. Folgende Nebenwirk. wurden beobachtet: Häufig (≥ 1/100 bis < 1/10): Pruritus, Erythem, Teleangiektasie, Narbenatrophie. Gelegentlich (≥ 1/1.000 bis < 1/100): Hyperpigmentierung d. Haut, Hautatrophie. Häufigkeit nicht bekannt: pustulöser Ausschlag, Überempfindlichkeit (allerg. Reaktion), Parästhesien, Kontaktdermatitis, Urtikaria, Ausschlag, Pruritus, Erythem, Hautreizung, Papel, Hautentzündung, brennendes Gefühl d. Haut, Spannungsgefühl d. Haut, Schwellung, Schmerzen a. d. Appl.-stelle, Hautschuppung im Bereich d. App.-stelle. Methyl-4-hydroxybenzoat kann Überempfindlichkeitsreaktionen, auch Spätreaktionen, hervorrufen. Citronellol, Geraniol, Benzylalkohol, Citral und Linalool können allergische Reaktionen hervorrufen. Weitere Informationen zu Nebenwirk. s. Fachinformation. Stand Mai 2021, Merz Pharmaceuticals GmbH, 60048 Frankfurt. Weitere Hinweise finden Sie in der Gebrauchs- bzw. Fachinformation.