

CHIRURGENMAGAZIN

BAO Depesche



BAO Bundesverband für
Ambulantes Operieren e.V.

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



Praxen vor dem Kollaps

Protest gegen die Lauterbach'sche Sparpolitik weitet sich aus

NARKA 2023

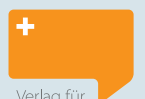
Wer entscheidet, wo ambulante Operationen durchgeführt werden?

Gesundheit und Ästhetik

Plastische und Wiederherstellungschirurgie nach bariatrischen Eingriffen

DHG-Hernientage 2023

Stichwort Leistenhernien: Was ist neu? Und worauf kommt es bei der Versorgung an?



Verlag für
Medizinkommunikation



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 27.

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

Inhalt

Berufspolitik

Leitartikel BNC

Praxiskollaps, Protesttage und andere Kampagnen

8

Leitartikel BAO

Ein weiteres Jahr unverfrorener Unterfinanzierung neigt sich dem Ende zu

11

Qualitätsmanagement

SENT: Wissenschaftlich evaluiertes Übergabeprotokoll ist nun am Start

14

Protestaktionen

„Wir haben alles viel zu lange einfach hingenommen!“

16

NARKA 2023

Wer entscheidet, wo ambulante Operationen durchgeführt werden?

20

Bundeskongress Chirurgie 2024

Ideale Plattform für den Dialog über alle drängenden Fragen unserer Fachgruppe

23

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

Medizinischer Notfall oder nicht? Vorgaben für Ersteinschätzung in Notfällen definiert

28

Aktuelles zum Arztrecht

Kooperationen mit Krankenhäusern vor dem Hintergrund der Klinikreform

30

Abrechnung

Auszüge aus dem neuen Kompendium ‚Der Kommentar zu EBM und GOÄ‘, Teil 12

32

Praxisteam

MFA wollen keine Almosen, sondern gerechte Entlohnung für ihre Leistungen!

35

Medizin

Gesundheit, Lebensqualität und Ästhetik

Plastische und Wiederherstellungschirurgie nach bariatrischen Eingriffen

42

Handchirurgie

Geeint in die Zukunft!
Die Weiterentwicklung der Handchirurgie

46

DHG-Hernientage 2023

Leistenhernien: Was ist neu? Und worauf kommt es an?

48

Verschiedenes

Editorial

Wo sind die Lichtblicke in diesen unruhigen Zeiten?

4

Impressum

Kontakt zu Herausgebern, Redaktion, Verlag, Grafik und Anzeigenabteilung

4

Nachrichten

Aktuelle Informationen aus Politik und Wissenschaft

5

Industrie

Nachrichten und Produktneuheiten unserer Partner aus der Industrie

37

Buchtipps

Aktuelle Neuerscheinungen für Chirurgen, Operateure und Anästhesisten

38

Termine

Kongresse, Seminare und Workshops für die fachärztliche Weiterbildung

40

Titelbild: iStock/kaarsten | Titelbildrecherche: Schelli

SC 5010 SEK Mobiler OP Stuhl

für

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



Kniehälter, elektrisch



Armtisch

Schulterzugang



Göpel Beinhalter



Schockposition



AKRUS GmbH & Co KG

Otto-Hahn-Str. 3 | 25337 Elmshorn

Phone: +49 4121 79 19 30

Fax +49 4121 79 19 39

info@akrus.de | www.akrus.de

Editorial

Wo sind die Lichtblicke in diesen unruhigen Zeiten?

Liebe Leserinnen und liebe Leser,

vielleicht geht es Ihnen ja ähnlich wie mir: Angesichts der aktuellen Nachrichtenlage, in der sich zum Krieg in der Ukraine, dem Klimawandel, dem Erstarren der AfD in immer mehr Bundesländern, dem allgegenwärtigen Innovationsstau und der steigenden Inflation nun auch noch ein neuer Krieg in Nahost gesellt hat, mag ich mich an vielen Tagen gar nicht mehr über das Tagesgeschehen informieren. Ich vermisse Lichtblicke und Geschichten, die Hoffnung machen.

Nun kann ich mir als Journalistin wohl kaum ein striktes Nachrichten-Fasten auferlegen. Doch auch in meinem Spezialgebiet, der Medizin und der Gesundheitspolitik, gibt es derzeit leider nicht allzu viele erfreuliche Meldungen. Hier fehlt es ebenfalls an echten Perspektiven, wie unser Land mit den Herausforderungen des demographischen Wandels, des steigenden Versorgungsbedarfs und des zunehmendem Fachkräftemangels umgehen könnte. Die vertragsärztlichen Praxen sind am Limit, Frust und Unmut machensich breit, die Bereitschaft zum Protest wächst (siehe Seite 16ff.). All dies nehme ich mittlerweile längst nicht mehr nur im beruflichen Kontext wahr, sondern auch persönlich, als Patientin bei meinen behandelnden Ärztinnen und Ärzten.

Ich würde mich deshalb freuen, wenn wir auch in diesem Magazin einmal wieder Positives vermelden könnten. Meldungen über erfolgreiche Vertragsabschlüsse und tragbare Kompromisse. Geschichten über interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit, die allen Beteiligten Freude bereitet. Bitte zögern Sie nicht, mich auf gute Nachrichten dieser Art hinzuweisen, wenn sie Ihnen begegnen. Ich verspreche Ihnen: Wir greifen sie auf und berichten darüber.



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
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:

Jan Henniger, Frankfurt
Dr. Christian Deindl, Nürnberg
Dr. Frank Sinning, Nürnberg
Dr. Axel Neumann, München
Dr. Ralf Lippert, Bremen
Dr. Gerd-Dieter von Koschitzky, Walsrode
Jörg Karst, Berlin
Dr. Jörg Hennefründ, Oldenburg
Dr. Karsten Becker, Hannover
Dr. Horst Loch, Berlin
Dr. Ralf Lorenz, Berlin
Dr. Ernst Tabori, Freiburg
Jörg Hohmann, Hamburg
Dr. Ralf Grobböling, Berlin

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
In den Wetztern 2A, 21423 Winsen (Luhe)
stefan.behrendt@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 7.200 Exemplaren (4.2023) gedruckt und hat eine verbreitete Auflage von 7.081 (Druck) und 4.500 (ePaper) Exemplaren (4.2023). Entsprechende Nachweise sind bei der Redaktion erhältlich.

Erscheinungsweise: vier Ausgaben pro Jahr

Bezugspreis: Jahresabonnement 48 Euro, inkl. Versand u. MwSt.

Ambulantes Operieren

Barmer kritisiert: Potenzial der Ambulantisierung wird nicht ausgeschöpft

Bekanntlich weist Deutschland im internationalen Vergleich noch immer einen hohen Anteil an stationär durchgeführten medizinischen Behandlungen auf, die eigentlich ambulant erfolgen könnten und sollten. In den vergangenen Monaten hat das Barmer-Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) mit mehreren Publikationen eindringlich auf verschiedene Aspekte dieser Problematik hingewiesen.

Hierbei handelt es sich zum einen um eine Analyse der Auswirkungen der Erweiterung des Vertrags für ambulantes Operieren und stationärer Eingriffe im Vergleich mit den Empfehlungen des IGES-Gutachtens. Darin kommt das Institut zu dem Schluss, dass ausgehend von den aufgezeigten Analyseergebnissen keine relevanten Schritte in Richtung einer verstärkten Ambulantisierung medizinischer Leistungen zu erwarten sind. Der AOP Katalog 2023 bleibe somit deutlich hinter dem eigentlichen, durch das IGES Gutachten aufgezeigten Potenzial zurück.

Im bifg-Versorgungskompass wird die regionale Verteilung des Ambulantisierungspotenzials unter die Lupe genommen. Demnach unterscheiden sich die bestehenden Versorgungsstrukturen in Deutschland zum Teil deutlich zwischen einzelnen Regionen. Der Versorgungskompass enthält interaktive Grafiken, die den Vergleich einzelner Kreise und Bundesländer hinsichtlich des bestehenden Ambulantisierungspotenzials bei vollstationären Fällen ermöglichen.

Arzneimittelsicherheit

Sehnenrupturen im Zusammenhang mit Bempedoinsäure

Der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (ÄkdÄ) wurde der Fall eines 67-jährigen Patienten gemeldet (BMI 25,1), der beim Gehen eine spontane Achillessehnenruptur erlitten hat. Wie die ÄkdÄ mitteilt, vermuten die meldenden Ärzte einen Zusammenhang mit Bempedoinsäure, die der Patient wegen einer Fettstoffwechselstörung einnahm. Vor Jahrzehnten war bereits eine Achillessehnenruptur der Gegenseite aufgetreten, deren Umstände nicht berichtet wurden. Als weitere Vorerkrankung bestanden eine koronare Herzkrankheit und arterielle Hypertonie, die mit Candesartan behandelt wurde.

In der deutschen Fachinformation zu Bempedoinsäure werden Sehnenrupturen oder andere Sehnenerkrankungen nicht als mögliche Nebenwirkung aufgeführt. Allerdings werden in den Zulassungsunterlagen vier Fälle von Sehnenruptur unter Bempedoinsäure gegenüber keinen Fällen unter Placebo berichtet. Auch wenn aktuell der kausale Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Sehnenrupturen und der Einnahme von Bempedoinsäure nicht bestätigt ist, ruft die ÄkdÄ dazu auf, Sehnenrupturen und andere Sehnenerkrankungen im Zusammenhang mit Bempedoinsäure zu melden.



Foto: Pixabay

Ein E-Paper wiederum widmet sich am Beispiel ausgewählter Leistungen empirischen Problemen der sektorengleicher Vergütung. Darin werden für ausgewählte, ambulant erbringbare Leistungen mit DRG-Preisen ins Verhältnis gesetzt, um kostenneutrale Preise einer künftigen Hybrid-DRG zu ermitteln.

Kurzlink zur bifg-Analyse Ambulantisierung: tinyurl.com/ambulantisierung

Kurzlink zum bifg-Versorgungskompass: tinyurl.com/versorgungskompass

Kurzlink zum bifg-E-Paper: tinyurl.com/bifg-EPaper

Spitzenverband Fachärzte

BNC-Vorsitzender Jan Henniger in den Vorstand gewählt

Bei der turnusmäßigen Neuwahl im Rahmen einer Klausurtagung am 13. Oktober 2023 in Hamburg wurde der BNC-Vorsitzende Jan Henniger in den Vorstand des Spitzenverbands Fachärzte (SpiFa) gewählt. Er setzte sich in der Wahl gegen den Präsidenten des Berufsverbands der Deutschen Radiologen (BDR) Prof. Dr. Hermann Helmberger durch, der fortan als kooptiertes Mitglied den Vorstand ergänzt.

„Wir haben als Berufsverband der niedergelassenen Chirurgen und Chirurgen nun noch einmal mehr Möglichkeiten, uns politisch einzubringen“, freute sich Henniger. Über den SpiFa könne sich der BNC mit seinen Positionen nun z.B. auch im Gesundheitsausschuss des Bundetages Gehör zu verschaffen. „Dort würden wir mit unseren Interessen sonst gar nicht durchdringen.“ Er möchte im SpiFa-Vorstand insbesondere die Themen ‚Schnittstelle ambulant-stationär‘ und ‚Ambulantisierung‘ bearbeiten. „Es ist für mich wichtig, dass wir weiterhin im SpiFa das Thema der sektorenübergreifenden Versorgung besonders begleiten und nach vorne bringen“, erklärte Henniger.

Link: www.spifa.de

Klimawandel

Gefäßchirurgen empfehlen Maßnahmen zum Schutz vulnerabler Gruppen

Durch die steigenden Temperaturen infolge des Klimawandels werden Gefäßerkrankungen in Zukunft wahrscheinlich häufiger auftreten und einen schwereren Verlauf nehmen. Darauf hat die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG) im Rahmen ihrer 39. Jahrestagung Ende September 2023 in Osnabrück hingewiesen.

Besonders älteren Menschen mit Gefäßerkrankungen drohten infolgedessen Beeinträchtigungen des Bewusstseins, Herzrhythmusstörungen, Krämpfe oder ein Kollaps. Denn Temperaturschwankungen und eine Verschlechterung der Luftqualität seien mit einer erhöhten kardiovaskulären Erkrankungsschwere und Sterblichkeit verbunden. Zudem hätten viele der Betroffenen bereits Vorerkrankungen, die ihre Wärmeregulation beeinträchtigen. Medikamente, geringere Mobilität und fortgeschrittenes Alter könnten diese Effekte noch verstärken.

Angesichts dieser Herausforderungen sieht die Fachgesellschaft jetzt vor allem die Verantwortlichen der geplanten Krankenhausreform in der Verantwortung, die Versorgungsstrukturen anzupassen. Hitzeschutzpläne müssten auch konkrete Handlungsempfehlungen



Foto: Pixabay

enthalten. Dazu zählten das sichere Erkennen von Risikopatientinnen und -patienten, Überwachung von Trinkmengen und kontrollierte Flüssigkeitszufuhr, Anpassung der Medikation, Schaffung von Abkühlmöglichkeiten und Aufklärung über die Risiken der Hitze. Die meisten Kliniken und Praxen müssten sich hierauf erst noch vorbereiten und beispielsweise bauliche Maßnahmen treffen.

Als eine wichtige Stellschraube in der Prophylaxe nannte Privatdozent Dr. Rolf Weidenhagen, Gründer der DGG-Kommission für Nachhaltigkeit, aber auch die Ernährung: „Eine Diät, die reich an Zucker, Fett, Fleisch und industriell verarbeiteten Lebensmitteln ist, schädigt die Gefäße und trägt gleichzeitig erheblich zur globalen Klimakrise bei“, sagte der Gefäßspezialist. Im Gegensatz dazu verbinde die ‚Planetary Health Diet‘ der EAT-Lancet-Kommission individuelle Gesundheit mit Umwelt- und Klimaschutz. Sie empfiehlt eine pflanzenbasierte Ernährung, ergänzt durch Fisch, Fleisch und Milchprodukte, welche nicht nur eine bessere CO₂-Bilanz habe, sondern gleichzeitig die Gefäßgesundheit fördere.

Frakturdiagnostik

Kindliche Unterarm- und Ellenbogenfrakturen mit Ultraschall verlässlich erkennen

Wie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mitteilt, können Unterarm- und Ellenbogenbrüche bei Kindern auch sonografisch verlässlich diagnostiziert werden. Dies ist das Ergebnis einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragten Nutzenbewertung, mit dem die Zuverlässigkeit und der Nutzen der diagnostischen Fraktursonografie an den langen Röhrenknochen der Arme (Oberarm, Ellenbogen, Unterarm) bei Kindern im Vergleich zur konventionellen Röntgenuntersuchung untersucht wurde.

In dem Ende August 2023 veröffentlichten Vorbericht heißt es, die Vorteile der Ultraschalluntersuchung seien deutlich, denn sie erkenne Knochenbrüche verlässlich und könne bisherige Verfahren mit Strahlenbelastung in vielen Fällen ersetzen. Zudem biete die Sonografie auch praktische Vorteile für die Betroffenen: Sie sei weniger schmerzhaft und erleichtere oft die Untersuchungssituation für alle



Foto: iStock/ Halpoint

Beteiligten. So lasse sich die Extremität mit dem Schallkopf in einer schmerzarmen Entlastungshaltung umfahren. Im Gegensatz zur Röntgenuntersuchung könnten die Kinder bei der Ultraschalluntersuchung außerdem auf dem Schoß der Eltern sitzen bleiben.

In einer Metaanalyse von 28 Studien hatte das IQWiG eine Sensitivität der Fraktursonografie an Unterarm und Ellenbogen im Vergleich zur Röntgen-diagnostik von etwa 95 Prozent ermittelt. Dass umgekehrt bei einem von 20 betroffenen Kindern die Fraktur übersehen würde, erscheint nach Einschätzung des Instituts medizinisch vertretbar, „weil es sich um einfache Brüche handelt, die nur äußerst selten Komplikationen verursachen und in der Regel spätestens nach wenigen Tagen wegen Symptomen doch diagnostiziert werden“.

Link zur Projektseite des IQWiG: www.iqwig.de/projekte/d22-02.html

Digitalisierung

Marktreife für den Arztbriefgenerator bis 2024?

Rund 150 Millionen Arztbriefe werden pro Jahr in Deutschland geschrieben. Das kostet Zeit, die an anderer Stelle fehlt. Gemeinsam mit mehreren Universitätskliniken entwickelt das Fraunhofer-Institut für Intelligente Analyse- und Informationssysteme (IAIS) derzeit verschiedene Möglichkeiten der Informationsextraktion aus Dokumenten. Ihr nächstes Ziel ist es, bis Ende 2024 einen Arztbriefgenerator auf den Markt zu bringen, der die Erstellung von Entlassbriefen vereinfacht.

Wie das IAIS mitteilt, wertet dafür eine künstliche Intelligenz (KI) alle vorliegenden Dokumente aus und erstellt einen natürlich klingenden Text, der zusätzlich leicht verständliche Erklärungen für die Patientinnen und Patienten enthält. Nach einer Kontrolle und möglichen Ergänzung oder Änderung durch die Medizinerinnen und Mediziner wird der Arztbrief per Knopfdruck erstellt – und zwar in einem Bruchteil der Zeit, die eine rein manuelle Erstellung gekostet hätte. Darüber hinaus könnten Patientinnen und Patienten, die am Tag ihrer Entlassung häufig länger auf dieses Dokument warten müssen, mithilfe des Arztbriefgenerators früher das Krankenhaus verlassen.

Die Anwendung basiert auf einer Kombination aus Algorithmen und KI, wie sie beim Natural Language Processing (NLP) eingesetzt wird. Die Forschenden versprechen sich von Clinical NLP

außerdem eine weitere Verringerung der Arbeitsbelastung des medizinischen Personals, da die KI wichtige Informationen aus Krankendaten eines Patienten automatisiert zusammenfassen und allen Behandlern übersichtlich strukturiert zu Verfügung stellen könne. Informationen seien so in kürzester Zeit greifbar, könnten umgehend weiterverarbeitet und dem medizinischen Personal vollumfänglich zur Verfügung gestellt werden.

Dario Antweiler, Leiter des Healthcare-Analytics-Teams am IAIS, erklärte dazu: „In den meisten Krankenhäusern werden jeden Tag Unmengen an Texten händisch ausgewertet, was sich – in unterschiedlichen Abteilungen oder nach der Entlassung beim Haus- und Facharzt – wiederholt. Diese Prozesse könnten mit unseren Anwendungen flächendeckend automatisiert, schnell, präzise und – in Hinblick auf den Datenschutz – auch sicher umgesetzt werden. Davon würden das Gesundheitswesen und insbesondere das Personal und die Patientinnen und Patienten profitieren.“ In einem Whitepaper hat er gemeinsam mit seinem Team aktuelle Entwicklungen und Möglichkeiten dokumentenbasierter Prozesse im medizinischen Bereich zusammengefasst.

Kurzlink zum Whitepaper:
tinyurl.com/IAIS-Whitepaper

Digitalisierung

KVen warnen: Bislang kein Mehrwert für Praxen und Patienten

Die Digitalisierung der ambulanten Versorgung muss die Arbeitsabläufe in den Praxen sinnvoll unterstützen und entlasten, damit wieder mehr Zeit für Diagnostik und Behandlung bleibt. Das fordern mehrere KVen im Zusammenhang mit der aktuellen Kampagne #PraxenKollaps (siehe Seite 16 ff.).

Bisher hätten digitale Anwendungen hauptsächlich bei den Kassen für effizientere Verwaltungsabläufe gesorgt und damit zu Einsparungen in Millionenhöhe geführt. Der Aufwand hingegen liege vor allem bei den Ärzten, Psychotherapeuten und medizinischen Fachangestellten (MFA) in den Praxen. Zwar gebe es bereits Anwendungen wie die elektronische Patientenakte, das Notfalldatenmanagement

und den elektronischen Medikationsplan, die über die reine Verwaltung hinausgehen und das Potenzial bieten, Diagnostik und Therapie zu unterstützen.

Entscheidend für deren Akzeptanz sei aber, dass diese sich aufwandsarm in den Praxisalltag integrieren lassen, einen spürbaren Nutzen für Versicherte und Praxen bieten und dass sensible Patientendaten wirksam geschützt sind, ohne dass das Selbstbestimmungsrecht der Versicherten durch Eingriffe Dritter gefährdet wird. Die KVen betonen außerdem, der Gesetzgeber dürfe bei noch anfälliger Technik nicht mit Sanktionen drohen. Zudem müsse die Refinanzierung der notwendigen Hard- und Software für die Praxen kostendeckend und unbürokratisch erfolgen.

Abrechnung: Alles klar?



Wenn's kompliziert wird, ...

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

Wissen ist Zeit und Geld wert!

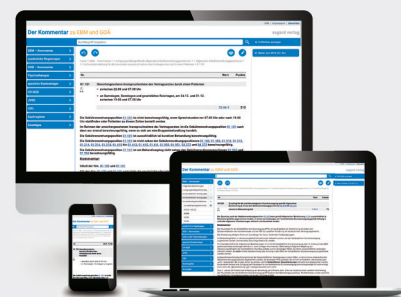
Der **Kommentar zu EBM und GOÄ** von **Wezel/Liebold** zeigt Ihnen, worauf Sie bei der Abrechnung achten sollten. Was geht, was nicht geht und warum. Fachlich fundiert, von erfahrenen Medizern und Abrechnungs-Profis erarbeitet.

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-goä.de

asgard verlag



Leitartikel BNC

Praxiskollaps, Protesttage und andere Kampagnen

Foto: Pixabay

Welche Namen gesundheitspolitische Vorhaben auch tragen mögen, betreffen sie immer auch die Arbeit der niedergelassenen Chirurgeninnen und Chirurgen und ihrer Praxen. Deshalb sind Schulterschluss und gemeinsamer Protest innerhalb des Fachgebiets sowie mit dem ärztlichen Nachwuchs das Gebot der Stunde.

Von Jan Henniger

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir müssen uns wehren gegen die vollständige Zerstörung der ambulanten Versorgung, wie wir sie kennen. Leider ist das nicht so einfach, da wir nicht frontal angegriffen werden, sondern vom Desinteresse der Politik, der Bürgerinnen und Bürger und der Presse ruiniert werden. Schließlich sind wir im Verhältnis zu den wahren Preistreibern in der Gesundheitsversorgung wie Krankenhäuser oder Arzneimittel absolut zu vernachlässigen. Es lohnt sich nicht, sich mit uns zu befassen. Entsprechend sagte unser Bundesgesundheitsminister bei einer Pressekonferenz auch so schön über einen Brief der KBV, er bekomme so viele Briefe, dass er nicht jeden lesen kann. Interesse klingt anders!

Dabei betreffen uns auch viele Dinge, die uns auf den ersten Blick gar nicht tangieren. Beispiel Krankenhausreform, wo im Krieg zwischen Ländern und Bund demnächst Fakten geschaffen werden, die zwar nur die Kliniken reformieren sollen, aber indirekt auch uns betreffen.

Keiner fragt niedergelassene Chirurgeninnen und Chirurgen nach ihren Ideen zur sinnvollen Gestaltung des ambulanten oder kurzstationären Bereichs. Dabei machen wir das seit Jahren und haben es bisher geschafft, trotz geringer Erlöse noch zu überleben. Nichtsdestotrotz wird das Eis immer dünner, weil in Zukunft die Kalkulierbarkeit fehlt.

Deutliche Honorarrückgänge auch in den OP-Praxen

Nach Rücknahme der Neupatientenregel gab es deutliche Honorar-einbußen über alle Facharztgruppen hinweg. Wir als Chirurgeninnen und Chirurgen haben – obwohl wir ein Großteil unseres Honorars extra-budgetär durch Operationen erwirtschaften – deutliche Honorarrückgänge zu verzeichnen. Ursächlich ist die unzureichende Vergütung von Basisleistungen, die in der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) sind. Dann werden diese MGV-Leistungen noch durch die deutliche Mengenausweitung budgetiert. Sind denn alle wahnsinnig? Die Politik, die durch ihr aktives Wegsehen und Ignorieren von Problemen,

die Ärztekammern und KVen, die man zum Jagen tragen muss – und wir, die immer noch den Traum leben, dass wir durch noch schnelleres Arbeiten und noch mehr Patientinnen und Patienten pro Zeiteinheit den Verlust ausgleichen können. Da muss man sich aufregen und mitmachen, auch wenn die Protestmaßnahmen einem häufig sinnlos erscheinen. Man muss sich organisieren und zusammenarbeiten. Es hilft nichts, dem eigenen Frust in Online-Portalen freien Lauf zu lassen. Kolleginnen und Kollegen, die mit ihrer Arbeit in Verbänden, KVen und Ärztekammern viel Schlechtes verhindern und manchmal auch etwas Gutes bewirken können, wird dort jeden einzelnen Tag Dummheit, Selbstsucht und Unfähigkeit unterstellt. Dass viele dann keine Lust haben, sich in der Berufspolitik zu engagieren, ist mehr als logisch.

Leistungen müssen sich am gezahlten Honorar orientieren

Wir müssen uns in breiter Front zusammentun. Wir brauchen Aktionen, die länger anhalten als ein Protesttag und im Zweifel zu einer Veränderung der Patientenströme und der Bezahlung der Leistungen führen. Dies ist ein Thema bei der Bundesdelegiertenkonferenz des BNC im November in Frankfurt. Wir wollen danach ein Konzept entwickeln, in dem es keine Einbußen auf der Einnahmenseite gibt, sich aber die Leistungen für GKV-Versicherte an den gezahlten Honorare orientieren.

Jan Henniger

Geschäftsführender BNC-Vorsitzender
und niedergelassener Chirurg

GECO-Frankfurt
Mainzer Landstraße 65
60329 Frankfurt
Tel.: 04532 268 75-60
Fax: 04532 268 75-61
henniger@bncev.de



Foto: Henniger

Ein weiteres Thema sind die Hybrid-DRG, die wahrscheinlich leider nicht der große Wurf werden. Wie man hört, soll es Anfang des Jahres mit einem kleinen Aufschlag losgehen. Ob dies in irgendeiner Form hilft, erscheint fraglich. Zumal die Krankenhausreform, über die sich Länder und Bundesgesundheitsministerium streiten, noch mehr Druck auf den sektorenverbindenden Bereich macht, da dort die weniger üppig vergüteten Leistungen angesiedelt sind.

Auch in Anbetracht der Personalnot in den Krankenhäusern bezweifle ich, dass die Kliniken in großem Stil in den hybriden Sektor einsteigen werden. Das eröffnet uns, wenn wir geeint sind, die Möglichkeit, unsere Praxen wieder auf gesunde Beine zu stellen – und das nicht zum EBM-Tarif! ▶

Berufshaftpflichtversicherung

Besondere Branchenlösungen für die Chirurgie – marktführend in Preis und Leistung

Legen Sie Ihren Haftpflichtversicherungsschutz in die Hände von Expertinnen und Experten mit umfassendem Branchen-know-how. Wir beraten Sie zu bestehenden Risiken, entwickeln optimale Absicherungskonzepte, übernehmen den Einkauf des Versicherungsschutzes zu bestmöglichen Bedingungen und Preisen und die laufende Betreuung der Versicherungsverträge. Dabei setzen wir uns insbesondere dafür ein, dass die Versicherer ihren Pflichten stets vertragsgerecht, zügig und in Ihrem Sinne nachkommen. Selbstverständlich agieren unsere Mitarbeitenden dabei stets transparent.

Kundennutzen steht für uns an erster Stelle

Als Kooperationspartner von fachärztlichen Berufsverbänden und akademischen Fachgesellschaften gestalten wir nachhaltige Branchenlösungen für die Chirurgie mit ganz besonderen Schwerpunkten. In Zeiten steigender Preise sorgen wir mit exklusiven Angeboten für stabile Versicherungsbeiträge und Planungssicherheit.

Brauchen Sie eine Beratung oder erhöht Ihr Versicherer den Preis? Nehmen Sie Kontakt zu uns auf, wir beraten Sie gern!



Ecclesia med GmbH
Ecclesiastraße 1 – 4 • 32758 Detmold
Telefon +49 5231 603-0
info@ecclesiaMED.de
www.ecclesiaMED.de

ECCLESIA
MED

LEBEN
RETTEN.
WERTE
SCHÜTZEN.

Ein mindestens ebenso zentrales Thema für uns in den kommenden Jahren wird die Weiterbildung sein: Wie werden unsere jungen Kolleginnen und Kollegen ordentlich ausgebildet und wer macht das?

Bisher ist eine flächendeckende Weiterbildung durch uns Niedergelassene schon aus finanziellen Gründen praktisch nicht stemmbar. Im Gegensatz zum Krankenhaus ist durch Budgetierung und Plausibilitätsprüfung eine kostendeckende Ausbildung nicht möglich. In manchen KVen werden teilweise Weiterbildungsstellen auch im fachärztlichen Bereich gefördert. Die chirurgische Weiterbildung gehört allerdings nur in wenigen KVen dazu.

Davon abgesehen sind wir gegenüber dem hausärztlichen Bereich stark benachteiligt. Die Weiterbildungsstellen reichen heute schon nicht mehr aus, um den Bedarf im Kleinen zu decken. Wenn wir jetzt im Rahmen der Verschiebung von Leistungen aus der Klinik mehr ausbilden sollen, werden wir wohl in Zukunft ohne ausgebildete Kolleginnen und Kollegen dastehen.

Dem Nachwuchs wird eine gute Weiterbildung verwehrt

Wir müssen also noch im Studium oder in der Weiterbildung Kontakt zum ärztlichen Nachwuchs aufnehmen und ihn dafür sensibilisieren, dass es auch um ihre Zukunft geht. Ein Arzt beim Medizinischen Dienst oder beim Gesundheitsamt, in Versicherungen oder im Controlling ist eben nicht gleichwertig mit einem versorgenden Facharzt. Unser Nachwuchs muss sich dagegen wehren, dass ihm eine gute Weiterbildung verwehrt wird – und zum Teil tut er das auch bereits (siehe Kasten). Zurecht beschwerten die jungen Kolleginnen und Kollegen sich, dass sie im Praktischen Jahr nur als Hakenhalter und als Blutabnehmer anonym

in einem Krankenhaus ausgebeutet werden, welches am Rande des organisatorischen Chaos ist. Die Antwort darf aber nicht Resignation und Emigration in immer neue patientenferne Arztstellen sein, sondern vielmehr der Kampf um eine Zukunft, in der die ärztliche Kunst als befriedigend und auskömmlich empfunden wird.

Ende Februar 2024 treffen wir uns in Nürnberg zum Bundeskongress Chirurgie wieder, wo der politischen Debatte viel Raum gelassen wird und wo wir bewusst versuchen auch Kolleginnen und Kollegen anzusprechen, die nicht niedergelassen sind. Gemeinsam müssen wir eine Strategie entwickeln, wie Praxen, MVZ und Kliniken nebeneinander existieren und die Versorgung unserer Bevölkerung stemmen können.

Wen außer uns sollte Lauterbach denn fragen, wie es geht?

Ich hoffe jetzt auf einen Herbst, der etwas nach vorne bringt. Indem Minister Lauterbach klar wird, dass seine Politik zutiefst unsozial ist. Dass ihm klar wird, dass es seine Politik ist, die zur Belastung der sozial Schwächsten führt. Und dass er bei uns anruft und fragt, wie es richtig geht! Sie sehen: Meine Träume gehen über den schnöden Mammon hinaus und sind zutiefst unrealistisch. Aber wir Ärztinnen und Ärzte sind es, die in der Schule die besten Noten erzielen müssen, die von allen Berufen die längste Zeit mit ihrer Weiterbildung verbringen, den direktesten Zugang zu Menschen in allen Bevölkerungsschichten haben, die Wissenschaft verstehen und die Integrität eines Seelsorgers haben müssen. Wen sonst außer uns sollte Lauterbach also fragen? ◀

Mit den besten kollegialen Grüßen, Ihr Jan Henniger

1. Vorsitzender des BNC

Whitepaper der jungen Ärztinnen und Ärzte: Appell für eine zeitgemäße, wertorientierte und menschliche Versorgungsstruktur

„Wer die Zukunft gestalten möchte, muss die Gegenwart verändern.“ Mit diesem Appell beginnt das Whitepaper, das von den jungen Ärztinnen und Ärzten im Hartmannbund (Arbeitskreis V) am 9. Oktober 2023 veröffentlicht wurde. Die jungen Medizinerinnen und Mediziner haben sich intensiv mit den Schwächen und Chancen unseres Gesundheitssystems auseinandergesetzt und fordern grundsätzliche Veränderungen der Versorgungsstrukturen, -kulturen und -denkweisen.

Dazu erklärt Dr. Moritz Völker, Vorsitzender des Arbeitskreises: „Wir können und wollen den Status quo nicht mehr akzeptieren und können uns diesen auch absehbar nicht mehr leisten. Damit stehen wir nicht allein – unseren Patient*innen geht es genauso. Wir beobachten, wie alle Beteiligten auf die Missstände mit ihren Möglichkeiten reagieren. Seien es Stellenreduzierung oder Branchenwechsel bei den Mediziner*innen oder Verhaltensänderungen bei den Patient*innen. Zu oft werden diese Verhaltensänderungen nicht als Symptome, sondern als Ursache heutiger Probleme interpretiert. Das ist aber falsch. Wir arbeiten in alten Strukturen, die sich nie wirklich an eine veränderte Versorgungsrealität angepasst haben und bewegen uns auf eine Versorgungskrise zu, die mittlerweile mehr braucht als kleine Weichenstellungen.“

Wir brauchen ganz grundlegende und mutige Veränderungen und müssen die Medizin und Versorgung neu denken. Aus diesem Grund haben wir die grundlegenden Aspekte beleuchtet und Leitplanken für eine gute Gesundheitsversorgung definiert. Wichtig ist uns, dass die einzelnen Aspekte nicht isoliert betrachtet werden dürfen, da sie ineinandergreifen und miteinander zusammenhängen.“ Die jungen Ärztinnen und Ärzte erklären in dem Paper unter anderem, dass finanzielle Zwänge die Patientenbehandlung nicht definieren dürfen und Medizin endlich als Teil der Daseinsvorsorge verstanden werden muss. Gleichzeitig appellieren sie

an die Solidarität aller Beteiligten und machen sich für ein zeitgemäßes medizinisches Arbeiten stark, das Digitalisierung, Künstliche Intelligenz, Klimaresilienz und Ökologie gleichermaßen berücksichtigt. Eine wichtige Rolle spielt in ihren Augen außerdem eine notwendige Reduzierung des Arbeitsdrucks auf die im Gesundheitssystem Beschäftigten, auch durch Effizienzsteigerungen, und eine bessere Ausbildungsstruktur, die den heutigen und zukünftigen Herausforderungen gerecht wird.

„Wir arbeiten im Schnitt deutlich mehr als vertraglich vereinbart, weil die Strukturen ineffizient sind und zunehmend juristische Aspekte in den Vordergrund unserer Handlungen rücken. Gleichzeitig mangelt es an Zeit, Befundung ausreichend zu erlernen. Das ist paradox und beginnt schon im Studium. Das Vorhandensein technischer Neuerungen, um Anamneseentscheidungen absichern zu können, ist eine oft genutzte Erklärung, führt uns aber mittelfristig in eine gefährliche Sackgasse. Unserem Gesundheitssystem entstehen dadurch außerdem unnötige Kosten, die Zeit aller Beteiligten wird strapaziert und die Ärzteschaft als Ganzes erlebt einen stetigen Wissensverlust, wenn grundlegende Untersuchungen nicht mehr vermittelt werden. Was das für die Versorgung in ein paar Jahren bedeuten kann, machen sich viele nicht klar. Das ist kurzfristiges Denken, während wir dringend große und nachhaltige Veränderungen im System brauchen und den mutigen und richtigen Einsatz von Innovation“, stellt Völker klar. Die jungen Ärztinnen und Ärzte nehmen in ihrem Papier sowohl die Politik und Ärzteschaft, als auch die weiteren Gesundheitsberufe und die Patient:innen in die Pflicht, an den notwendigen Veränderungen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu arbeiten.

Kurzlink zum Whitepaper: tinyurl.com/2ttv6hc5

Leitartikel BAO

Ein weiteres Jahr unverfrorener Unterfinanzierung neigt sich dem Ende zu

Die Hoffnungen auf eine auskömmliche Finanzierung ambulanter Operationen, die durch Einführung des § 115 f SGB V geweckt wurden, haben sich zerschlagen. Es drängt sich der Eindruck auf, dass auch die vertragsärztliche Selbstverwaltung kein großes Interesse an dieser der Patientensicherheit zuträglichen Versorgungsform hat.

Von Dr. Christian Deindl

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Umsetzung des WHO Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 ist ein ernsthaftes nationales Anliegen, das um seine bairische Variante reicher ist: So ist die KVB aus dem Aktionsbündnis Patientensicherheit ausgetreten. Das soll aber auch die einzige ‚Schlagzeile‘ sein, die dieser eine Woche nach dem Welttag der Patientensicherheit am 17. September 2023 eher als Verzweiflungskritik anmutende Schritt weg von der Patientensicherheit verdient. Denn statt Schlagzeilen und guter ‚Presse‘ herrscht in Teilen der Selbstverwaltung – wie etwa bei der KVB – eher Schlagseite, was wiederum zu einer schrägen Sicht der Dinge führt. Nur zu dumm, wenn der äußere Rahmen diesen Perspektivwechsel nicht mitvollzieht und man nicht nur optisch ins Rutschen gerät. Im Übrigen geht der Welttag der Patientensicherheit auf eine Initiative

des Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), also aus Deutschland, zurück. Einmal eine gute Nachricht, wenn man Deutschlands Schlusslichtposition beim ambulanten Operieren bedenkt. Die Gründung des APS im Jahr 2005 wiederum beruht auf der gemeinsamen Erkenntnis seiner Gründungsmitglieder, dass es um die Behandlungssicherheit nicht überall gleichermaßen zum besten bestellt ist. Seither ist vieles in Richtung einer verbesserten Patienten-, aber auch Mitarbeitersicherheit geschehen, aber noch nicht das Optimum erreicht.

Es ist nicht das erste Mal, dass Vertreter*innen der Selbstverwaltung in diesem Punkt völlig anderer Meinung sind, vor allem wenn sie selbst nicht in das verantwortungsvolle ambulante Operieren und in dessen anspruchsvolles Risikomanagement involviert sind – dafür aber über die Vergütung von hochwertigen Qualitätskosten gehörig mitreden und schließlich sogar darüber entscheiden dürfen. Solche

Stellungnahme des BVMed: **Medizinprodukte-Zulassung weiterentwickeln, ohne Patientensicherheit zu gefährden**

Im Zusammenhang mit dem Welttag der Patientensicherheit wurde in den sozialen Medien auch die Zertifizierung von Medizinprodukten diskutiert. Hierzu erklärt Dr. Marc-Pierre Möll, Geschäftsführer und Mitglied des Vorstands beim Bundesverband Medizintechnologie (BVMed):

Es besteht breiter Konsens, dass die EU-Medizinprodukte-Verordnung (MDR) eine Verknappung von Produkten in der medizinischen Versorgung verursachen wird. Das sagen mittlerweile auch die EU-Abgeordneten ganz deutlich, die an den Verordnungen mitgewirkt haben. Ein Drittel der Produkte droht vom Markt genommen zu werden. Bereits jetzt sind viele Produkte nicht mehr auf dem Markt verfügbar. Unternehmen sind gezwungen, Entwicklungsressourcen in die Regulierung zu verlagern, auf Kosten der Innovationsfähigkeit. Forschungsprojekte werden zunehmend nach Großbritannien oder in die USA verlagert.

Immerhin: Bei den Fristen haben EU-Kommission, Parlament und Rat mehrfach nachgebessert. Allein das zeigt den Handlungsbedarf. Aber es löst das Grundproblem nicht. Der rechtliche Rahmen ist nach wie vor nicht praxistauglich. Wir müssen handeln und die MDR strukturell weiterentwickeln. Wir brauchen mehr Transparenz und Effizienz, mehr Berechenbarkeit und Schnelligkeit, mehr internationale Anschluss- und Wettbewerbsfähigkeit, mehr gute Verwaltungspraxis. Wir wollen eine zukunftsweisende Reform, die Patientinnen und Patienten sowie dem Innovationsstandort Europa hilft. BVMed und VdGH haben deshalb ein Whitepaper zur Weiterentwicklung der MDR und IVDR vorgelegt. Darin geht es um fünf Bereiche: 1. Ergänzung des derzeitigen Regulierungssystems, 2. Steigerung seiner Effizienz,

3. Reform des fünfjährigen Re-Zertifizierungszyklus, 4. Verbesserung der internationalen Zusammenarbeit, 5. Zentralisierung der Verantwortung. Wir wollen das System wieder arbeitsfähig machen und bürokratische Vorgänge reformieren.

Eine zentrale Forderung ist die Reform des fünfjährigen Re-Zertifizierungszyklus, um Kapazitäten bei den Benannten Stellen freizusetzen. In Europa ist das CE-Mark und somit die Erlaubnis, Medizinprodukte auf den europäischen Markt in Verkehr zu bringen, auf fünf Jahre begrenzt. Ist das sinnvoll und wie machen es andere? In den USA beispielsweise sind einmal zugelassene Medizinprodukte zeitlich unbegrenzt verkehrsfähig. Bei uns überwacht die Benannte Stelle alle Produkte, die unter ihrer Aufsicht stehen: Berichte aus der Marktbeobachtung, signifikante Änderungen und Vorkommnisse müssen eingereicht und teilweise genehmigt werden. Die Stellen sind somit immer auf dem aktuellen Stand. Eine Neubewertung nach fünf Jahren stärkt nicht die Sicherheit für Patientinnen und Patienten, sondern ist ein reiner bürokratischer Akt. Daher schlagen wir u. a. vor, dass künftig die Re-Zertifizierung von einmal nach MDR zugelassenen Produkten entfallen sollte.

Die Zeit drängt, und es müssen kluge Entscheidungen getroffen werden, um das System effektiver und arbeitsfähiger zu machen. Wir wollen mit allen relevanten Akteuren ins Gespräch kommen, um gemeinsam positive Veränderungen herbeizuführen.

Kurzlink zum MDR-Whitepaper: tinyurl.com/MDR-Whitepaper

patientenfern zu verortenden Entscheidungsfindungen machen unser Gesundheitssystem unnötigerweise noch komplizierter als es eigentlich ist: ein Umstand, der von den Verursachenden als Komplexität und Macht des Faktischen verkauft wird und überproportional dazu den Arbeitsalltag für patientennahe Gesundheitsberufe um so schwieriger macht. Das einzige, was sicherer geworden ist, ist der Fachkräftemangel in ihrem beruflichen Umfeld. Schon lange ist das Narrativ der Ärzteschwemme, die es in Wahrheit nie gegeben hat, vom Tisch. Dafür überschwemmen zur Realität gewordene Fachfremde und Empathielosigkeit das Gesundheitssystem und den gleichnamigen Markt.

Dass ambulantes Operieren mit dem ausklingenden Jahr 2023 erneut ein weiteres Jahr unverfrorener Unterfinanzierung in Kombination mit dem Verleugnen von Hygienekosten ertragen musste, zeigt doch, dass die Entscheidungsträger den für sie komfortabel vergüteten Status quo aufzugeben nicht ernsthaft in Erwägung ziehen. Der 31. März 2023 war ein klares Bekenntnis zum Stillstand auf Kosten von Praxen und Kliniken. Bereits der Konsens über eine übersichtliche Zahl an Diagnosen und OP-Indikationen mit dem größten Ambulantisierungspotenzial bei geringsten Opportunitätskosten hätte Praxen und Kliniken unterstützt in diesem Transformationsprozess. Das Klagen ist auf beiden Seiten groß, und der klinische wird den ambulanten Sektor wieder einmal übertönen und wieder nur für einen kurzen Moment gerettet werden. Auch so eine Gleichgewichtsstörung durch eine partiell in die Bedeutungslosigkeit abrutschende Selbstverwaltung der ambulant operierenden Fachärzteschaft, deren Eingriffe und Narkosen das Prädikat ‚stationersetzend‘ zu recht tragen.

Neiddebatten vergiften das gesundheitspolitische Klima

Der Verlust eines vormals vorherrschenden Kräftegleichgewichtes im trilateralen Innen- und gemeinsamen Außenverhältnis gegenüber Politik und Öffentlichkeit trifft wieder einmal die Kolleginnen und Kollegen aus ambulant operierenden Fachgebieten und der Anästhesie mit hohen Kostenstrukturen für patientenorientierte Struktur- und Prozessqualität. Nirgends sonst in der KV-Landschaft ist deren gute Ergebnisqualität so abgebildet, dass Politik und Kostenträger deren hochwertigen Anteil an der Patientenversorgung erkennen und entsprechend ökonomisch wertschätzen via einer leistungsgerechten und kostendeckenden Vergütung. Beides getrennt ausgewiesen, der ökonomischen Richtigkeit wegen, aber auch um die Herdenimmunität gegen das Virus Neiddebatte endlich nachhaltig zu erhöhen.

Sektorengleiche Wertschätzung und Wertschöpfung

Ambulantes Operieren findet in einer Versorgungsqualität statt, die auf Augenhöhe mit Kliniken und quantitativ nicht selten darüber liegt. Doch sie wird immer noch in einer intransparenten fiktiven Währung aus Punktzahlen und -werten honoriert, während außerhalb dieses, durch die bestens überwachte Grenze des abgeschotteten ambulanten Sektors stabile Währungen wie Hybrid-DRG oder Selektivverträge winken – ohne jedoch gleichwertige Leistungen gegen angemessene Vergütung und Kostenerstattung eintauschen zu wollen. Fehlt nur noch

das gönnerhafte Begrüßungsgeld, wenn zum Jahreswechsel an einigen Stellen die Sektorengrenzen geöffnet werden und zu sektorengleichen EBM-freien Bedingungen ambulant operiert werden darf. Solange es jedoch keine sektorengleiche Vergütung für gleich sorgfältig erbrachte Leistungen gibt, gleicht die Bezahlung ambulanter Operateur*innen und Anästhesist*innen, gemessen an ihrer fachlichen Kompetenz, ihrem unternehmerischen Risiko, ihrer Gesamtverantwortung für ihr Handeln mehr Hohn als rechtem Arztlohn. Auch aus diesem Grund bekennt sich der BAO immer schon zur überfälligen sektorengleichen Qualitätssicherung und Vergütung bei sektorengleichen Leistungen.

Während der um die Gesundheitsberufe ‚bereinigten‘ Gesundheitsmarkt und die darin florierende Gesundheitswirtschaft auf jedwede Änderung seismographisch genau, spricht erst mit PR und dann mit Preis- und Gewinnanpassungen reagieren, können solche Reaktionen im patientennahen Gesundheitsmilieu mit einigen Jahren, nein Jahrzehnten Verspätung auf sich warten lassen. Das war schon einmal anders. Vor allem Dr. Axel Neumann war in München ein hochaktives Mitglied des Marburger Bundes (MB), der die Überstundenskandale an Bayerns Unikliniken öffentlich anprangerte, andere haben dafür über mehrere Instanzen geklagt und den Petitionsausschuss im Bayerischen Landtag angerufen. Ähnlich zäh müssen auch Patient*innen um ihr Recht kämpfen. Ein besseres präventives Sicherheitsverständnis würde immer noch am besten späteren Schadenregulierungen vorbeugen. Heute beherrscht mehr das BMG und nicht der MB oder Sozialverbände die Bühne Gesundheitssystem, auch wenn es zum Rocken doch nicht reicht. Sicher nicht nur aus Mangel an physischer Beinfreiheit.

Es ist die zunehmende Unzufriedenheit von Patient*innen und Angehörigen spürbar und (be)greifbar mit den gesundheitspolitischen Gegebenheiten und deren Dominanz im Gesundheitssystem. Dies haben die differenzierteren Verantwortlichen sehr wohl erkannt und folglich mehr Transparenz versprochen mit Beteiligung aller genannten Betroffenen einschließlich der niedergelassenen ambulant operierenden Fachärzt*innen. Ein Novum und somit wichtiger Indikator, wo und wie groß die Not wirklich ist und wie die Folgen der vom BAO seit 30 Jahren regelmäßig anprangerten Fehl(er)entwicklungen endlich in der Mitte der Gesellschaft und an deren Rändern angekommen sind.

Subventionen für Qualitätsdefizite – auch auf Kosten des AOP

Wird der BAO nach den Vorzügen des ambulanten Operierens gefragt, was gelegentlich in der Medienlandschaft vorkommt, dann betont er immer wieder die hohe qualitative Fachlichkeit der von ihm vertretenen Mitglieder und das damit verbundene hohe Maß an Patientensicherheit. Dort, wo Patientensicherheit und Qualität Defizite aufweisen, häufen sich jährliche Zusatzkosten in einer Größenordnung von insgesamt über 40 Milliarden Euro Finanzmittel, die dort fehlen, wo die Patient*innen optimal versorgt werden und folglich sicher sein dürfen. Wir alle wissen, wo die Ursachen von 400.000 bis 600.000 jährlich neu auftretenden nosokomialen Infektionen zu verorten sind. Trotz Gröhes 600 Millionen Euro-Spritze für Klinikhygiene und seines ungemein beliebten Nullsummenspielchens für Praxen eine konstant

hohe Dauerzahl, noch dazu mit 10.000 bis 20.000 Todesfällen verbunden. 30 bis 40% dieser Infektionen sind vermeidbar.

BAO will sektorengleiche Qualitätssicherung und Vergütung

Wenn 40 Milliarden Euro in einem qualitätsadjustierten Jackpot liegen und bekannt ist, wie die Lösung zum Greifen nahe ist, dann sollte man die Gelegenheit dazu be- und ergreifen. Die hier angesprochene hochdotierte Selbstverwaltung wäscht sich die Hände in selbstgerechter Unschuld. Leider ist diese Mixture immer noch nicht RKI-gelistet und nicht im Rahmen der chirurgischen Händedesinfektion beim ambulanten Operieren kostenreduzierend einsetzbar. Statt ihre ambulant operierenden Leuchttürme zu unterstützen und als kassenärztlichen Beitrag zur Patientensicherheit zu kommunizieren, verlässt man als KVB lieber die einzige Plattform Deutschlands für Patientensicherheit, mit deren Hilfe verschiedene Akteure aus dem gesamten Gesundheitswesen und Vertreter*innen der Zivilgesellschaft sich mit Respekt auf Augenhöhe treffen ohne den Ruf nach Schiedsgericht oder Schiedsstelle. Anscheinend ist dieser vernunftbasierte Weg zu verdächtig neutral, zu unabhängig, noch dazu ohne das übliche Rampenlicht, also schlichtweg zu unspektakulär. Welche wandelnde Leuchte stellt sich freiwillig unter einen gemeinsamen Scheffel oder ordnet gar seine Eigeninteressen dem übergeordneten Gemeinwohl unter? Da lässt

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

man gerne nicht nur einmalig anderen den Vortritt. Besser als mit einem klaren Bekenntnis zu Transparenz und Qualität kann man der eigenen Selbstverwergung nicht entgegenwirken und um Verständnis und Zustimmung für die Belange der ambulanten fachärztlichen Patientenversorgung werben. Exakt vor einem Jahr hat sich der BAO für den § 115 f stark gemacht. Jetzt gilt es, diesen endlich im ambulanten operativen Versorgungsalltag umzusetzen. Wozu sind sonst Gesetze da? Ein erster Referentenentwurf dazu darf nicht nur ein wieder verblässerender Silberstreif am Horizont bleiben.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen, Ihr Dr. Christian Deindl
 BAO-Präsident



An unternehmerisch denkende Praxisinhaber*innen

Es geht um das Thema Ausweitung der Praxis zum Zentrum für ambulantes Operieren.

Entscheidend ist, dass Ihr Plan sicher aufgeht und die Realisierung funktioniert. Sollten Sie Interesse haben, sind wir Ihr Partner für das gesamte Projekt: Planung, Finanzierung, Umsetzung und Begleitung.

Zu den Leistungen von Getinge / Maquet gehört die Errichtung kompletter ambulanter OP-Zentren und deren Finanzierung in wesentlichen Teilen.

Bekannt sind wir für Premium-OP-Tische, ZSVA-Ausstattung, OP-Saal-Technik und Software-Lösungen zum OP-Management.

Haben Sie bereits Pläne in diese Richtung, sollten wir miteinander sprechen. Wir freuen uns sehr, wenn Sie Kontakt zu uns aufnehmen:

Daniel Hollenbach · Tel: +49 173 2346476 · daniel.hollenbach@getinge.com



Sprechen Sie uns an.
 Code scannen und Termin vereinbaren.



Qualitätsmanagement

SENT: Wissenschaftlich evaluiertes Übergabeprotokoll ist nun am Start

Welche Informationen sind notwendig, wenn Patientinnen und Patienten nach einer ambulanten OP infolge von Komplikationen an eine Klinik überwiesen werden müssen? Und wie erfasst man diese Daten einfach und standardisiert? Im Rahmen eines Forschungsprojekts hat der BNC hierfür einen Fragebogen entwickelt.

Von Antje Thiel

In Ausgabe 1.2023 dieser Zeitschrift haben wir über das vom BNC initiierte einfache und standardisierte Übergabeprotokoll berichtet, das im Falle von Komplikationen zu einer zügigen und priorisierten Weiterbehandlung der betroffenen Patientinnen und Patienten beitragen und außerdem als Basis für ein aussagekräftiges Komplikationsregister dienen soll.

Komplikationen nach ambulanten Operationen in ambulanten chirurgischen Praxen sind zwar selten, doch sie kommen gelegentlich vor. Nicht alle dieser Komplikationen können in der Praxis selbst behandelt werden, manchmal müssen die betroffenen Patientinnen und Patienten an eine Klinik überwiesen werden. Um in diesen Fällen den Übergabeprozess für den Rettungsdienst und das Personal der aufnehmenden Notaufnahme zu erleichtern, benötigt man ein standardisiertes Übergabeschema. Kernstück ist ein Übergabeprotokoll, das mithilfe eines maximal zweiseitigen Fragebogens erstellt wird. Dieser wird bei postoperativen Komplikationen vom Operateur bzw. der Operateurin ausgefüllt und enthält alle wichtigen Informationen für die Weiterbehandlung der Patientin bzw. des Patienten. Ziel des Schemas ist es

zu vermeiden, dass bei der Übergabe relevante Informationen verloren gehen. Damit soll es die Effizienz und Effektivität bei der Diagnosestellung erhöhen und somit eine schnelle und optimale Behandlung der Patientin bzw. des Patienten ermöglichen.

Ist- und Soll-Zustand bei der Überleitung an die Klinik

Der BNC arbeitete bei diesem Projekt mit Prof. Florian Meier (Projektleiter) von der SRH Wilhelm Löhe Hochschule und mit Prof. Harald Dormann, Chefarzt der Zentralen Notaufnahme am Klinikum Fürth, zusammen. Im Rahmen ihrer Bachelorarbeit im Studiengang Management im Gesundheits- und Sozialmarkt entwickelte Mona Kirchner das geforderte standardisierte Übergabeschema. Hierfür wurden zunächst mithilfe einer Prozessanalyse der Ist- und der Soll-Prozess der Patientenübergabe von der chirurgischen Praxis an eine weiterbehandelnde Klinik untersucht. Hierfür fanden qualitative Interviews mit fünf medizinischen Mitarbeitenden aus der chirurgischen Praxis von Dr. Frank Sinning sowie acht Ärzten und medizinischen Fachangestellten der zentralen Notaufnahme im Klinikum Fürth statt.

Bei diesen Interviews wurde z. B. erhoben, bei welchen Arten von postoperativen Komplikationen Patientinnen und Patienten typischerweise an Kliniken überwiesen werden, wie der Prozess der Überleitung bis dato aussieht, welches Format ein standardisiertes Übergabeprotokoll haben sollte, welche Informationen zum jeweiligen Fall für das Personal der Notaufnahme besonders relevant sind und an welchen Stellen der Übergabe die jeweiligen Beteiligten Verbesserungspotenzial sehen. Ebenso wurden die Beteiligten gefragt, wie sich die Prozesse und auch die Aufgaben der beteiligten Personen durch die Nutzung eines standardisierten Übergabeprotokolls verändern würden.

Online-Umfrage ergab hohe Akzeptanz für das Tool

Im weiteren Verlauf entstanden mehrere Entwürfe des letztentlichen SENT-Protokolls, wobei das Akronym für **Sichere Einweisung** von postinterventionellen **Notfallpatienten** steht. Ein wesentliches Element der weiteren Überarbeitung war eine Online-Umfrage unter 18 BNC-Mitgliedern im April 2023, die allgemeine Informationen zum SENT-Protokoll, zwei Beispielfälle, in denen Patienten mit postoperativen Komplikationen beschrieben werden, die aktuelle Version des SENT-Protokolls und einen Feedback-Fragebogen enthielt. Die Auswertung der Online-Umfrage ergab, dass 79 Prozent der Teilnehmenden das SENT-Protokoll grundsätzlich nutzen würden, wenn sie Patientin-

nen bzw. Patienten mit postoperativen Komplikationen an eine Klinik überweisen. Lediglich drei Teilnehmende antworteten bei dieser Frage mit „eher nicht“ oder „auf keinen Fall“. Sechs der Teilnehmenden gaben an, dass der zusätzliche Aufwand beim Befüllen des Übergabeschemas gegen die Nutzung des Protokolls sprechen würde. Sie empfanden den telefonischen Austausch mit einer Ansprechperson in der aufnehmenden Klinik als unkomplizierter und zeitsparender.

Anhand der Rückmeldungen der Befragten wurde das SENT-Protokoll von Mitgliedern des Projektteams abschließend überarbeitet. Mittlerweile hat die Studentin die Bachelorarbeit fertiggestellt und eingereicht. Bei der finalen Version des SENT-Protokolls handelt es sich um ein Formular von zwei Seiten, in das zunächst die persönlichen Patientendaten mit relevanten Vorerkrankungen und der Diagnose, die zur Operation geführt hat, eingetragen werden. Der Fragebogen umfasst weitere Felder zum durchgeführten OP-Verfahren, Besonderheiten während der Operation und relevanten postoperativen Maßnahmen, die mit den Komplikationen zusammenhängen können. Natürlich können auch die Komplikationen selbst, bereits veranlasste Maßnahmen, Verdachtsdiagnose und empfohlene weiterführende Diagnostik standardisiert dokumentiert werden – inklusive der Einschätzung des Operateurs bzw. der Operateurin, ob es sich um eine kritische, potenziell kritische oder unkritische Komplikation handelt. ◀

Interview mit Dr. Frank Sinning: „Deutlicher Qualitätssprung hin zu einem strukturierten Übergabeprozess“

Hand auf's Herz: Wie läuft der Übergabeprozess klassischerweise ab, wenn es bei einer ambulanten Operation zu Komplikationen kommt und eine Überleitung ans Krankenhaus erforderlich ist?

Sinning: Der klassische Mechanismus ist ehrlicherweise der, dass man versucht, seinen früheren Oberarzt in der Klinik anzurufen, um ihm den Fall und alle wesentlichen Details des Patienten zu schildern, den man ihm gleich vorbeischieken wird. Wenn der allerdings gerade nicht ans Telefon gehen kann, sieht es schlecht aus. Dann geben die meisten Kollegen ihren Patienten allenfalls einen kurzen Arztbrief mit auf den Weg. Bei Komplikationen gibt es also oft große Informationsverluste, das ist eigentlich nicht akzeptabel. Ich verstehe jeden Kollegen im Krankenhaus, der mit dieser Situation unzufrieden ist.

Welches Potenzial hat das vom BNC, der SRH Wilhelm Löhe Hochschule und dem Klinikum Fürth entwickelte SENT-Protokoll, um diese Situation zu verbessern?

Sinning: Wir könnten damit einen deutlichen Qualitätssprung erzielen: weg von einem unstrukturierten, eher zufälligen Prozess hin zu einem kurzen, einfachen und klar strukturierten Übergabeprotokoll. Das SENT-Protokoll übermittelt alle relevanten Informationen über den Patienten, seine Vorgeschichte, die durchgeführte Operation und die aufgetretene Komplikation, die das Krankenhaus zur zielgerichteten Weiterbehandlung benötigt.

Das universitäre Projekt ist nun abgeschlossen – wie geht es BNC-intern weiter mit dem SENT-Protokoll?

Sinning: Wir möchten den BNC-Mitgliedern gern ein Gesamtpaket anbieten. Dazu gehört eine App, mit der man die für das SENT-Protokoll erforderlichen Daten schnell und einfach erfassen kann. Gleichzeitig sollen die Daten in anonymisierter Form in ein bundesweites Register gespeist werden, damit wir gegenüber Politik und Kostenträgern endlich schwarz auf weiß belegen können, dass ambulante Operationen bei niedergelassenen

Der stellvertretende BNC-Vorsitzende Dr. Frank Sinning, selbst als Chirurg in eigener Praxis in Nürnberg niedergelassen, hat das Projekt SENT-Protokoll initiiert und will es nun in den Versorgungsalltag möglichst vieler BNC-Mitglieder überführen



Foto: Sinning

Chirurgen äußerst sicher und mit sehr niedrigen Komplikationsraten verbunden sind. Weil sich durch die Nutzung des SENT-Protokolls der Informationsfluss verbessert, rechnen wir insgesamt mit noch einmal besseren Outcomes als bisher. Deshalb wollen wir ein Qualitätssiegel für die Nutzer des SENT-Protokolls entwickeln, mit dem sie diese hohe Qualität dokumentieren können. Das dürfte auch die Haftpflichtversicherer interessieren – und wir hoffen, dass wir mit ihnen günstigere Versicherungstarife für SENT-Nutzer aushandeln können.

Gibt es bereits eine Prognose, ab wann das Gesamtpaket einsatzbereit sein wird und von BNC-Mitgliedern genutzt werden kann?

Sinning: Aktuell befinden wir uns in Verhandlungen mit einigen Haftpflichtversicherern. Parallel dazu lassen wir die App für das SENT-Protokoll entwickeln. Sollte es noch ein bisschen länger dauern, bis wir tatsächlich das skizzierte Gesamtpaket anbieten können, werden wir versuchen, zumindest die App im Laufe des ersten oder zweiten Quartals 2024 vorzustellen und den BNC-Mitgliedern zugänglich zu machen.



Protestaktionen

„Wir haben alles viel zu lange einfach hingenommen!“

Es ist nichts Neues, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte unzufrieden mit der Arbeit des jeweiligen Bundesgesundheitsministers sind. Doch die Vehemenz, mit der sie aktuell die permanente politische Gängelung und systematische Diskreditierung anprangern, sollte Politik, Kostenträgern und Öffentlichkeit zu denken geben.

Von Antje Thiel

Der 18. August 2023 war ein denkwürdiger Tag. Erstmals hatte nicht ein einzelner ärztlicher Berufsverband, sondern die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zur Krisensitzung eingeladen. Zu dieser außerordentlichen Vertreterversammlung (VV) kamen rund 800 Delegierte aus sämtlichen KVen und allen Fachrichtungen. Die Stimmung im Saal bot einen Vorgeschmack auf die Proteste, die bis heute andauern und für die bislang kein Ende in Sicht ist.

Dr. Petra Reis-Berkowicz, Allgemeinmedizinerin aus Oberfranken und Vorsitzende der KBV-VV, eröffnete die Krisensitzung mit den Worten: „Wir stehen mit dem Rücken zur Wand. Verursacht durch leistungs- und damit patientenfeindliche Budgetierung, ständig steigende Praxiskosten ohne ausreichende Gegenfinanzierung, ausufernde Bürokratie, Personalmangel, fehlenden Nachwuchs, permanente politische

Gängelung, systematische Diskreditierung und Verkennen dessen, was jeden Tag in den Praxen geleistet wird. Das Hamsterrad dreht sich immer schneller, uns wird systematisch die Luft zum Atmen genommen. Was ist das Ziel dieser Politik, Herr Lauterbach?“

Dringliche Statements aus allen Regionen Deutschlands

Sie erntete damit ebenso großen Applaus wie der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Gassen, der erklärte: „Wir brauchen einen Wechsel in der Gesundheitspolitik – und zwar nicht morgen oder übermorgen, sondern jetzt.“ Wie dringlich die Lage ist, verdeutlichten Statements der Delegierten aus den einzelnen KV-Regionen. So sagte **John Afful (KV Hamburg)** zur quantitativen Bedeutung der vertragsärztlichen Versorgung: „In den paar Stunden, die wir hier zusammensitzen, werden bundesweit mehr Patienten versorgt als es überhaupt

Krankenhausbetten gibt. Das sollte einem zu denken geben!“ **Stefan Spieren (KV Westfalen-Lippe)** meldete sich zur Digitalisierung zu Wort: „Es entsteht der Eindruck, dass wir in den Praxen als Betatester für unausgereifte IT-Produkte fungieren. Diese müssen serienreif sein und Interoperabilität sicherstellen, bevor sie in den Praxisbetrieb kommen!“

Dr. Eckart Lummert (KV Niedersachsen) erklärte: „Ich habe einen Faktencheck gemacht: Wir arbeiten zurzeit drei Monate im Jahr, also ein ganzes Quartal, nur um bürokratische und regulatorische Vorgaben etc. zu erfüllen.“ Als Beispiel nannte er die Corona-Impfung: „Anstatt unbürokratisch zwei Ziffern für Grund- und Folgeimmunisierung zu erstellen, wurden mitten in der Pandemie 69 Ziffern eingeführt. Man musste eine eigene Schulung machen, um damit arbeiten zu können.“

Catrin Steiniger (KV Brandenburg) betonte: „Nichts ist so teuer wie am Bedarf vorbei Menschen stationär zu behandeln. Wir fordern das BMG auf, die dringende Förderung der Ambulantisierung anzugehen. Sonst müssen wir davon ausgehen, dass sie nicht gewünscht ist.“ An die Anfänge der Budgetierung erinnerte **Dr. Peter Heinz (KV Rheinland-Pfalz)**: „Ich bin damals als Versorgungspartikel einer riesigen Schwemme in die Versorgung gespült worden. Uns wurde vermittelt ‚Sie braucht niemand!‘“ So sei es 1992 in Lahnstein unter Seehofer zur Einführung von Bedarfsplanung und Budgetierung gekommen. „Doch heute haben wir völlig andere Rahmenbedingungen. Die Praxen sind am Limit, aber trotzdem wird an der Bedarfsplanung festgehalten, weil es billiger ist.“ **Dr. Peter Heinz (KV Bayern)** widmete sich den Regressen: „Oft geht es nur um geringe Beträge, die aber eine enorme Arbeitsbelastung für Praxen und KVen bedeuten. Würde man die Geringfügigkeitsgrenzen von 30 auf 100 Euro erhöhen, gäbe es 50% weniger Regresse, gleichzeitig gäbe es aber kaum einen Effekt auf die Gesamtvergütung.“

Dr. Sylvia Krug (KV Sachsen) forderte: „Die Digitalisierung darf nicht zulasten der Praxen gehen. Sonst drohen Ärzte vorzeitig ihre Praxen aufzugeben, und der Nachwuchs will sich nicht niederlassen.“ **Dr. Jörg Böhme (KV Sachsen-Anhalt)** mahnte: „Die fortgesetzte Budgetierung schränkt die Leistungsfähigkeit der Praxen ein. Dann darf man sich über lange Wartezeiten auf Termine, lange Wege etc. nicht beklagen.“ Er forderte Karl Lauterbach auf, die Budgetierung in der vertragsärztlichen Versorgung zu beenden: „Damit stabilisieren Sie das Rückgrat der Versorgung in Deutschland anstatt mit teuren Experimenten wie Gesundheitskiosken neue Strukturen und Schnittstellen zu schaffen.“

Dr. Stefan Trapp (KV Bremen) brach eine Lanze für die Medizinischen Fachangestellten (MFA): „Viele Politiker, mit denen ich spreche, glauben guten Herzens, dass z. B. Community Health Nurses eine gute Idee sind. Doch es gibt niemanden, der diese neue Berufsgruppe ausbilden könnte. Wir kämpfen für den Erhalt der ambulanten Versorgung nahe an den Menschen, für unsere MFA.“ **Armin Beck (KV Hessen)** sorgte sich um die Zukunft der ärztlichen Weiterbildung: „Wie das BMG auf die Idee kommt, die Weiterbildung auf Level II-Krankenhäuser zu beschränken, ist mir schleierhaft.“ Er forderte mehr ambulante Weiterbildungsstellen mit entsprechender Finanzierung und Würdigung. **Dr. Monika Schlieffke (KV Schleswig-Holstein)** betonte: „Die Lage ist anders als nur mit Fakten

zu erklären. Wenn die Politik uns systematisch diskreditiert und verunglimpft, geht es um Emotionen. Das BMG hat letzte Woche gesagt, das eRezept sei einsatzfähig, alles funktioniert, der Arzt muss es nur einschalten. Wer so etwas behauptet, hat sich die Prozesse in einer Praxis noch nie angeschaut. Damit wird der Bevölkerung vorgegaukelt, das BMG sei der Macher, die Ärzteschaft und die KVen hingegen seien die Blockierer. Wir können und wollen das nicht mehr hören!“

Angelika von Schütz (KV Mecklenburg-Vorpommern) erzählte: „Ich wurde vor paar Tagen von einem Journalisten gefragt, warum wir Ärzte genau jetzt unsere Stimme erheben. Das muss man sich wirklich fragen. Wir haben alles so lange hingenommen. Wir sind leidenserprobt. Doch damit muss jetzt Schluss sein! Heute ist der Tag, an dem wir Geschlossenheit zeigen und damit aufhören sollten.“ **Dr. Karsten Braun (KV Baden-Württemberg)** berichtete, dass sich in seinem Bundesland in den vergangenen Jahren die Zahl der Prüfanträge verfünffacht hat. „Alle Praxen bekommen mindestens einmal im Jahr Post von der Prüfstelle. Meist dreht es sich um Bagatellbeträge, die den Verfahrensaufwand kaum rechtfertigen. Aber manche Kassen betreiben das professionell, um ihre desolote Finanzlage aufzubessern. Ich fordere von Politik und Kassen, diese Schikane zu beenden!“

Prof. Harry Derouet (KV Saarland) erklärte, die Politik habe noch keine Lösung für demographischen Wandel gefunden. „Wir brauchen neue Formen der Patientensteuerung. Wir haben eine ungebremste Steigerung bei der Inanspruchnahme des Notfalldienstes. Doch als ich das dem Ministerium mitgeteilt habe, wurde ich aufgefordert, monatlich genau aufzustellen, ob wir unsere geforderten Reaktionszeiten erfüllen.“ **Dr. Kerstin Zeise (KV Berlin)** appellierte an die innerärztliche Solidarität: „Der Protest der HNO-Ärzte geht uns alle an, wir sollten uns nicht länger auseinanderdividieren lassen! Wir fordern ein faires Miteinander, sonst freuen sich die Krankenhäuser als lachende Dritte.“ **Dr. Anette Rommel (KV Thüringen)** fragte: „Wer kann schon auf Dauer 100% arbeiten und nur 75% vergütet bekommen? Irgendwann geht uns persönlich und betriebswirtschaftlich die Puste aus!“ Und **Dr. Frank Bergmann (KV Nordrhein)** schloss: „Wir sind die einzigen Freiberufler, die für die Kosten der Sicherstellung selbst geradestehen und regelhaft einen Rabatt auf ihre Vergütung einräumen müssen. Die ambulante flächendeckende wohnortnahe Versorgung in Deutschland ist weltweit einmalig. Damit sie in Zukunft ohne Einschränkungen umgesetzt werden kann, müssen unsere Forderungen dringendst umgesetzt werden.“

Sieben klare Forderungen an die Politik

Die Delegierten verabschiedeten im Anschluss einen klaren Forderungskatalog an das Bundesgesundheitsministerium:

- ▶ Tragfähige Finanzierung: Retten Sie die Praxen aus den faktischen Minusrunden und sorgen Sie für eine tragfähige Finanzierung, die auch in der ambulanten Gesundheitsversorgung insbesondere Inflation und Kostensteigerungen unmittelbar berücksichtigt!
- ▶ Abschaffung der Budgets: Beenden Sie die Budgetierung, damit auch Praxen endlich für alle Leistungen bezahlt werden, die sie tagtäglich erbringen!

Chirurgen Magazin + BAO Depesche 112: **Machen Sie mit!**



Foto: Pixabay

In eigener Sache

Autorinnen und Autoren gesucht zum Thema Phlebologie in Heft 112 – Ausgabe 2.2024

Für Ausgabe 2.2024, die Ende April 2024 erscheinen wird, möchten wir uns in der Rubrik ‚Medizin‘ schwerpunktmäßig mit dem Thema Phlebologie beschäftigen. Wir suchen Autorinnen und Autoren, die aus der Praxis für die Praxis unter Berücksichtigung der aktuellen Studienlage über dieses Themenfeld (aktuelle Standards und Techniken in Varizenchirurgie, Entstauungstherapie und Therapie der PAVK etc.) berichten mögen. Wir freuen uns über allgemeine Überlegungen und Hintergrundberichte ebenso wie persönliche Erfahrungen oder Kasuistiken. Daneben werden wir über einzelne fachliche Sitzungen beim Bundeskongress Chirurgie berichten, der im Februar 2024 in Nürnberg stattfinden wird.

Natürlich stehen auch die politischen Sitzungen beim Bundeskongress Chirurgie im Fokus unserer Berichterstattung. 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. März 2024, 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

- ▶ **Ambulantisierung:** Setzen Sie die angekündigte Ambulantisierung jetzt um – mit gleichen Spielregeln für Krankenhäuser und Praxen!
- ▶ **Sinnvolle Digitalisierung:** Lösen Sie mit der Digitalisierung bestehende Versorgungsprobleme. Sorgen Sie für nutzerfreundliche und funktionstüchtige Technik sowie die entsprechende Finanzierung, und belassen Sie die datengestützte Patientensteuerung in ärztlichen und psychotherapeutischen Händen!
- ▶ **Mehr Weiterbildung in Praxen:** Stärken Sie die ärztliche und psychotherapeutische Weiterbildung! Diese muss – um medizinisch und technisch auf dem aktuellen Stand zu sein – schwerpunktmäßig ambulant stattfinden. Beziehen Sie auch hier die niedergelassene Vertragsärzte- und Psychotherapeutenchaft ein!
- ▶ **Weniger Bürokratie:** Schnüren Sie das angekündigte Bürokratieabbaupaket, damit wieder die Medizin im Vordergrund steht und nicht der ‚Papierkram‘!
- ▶ **Keine Regresse:** Schaffen Sie die medizinisch unsinnigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen ab! Die Arzneimittelregresse müssen weg!

Mit seiner betont desinteressierten unmittelbaren Reaktion – „Ich bekomme fast jeden Tag Briefe.“ – trug der Minister nicht zur Beruhigung der aufgeheizten Stimmung bei. Bei einer von der KV Rheinland-Pfalz organisierten Protestaktion unter dem Motto ‚Lahnstein 92 – Schluss mit Budgetierung und Bedarfsplanung‘ demonstrierten am 13. September 2023 in Lahnstein mehr als 500 Ärztinnen und Ärzte mit ihren Praxisteams gegen die aktuelle Gesundheitspolitik.

Auch der Honorarabschluss für das Jahr 2024, auf den sich KBV und GKV-Spitzenverband kurz darauf einigten, war nicht geeignet, die Wogen zu glätten. Schließlich gleicht die beschlossene Honoarsteigerung um lediglich 3,85 Prozent nicht einmal annähernd die derzeitige Inflationsrate aus – von Tarifabschlüssen der Praxisangestellten sowie gestiegenen Hygiene- und Energiekosten ganz zu schweigen. So hatte etwa der Virchowbund als ersten Ausgleich für Inflation und Kostenexplosion in diesem Jahr ein notwendiges Plus von 15 Prozent errechnet.

Und so wundert es kaum, dass am 2. Oktober 2023 als weiterer Warnschuss auf Initiative des Virchowbundes mit seiner Kampagne ‚Praxis in Not‘ bundesweit zehntausende Haus- und Facharztpraxen aus Protest geschlossen blieben. Insgesamt waren 18 Berufsverbände mit an Bord, auch der BNC rief seine Mitglieder dazu auf, sich am Protesttag zu beteiligen. Der Virchowbund stellte hierfür neue Plakate und eine neue Kommunikationsstrategie vor. Sein Bundesvorsitzender Dr. Dirk Heinrich erklärte dazu: „Nachdem sich das Agieren des Bundesgesundheitsministers mehr als Problem denn als Lösung herausstellt, geben wir der Kampagne mit dem Claim ‚Stoppt Lauterbach!‘ eine neue Richtung. Es ist ein deutliches Zeichen an die Gesundheitspolitiker der Ampelkoalition und an Bundeskanzler Olaf Scholz, dem Treiben Lauterbachs endlich einen Riegel vorzuschieben.“

Ob eine solche einmalige Praxisschließung – zumal an einem Brückentag – ausreicht um die Politik wachzurütteln, darf bezweifelt werden. Doch vielerorts stellt man sich auf langfristigen und auch länger andauernden Protest ein. ◀

Wegweisende Ergebnisse der POWER Studie von Coldplasmatech

DEUTLICHE ÜBERLEGENHEIT DER CPT® KALTPLASMA THERAPIE GEGENÜBER DER STANDARD-WUNDBEHANDLUNG

POWER Studie (Plasma on chronic Wounds for Epidermal Regeneration) belegt die deutliche Überlegenheit der CPT® Kaltplasma Therapie bei Behandlung chronischer Wunden im Vergleich zur Standard-Wundbehandlung!

Chronische Wunden stellen sowohl für Millionen Patienten als auch für die Gesundheitssysteme eine erhebliche medizinische und finanzielle Herausforderung dar. Die Versorgung der Wunde mit der Standardwundtherapie (SWT) gilt derzeit als Goldstandard. Jüngste Erkenntnisse deuten darauf hin, dass die Kaltplasmatherapie (CPT) eine vielversprechende Möglichkeit zur Verbesserung chronischer Wunden bietet. Vor diesem Hintergrund wurde die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte POWER-Studie zur Untersuchung der Wirksamkeit der großflächigen Plasmatherapie zur Behandlung chronischer, nicht heilender Wunden im Vergleich zur Standardwundtherapie (Zeitraum vier Wochen) durchgeführt. Verwendet wurde ein Applikator der ein homogenes Plasmafeld über eine große Behandlungsfläche (für Wundgrößen von bis zu 10 x 10 cm) erzeugt und eine optimale Behandlung in nur zwei Minuten erreicht. Die Behandlung läuft vollautomatisch und wirkoptimiert ab und ist unabhängig von Wundgröße- und -tiefe auch von nichtärztlichem Personal durchführbar.

Untersucht wurde die Frage: Gibt es einen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Reduktion der Fläche chronischer Wunden zwischen einer leitliniengerechten Standardwundtherapie gegenüber der Kombination mit einer 2-minütigen Kaltplasma Behandlung mit dem CPT®patch?

1. Gruppe SWT: phasengerechte Wundversorgung gemäß der aktuellen evidenzbasierten S3 Leitlinie inkl. Verbandmitteln der modernen Wundversorgung

2. Gruppe CPT: phasengerechte Wundversorgung gemäß der aktuellen evidenzbasierten S3 Leitlinie inkl. Verbandmitteln der modernen Wundversorgung ergänzt um Kaltplasma Behandlung mit dem CPT®patch

Das Design der Studie legt Wert auf eine möglichst hohe Generalisierbarkeit der klinischen Daten. Auf die Generierung einer artifiziellen Studienpopulation durch Selektion auf bestimmte (vorteilhafte) Patientengruppen wurde verzichtet. Die Studie wurde von unabhängigen Stellen geplant und durchgeführt, auch unter Einbeziehung eines Koordinationszentrums für klinische Studien (KKS). Im Reviewprozess erfolgte die Beteiligung verschiedener Experten (Mediziner, Statistiker, Ökonomen) und der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung.

Patienten

- Die Patienten haben mindestens eine diagnostizierte chronische (mindestens 8 Wochen alte), nicht-heilende Wunde aufgrund eines UCA (*ulcus cruris arteriosum*) oder UCV (*ulcus cruris venosum*) am Unterschenkel unterhalb des Knies.
- Die initiale Wundfläche beträgt 5 cm²-100 cm² (durchschnittlich 17 cm²). Damit handelt es sich um praxisrelevante, im Vergleich große Wunden, die bisher kaum Gegenstand von Studien waren.
- Für die Zwischenergebnisse standen Daten von 48 Patienten zur Verfügung.

Die signifikanten Ergebnisse*

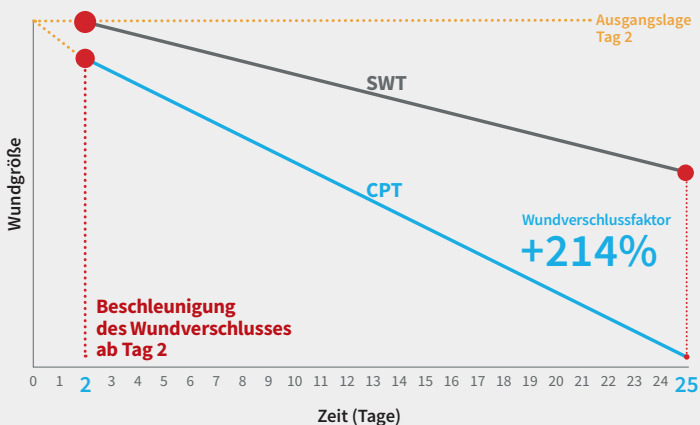
1. Beschleunigte Wundheilungsrate: Im Vergleich zur SWT-Gruppe erhöht sich der Wundverschlussfaktor in der CPT-Gruppe signifikant auf 214%. Dies weist darauf hin, dass Wunden unter der CPT Behandlung signifikant schneller heilen.

2. Reduzierter Antibiotikabedarf: Die CPT-Gruppe benötigte nur 4% Antibiotika im Vergleich zu 23% in der SWT-Gruppe.

3. Schmerzlinderung: Patienten in der CPT-Gruppe berichteten von weniger Wundschmerzen und eine Reduzierung des passiven Schmerzes auf 0 (median) wurde verzeichnet.

4. Steigerung der Lebensqualität: Bei Patienten der CPT-Gruppe konnte eine starke und klinisch bedeutsame Verbesserung der Lebensqualität festgestellt werden.

Deutliche Beschleunigung des Wundverschlusses in der CPT Gruppe



Die Ergebnisse der Zwischenanalyse zeigen, dass die Kombination von CPT und SWT der Monobehandlung SWT schon allein in Bezug auf die Wirksamkeit signifikant überlegen ist.

Eines der wesentlichen Resultate ist die signifikante Erhöhung des Wundverschlussfaktors auf 214% bei Anwendung der CPT Kaltplasmatherapie.

Die Beschleunigung des Wundverschlusses machte sich bereits bei der ersten Behandlung mit CPT am zweiten Tag bemerkbar und setzte sich kontinuierlich bis Tag 25 fort.

Hier geht es zur POWER Studie



SCAN ME

NARKA 2023

Wer entscheidet, wo ambulante Operationen durchgeführt werden?

Am politischen Willen zur Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich besteht aktuell wenig Zweifel. Dennoch drehen sich die beteiligten Partner in ihren Verhandlungen weiter im Kreis. Und auch wer auf Kooperationsmodelle zur Beschleunigung der Ambulantisierung setzt, muss allerhand beachten.

Von Antje Thiel

Wenn es um die bloßen empirischen Zahlen geht, ist das Potenzial für die Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich in Deutschland gigantisch. Darauf hat der Düsseldorfer Rechtsanwalt Prof. Dr. Andreas Penner im Rahmen des BAO-Symposiums beim diesjährigen NARKA am 3. September 2023 in Berlin hingewiesen. Er verwies auf Daten der OECD, wonach hierzulande pro Jahr mehr als 21.000 Krankenhausentlassungen nach stationärer Versorgung auf 100.000 Einwohner kommen. „Damit liegt Deutschland mit an der Weltspitze“, erklärte Prof. Penner.

Das Gesamtpotenzial der Ambulantisierung werde auf fünf Millionen Fälle geschätzt. Grundsätzlich gebe es auch niemanden, der die Leistungsverlagerung prinzipiell ablehne. Die Selbstverwaltung sei natürlich dafür, und auch die Kassen unterstützten den Weg prinzipiell – schließlich verbänden sie damit die Hoffnung auf Kosteneinsparungen. Doch der Teufel steckt – wie so oft in komplexen Systemen – im Detail. Und auf einige dieser Details ging Prof. Penner in der Folge genauer ein.

Wenig Personal für viele stationäre Fälle

Was das ambulante Operieren am Krankenhaus angeht, stehe einer Ausweitung in erster Linie die Personalausstattung im stationären Sektor entgegen: „Obwohl wir viele stationäre Fälle haben, steht in Deutschland relativ wenig Personal pro Fall zur Verfügung“, erklärte Prof. Penner. Aus der Eurostat-Datenbank gehe hervor, dass Norwegen auf doppelt so viel Personal pro Fall zurückgreifen kann. „Man kann also daraus schließen, dass dort viele Fälle in einem ambulanten Setting besser bewältigt werden könnten.“ Hierzulande stelle ambulantes Operieren am Krankenhaus die Einrichtungen vor die Herausforderung, aus dem knapp bemessenen Personal noch mehr medizinische Leistung herauszuholen.

Anders sehe es aus, wenn zuvor stationär versorgte Fälle in den ambulanten Bereich verschoben würden. Ein solcher Schritt erfordere allerdings deutliche Investitionen im ambulanten Sektor, die von den Kassen mitbezahlt werden müssten. „Doch da tritt die GKV auf die Bremse“, sagte der Referent. Das Kernproblem sei, dass alle drei

Vertragspartner – Vertragsärzteschaft, Krankenhäuser und Krankenkassen – Vorteile gegenüber dem Ist-Zustand aushandeln möchten. Während die Krankenkassen eine Kostensenkung gegenüber dem Ist-Zustand anstreben, wollen KBV und DKG für ihren Sektor jeweils Ertragssteigerungen durchsetzen.

Es gehe um so fundamentale Entscheidungen, dass es eine weitere Partei brauche, die den Veränderungsprozess moderiert. „Es gibt Punkte, bei denen sich die drei Parteien nicht werden einigen können. Da ist politisches Handeln gefordert, ohne Politik kann es an dieser Stelle nicht funktionieren“, mahnte Prof. Penner. Er geht von einer langsamen Entwicklung hin zur Ambulantisierung aus. „Aber durch Kooperationsmodelle kann es schneller gehen!“

Kooperationen sind das Gebot der Stunde

Doch genau hier lauert schon das nächste Problem. Denn nach geltender Rechtslage sind niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sozialversicherungspflichtig beschäftigt, „sobald Sie die Schwelle des Krankenhauses überschreiten, um dort zu arbeiten“, warnte Prof. Penner. Er rechne auch nicht damit, dass sich auf politischer Seite etwas an diesen restriktiven Rahmenbedingungen ändert: „Die Grenze zwischen sozialversicherungspflichtiger Tätigkeit als Arbeitnehmer und Freiberuflichkeit wird sich nicht nur für den Gesundheitsbereich verschieben, da muss man nüchtern sein, da ist nichts dran zu ändern.“ Der Jurist hatte allerdings einen Tipp parat, mit dem man das Angestelltenverhältnis umgehen kann: „Wenn Sie zwei Kollegen sind, die sich gegenseitig substituieren können, also als Betrieb einen gemeinsamen Zweck verfolgen, dann unterliegt die Tätigkeit nicht der Sozialversicherungspflicht und gilt auch nicht als Arbeitnehmerüberlassung.“ Der gemeinsame betriebliche Zweck könnte beispielsweise auch als Kooperation mit einem Level II-Krankenhaus definiert werden.

Prof. Penner warb dennoch für mehr Aufgeschlossenheit gegenüber Angestelltenverhältnissen: „So schlimm ist eine Teilzeitanstellung als Selbstständiger eigentlich nicht. Ich kann den Widerstand nicht immer ganz nachvollziehen.“ Schließlich sei man von der Versicherungs-

pflicht in der GKV befreit, könne sich zugunsten des Versorgungswerks von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen und müsse auch keine steuerliche Mehrbelastung befürchten. „Und das Weisungsrecht kann man auch vertraglich limitieren, genau wie den Kontrahierungszwang. Auf der Ebene der Vertragsgestaltung haben Sie alle Freiheiten, denn die Krankenhäuser brauchen Sie und werden alles mitmachen“, betonte der Jurist.

Schwerer wiegen aus seiner Sicht andere Schranken bei Kooperationen, etwa in Form des Outsourcing-Verbots. Dieses besagt, dass Kernleistungen eines Krankenhauses mit eingegliedertem Personal erbracht werden müssen. „Im Grundsatz steht dahinter der Gedanke, dass gute Medizin im Krankenhaus nur mit Angestellten funktioniert. Die Richter am Bundessozialgericht haben da eine etwas realitätsferne Auffassung.“ Diese Einschränkung müsste aus seiner Sicht politisch aufgehoben werden, allerdings sei die rechtspraktische Bedeutung „Gott sei Dank gleich Null, da halten die Kassen auch die Füße still“. Auch das Korruptionsverbot nach § 299 a/b StGB hat sich in Prof. Penners Augen in den vergangenen Jahren eher als ein Papiertiger entpuppt: „Wo wirklich zusammengearbeitet wird, spielt das keine Rolle.“

Vielschichtige Gründe für die Entscheidungsfindung

Welche Herausforderungen bei gelebten Kooperationen tatsächlich im Alltag zu bewältigen sind, schilderten der in Greifswald niedergelassene Handchirurg Dr. Alexander Zach (siehe Interview auf Seite 46 f.) und seine Ehefrau Dr. Maria Zach, die als Anästhesistin am Kreiskrankenhaus Wolgast arbeitet. Dass es sich bei Mecklenburg-Vorpommern um ein Flächenland mit weiten Wegen zwischen den verschiedenen medizinischen Einrichtungen handelt, ist einer der Gründe, die bei der Entscheidungsfindung für oder gegen eine ambulante Operation eine Rolle spielen können. Doch auch die Erlössituation im ambulanten Bereich hat Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen eine ambulante OP, wie die beiden anhand von Fallbeispielen erläuterten.

Bei komplexen Fällen rentiert sich die ambulante OP nicht

Fall 1: ein 26-jähriger Patient mit distaler Radiusfraktur. „Wenn die OP in 30 Minuten mit einer winkelstabilen Plattenosteosynthese möglich ist, ist das ein klarer ambulanter Fall. Doch wenn die Fraktur stark fragmentiert ist und zwei bis drei Stunden OP-Zeit erfordert, dann macht das kein ambulanter Operateur“, meinte der Handchirurg mit Blick auf das ambulante EBM-Honorar in Höhe von 606,54 Euro. „Diese Fälle landen dann im Krankenhaus. Doch dort muss man sich gegenüber dem Medizinischen Dienst rechtfertigen, denn schließlich gilt die distale Radiusfraktur als ambulanter Eingriff.“

Fall 2: ein 80-jähriger Patient mit Plattenepithelkarzinom. „Der Patient selbst war fit, seine begleitende Ehefrau auch, aber trotzdem wurde er stationär aufgenommen“, erzählte Dr. Alexander Zach. „Denn ein lokal entnommener Hautlappen hätte Probleme machen können: Wenn sich die Entnahmestelle nicht verschließen lässt, muss man an anderer Stelle einen zusätzlichen Lappen entnehmen. Doch dafür gibt es gar keine EBM-Ziffern, der Eingriff rentiert sich also nicht mehr.“

Postoperative Schmerztherapie: Zusammenführung von AQS1- mit Routinedaten am Universitätsklinikum Jena

Beim NARKA 2022 hatte Prof. Winfried Meißner, Leiter der Sektion Schmerztherapie am Universitätsklinikum Jena, vorläufige Ergebnisse einer Evaluation der AQS1-Daten von BAO-Mitgliedern präsentiert, aus denen die hervorragende Qualität in Bezug auf die postoperative Schmerztherapie hervorging (siehe CMBD 4.2022). Nun wurden in einem Folgeprojekt die AQS1-Daten mit Routinedaten zusammengeführt und analysiert. Ein Manuskript zur Publikation im Deutschen Ärzteblatt wurde bereits eingereicht, wie BAO-Vizepräsident Dr. Axel Neumann berichtete.

Primäres Ziel der Studie war die Erfassung postoperativer Schmerzen nach ambulanten Operationen. Sekundäre Zielstellungen umfassten die Untersuchung prognostischer Variablen für das Auftreten von Schmerzen und schmerzassoziierter Outcomes auf der Basis der Patientenbefragung AQS1. Demnach gaben nach ambulanten Operationen 22,5% aller Patientinnen und Patienten an, bis zum dritten postoperativen Tag unter moderaten bis starken Schmerzen zu leiden. Die Prävalenz dieser Schmerzen variierte deutlich zwischen verschiedenen Eingriffen. So berichteten nach einer extrakapsulären Extraktion der Linse nur 3,2% der Befragten über mindestens moderate Wundschmerzen. Nach Gebärmutterausschabungen lag der Anteil bei 14,2%, nach arthroskopischen Eingriffen am Gelenknorpel und an den Menisken im Knie bei 21,2%. Am häufigsten wurden postoperative Wundschmerzen nach Hämorrhoiden-Operationen dokumentiert (51,2%).

Klinisch relevante Assoziationen ergaben sich für jüngeres Alter, frühe postoperative Schmerzen bzw. eine Unterversorgung mit Schmerzmitteln sowie Wundinfektionen. Patientinnen und Patienten mit diesen Schmerzen berichteten über eine geringere Gesamtzufriedenheit mit dem Eingriff und eine längere Arbeitsunfähigkeitsdauer. Insgesamt waren nach ambulanten Operationen die Rate weiterer Komplikationen (z.B. Thrombosen) gering und die Gesamtzufriedenheit hoch. So kam es nur in 1,2% der Fälle zu einer ungeplanten stationären Aufnahme, ein ungeplanter Arztkontakt nach Entlassung war ebenfalls nur in 1,2% der Fälle erforderlich. Blutergüsse bzw. Nachblutungen wurden in 33,3% der Fälle dokumentiert.

Wie Dr. Neumann betonte, stellt die nun vorliegende Analyse die bei weitem größte Auswertung von Patient-Reported Outcome Measurements (PROM) nach ambulant durchgeführten Operationen dar. Bisherige Arbeiten hingegen hätten wesentlich geringere Fallzahlen umfasst und sich meist auf ausgewählte Operationen beschränkt. Als weitere Stärken der Studie nannte er die Betrachtung multipler relevanter Komplikationen wie etwa Schmerzen, das Auftreten von Thrombosen, Wundinfektionen und Nachblutungen in einem breiten Spektrum von Operationen. Aus gesundheitspolitischer Sicht sei zu unterstreichen, dass das Projekt AQS1 – ähnlich wie QUIPS im stationären Setting – eines der wenigen externen unabhängigen Qualitätssicherungsinstrumente in Deutschland darstellt, das die Patientenperspektive in den Mittelpunkt stellt und auf freiwilliger Basis von den Leistungserbringern in ihrer täglichen Routine durchgeführt wird.

Prof. Meißner berichtete, dass man im Rahmen eines Innovationsfonds-Projekts ein Instrument entwickeln möchte, mit dem Eingriffe erfasst werden können, die sowohl ambulant oder stationär durchgeführt werden können. Mit der BARMER habe man einen Partner gefunden, der die Idee unterstützt und gleichzeitig ein Garant dafür ist, dass das Projekt nicht als Lobbyismus für die Krankenhäuser bzw. die ambulant operierenden Einrichtungen gewertet wird. „In zwei Jahren werden wir hoffentlich vergleichen können, wie die einzelnen Eingriffe im Vergleich ambulant/stationär abschneiden“, erklärte Prof. Meißner. Denn es gehe darum, unabhängig von der politischen Instrumentalisierung der Daten innerhalb der jeweiligen Settings Problemfelder zu identifizieren. Bei der anschließenden Podiumsdiskussion betonte der Schmerzexperte außerdem: „Ich möchte dringend an den BAO appellieren, sich des Werts der Datensammlung im AQS1 bewusst zu sein und sich diesen Schatz zu bewahren.“ Im Falle eines Systemwechsels sollte man im Sinne der Vergleichbarkeit insbesondere den Kerndatensatz beibehalten.

Für die Grenzen der ambulanten Anästhesie wiederum sei als zentraler Punkt die soziale Situation maßgeblich, berichtete Dr. Maria Zach. „Es handelt sich hier um eine überalterte Region, es ziehen viele Senioren her, weil es hier so schön ist. Die Ehefrauen haben oft keinen Führerschein, können ihren Mann also nicht zur ambulanten OP fahren. Taxen können für die GKV-Pauschale von 20 Euro nicht auf die Insel Usedom fahren, dann fehlt die Transportmöglichkeit“, schilderte die Anästhesistin die Situation. In der Klinik könne man in solchen Fällen längere Nachbeobachtungszeiten gewährleisten und ein doppeltes Netz bieten: Im Vorlauf werde der Eingriff als ambulante OP geplant, doch bei Bedarf könnten die Patientinnen und Patienten auch über Nacht bleiben.

Soziale Indikation rechtfertigt stationäre Aufnahme

Auf die Frage, wie frei sie in solchen Fällen in ihrer ärztlichen Entscheidung sei, antwortete die Anästhesistin: „Wenn eine alte Dame sich zu Hause nicht selbst versorgen kann, trotz eines eigentlich ambulant möglichen Eingriffs, dann nehmen wir sie stationär auf. Bei

Fehlbelegungsvorwürfen des MD müssen wir uns dann eben mit der Geschäftsleitung auseinandersetzen. Aber es ist nun mal eine ärztliche Entscheidung, dazu stehen wir.“ Immerhin seien Kurzzeitpflegeplätze in der Regel auf Wochen ausgebucht, „deshalb argumentieren wir, dass die Anschlussversorgung nicht gewährleistet ist“.

Aus dem Plenum kam daraufhin die Anmerkung, der Medizinische Dienst habe nur eine empfehlende Funktion und dürfe selbst nichts entscheiden. Dem entgegnete BAO-Vizepräsident Dr. Axel Neumann: „Doch die Krankenkassen folgen der Empfehlung des Medizinischen Dienstes, und dann muss man trotzdem vors Sozialgericht ziehen.“ Hierzu forderte der Regensburger Anästhesist Dr. Frank Vescia: „Wenn wir einen guten Grund haben, müssen wir die Geschäftsleitungen der Krankenhäuser dazu bringen, dass sie bei ungerechtfertigten Fehlbelegungsvorwürfen gegen den MD klagen. Die soziale Indikation ist relevant, wir können uns das nicht bieten lassen. Patienten, die sich postoperativ nicht selbst versorgen können, müssen stationär aufgenommen werden!“

Patientenbefragungen: Ansprechend aufbereitete Online-Fragebögen verbessern die Rücklaufquote

Lauterbachs vieldiskutierte Krankenhausreform stellt einen Begriff in diesen Tagen immer wieder in den Fokus: ‚Qualität‘. Die Qualität einer medizinischen Einrichtung soll künftig darüber bestimmen, ob und wieviel Geld sie erhält. Durch einen ‚Qualitätsatlas‘ sollen Patienten über die Anzahl durchgeführter Eingriffe, spezialisierter Fachärzte und aufgetretener Komplikationen informiert werden.

In dieser Diskussion wird allerdings eine Dimension ganz vergessen: Die empfundene Qualität des Patienten. Dabei geht es nicht um die – zweifelsohne wichtigen – harten Fakten wie Komplikationsraten und Schnitt-Naht-Zeiten, sondern um die eigene Wahrnehmung des Patienten: Wie gut wurde ich über die Operation im Vorfeld aufgeklärt? Wie war die Stimmung des Personals in der Schleuse? Wurde ich im Aufwachraum ausreichend mit Schmerzmitteln versorgt?

Die Meinung des Patienten korreliert dabei nicht unbedingt mit der fachlichen Einschätzung des medizinischen Personals. Wenn sich der Patient nicht wohl fühlt, sich nicht ernst genommen oder sich nicht mit seinen Sorgen abgeholt fühlt, wird er diese Erfahrung mit seinen Freunden, Bekannten und – immer mehr – mit dem Internet teilen. Eine qualitativ hochwertige Patientenbefragung ist somit gerade in Zeiten des vieldiskutierten Qualitätsbegriffes unabdingbar. Ein Anbieter von Befragungen ist die Vilendo GmbH.

„Ich denke, weshalb das Gesundheitswesen gerade auf uns aufmerksam wird, ist unsere hohe Rücklaufquote. Im Bereich der anonymen Patientenbefragung liegen wir mit einem Wert von 63% weit über der durchschnittlichen Rücklaufquote, die bei andere Patientenbefragungen in der Regel zwischen 10% und 30% liegt“, meint Franziska Buuck, Geschäftsführerin der Vilendo GmbH, die seit Neuestem mit dem BAO kooperiert. Sie verweist auf eine Studie unter Krankenhausmanagern (siehe https://doi.org/10.1007/978-3-663-07709-1_6), wonach eine zu geringe Rücklaufquote tatsächlich eines der größten Probleme einer Patientenbefragung ist.

Für die hohen Rücklaufquoten von Vilendo hat Buuck eine Erklärung parat: „Uns ist es wichtig, dass Patienten Spaß dabei haben, ihre anonyme Meinung abzugeben. Es beginnt bereits beim Design: Von der üblichen Formularoptik haben wir uns komplett verabschiedet. Bei uns erleichtert ein schönes Bild, das wir beim Start der Befragung zeigen, den Einstieg in das digitale Interview. Jede Frage wird einzeln am Bildschirm angezeigt, die man bequem mit einem Klick beantworten kann. Die Fragen sind so formuliert, dass der Befragte unterbewusst das Gefühl erhält, an die Hand genommen und durch die Befragung geführt zu werden. Unsere Befragungen dauern nie länger als drei Minuten – mehr Zeit wollen sich Patienten oftmals gar nicht nehmen. Unser großer Vorteil ist, dass wir unsere Befragungen komplett papierlos durchführen. Unser System reagiert per Algorithmus auf die

Antworten der Patienten und erkennt, an welcher Stelle die medizinische Einrichtung Verbesserungspotenzial hat. Die nächsten Patienten werden zu diesen Themen in die Tiefe gefragt. Ärzte und medizinische Einrichtungen erhalten mit wenigen Fragen detaillierte Erkenntnisse darüber, was ihren Patienten bereits gefällt und an welchen Stellen sie sich verbessern können.“

Das Bemühen um höhere Qualität steht für Vilendo im Vordergrund. Dies drückt sich auch darin aus, dass das Unternehmen mit dem ViTra-Score Punkte an diejenigen Einrichtungen vergibt, die besondere Anstrengungen zeigen, ihre Qualität zu steigern. Entscheidend für einen hohen ViTra-Score ist also nicht eine hohe Ergebnisqualität, sondern der Umgang mit der Qualität. „Ich denke, wer sich bemüht besser zu werden, wird es am Ende auch sein. Wir geben den medizinischen Einrichtungen Werkzeuge an die Hand, sich immer weiter zu verbessern. Der Digitale Coach unterstützt zum Beispiel dabei, aus den Befragungsergebnissen strategische Maßnahmen abzuleiten“, so Franziska Buuck.

Ralf Mayr, ebenfalls Geschäftsführer der Vilendo GmbH, weiß, wie wichtig es ist, über die Auswertung einer Befragung hinaus zu denken. „In den mittlerweile 23 Jahren, die ich Patientenbefragungen für medizinische Leistungserbringer durchführe, gab es immer zwei Kernprobleme: Wie schafft man es, die Qualität des gesamten Behandlungspfades mit möglichst wenig Items abzubilden? Und wie verhindert man, dass Auswertungsergebnisse im doch recht komplexen Alltag einer medizinischen Einrichtung untergehen und das schlummernde Potenzial, das in einer Patientenbefragung steckt, nicht in der Schublade verschwindet? Bei Vilendo haben wir nicht nur dem Befragten den Einstieg in das digitale Interview möglichst attraktiv gestaltet. Wir haben auch versucht, dem Entscheider in den Praxiskliniken das oftmals recht trocken anmutende Thema der statistischen Auswertung möglichst anschaulich näherzubringen. So hören wir bei Vilendo nicht mit unserem Digitalen Coach ein Hilfsmittel an die Hand, das auf besonders einfache Art und Weise untersucht, was die Patienten im Detail stört und wie man daran etwas ändern kann. Oftmals sind es nur Kleinigkeiten, die einen großen Effekt erzielen.“ Auch Managementgesellschaften und Krankenkassen unterstützen den Qualitätsgedanken des Unternehmens und haben bereits die Vilendo-Patientenbefragung in Selektivverträgen aufgenommen.

BAO-Mitglieder, die von den Vorteilen der Vilendo-Patientenbefragung profitieren möchten, können den Digitalen Coach drei Monate kostenlos nutzen.

Weitere Informationen und kostenlose Anmeldung: www.vilendo.de

Bundeskongress Chirurgie 23.–24. 2. 2024

Ideale Plattform für den Dialog über alle drängenden Fragen unserer Fachgruppe

Von Jan Henniger und Dr. Frank Sinning

Die Zukunft der ambulanten Versorgung sieht düster aus: Die Rahmenbedingungen verschlechtern sich täglich, die politischen Entscheidungsträger hören nicht mehr zu. Gleichzeitig versucht man, eine Klinikreform durchzupeitschen, ohne darüber nachzudenken, welche Auswirkungen eine veränderte Krankenhauslandschaft auf den vertragsärztlichen Bereich hat. Und das alles in Zeiten von Nachwuchsmangel.

Fachärztliche Weiterbildung muss in Zukunft ambulant erfolgen. Aber die Finanzierung ist nicht klar. Die aktuelle Situation erfordert dringend einen Dialog und eine gemeinsame Lösungsfindung zwischen Politik, Kliniken, ambulanten Praxen und Weiterbildungsverantwortlichen. Der Bundeskongress Chirurgie 2024 in Nürnberg ist die ideale Plattform, um diese dringenden Themen zu diskutieren und Lösungsansätze zu entwickeln.

Der traditionelle politische Nachmittag des Kongresses bietet die Gelegenheit, mit den Entscheidungsträgern die Zukunft der Chirurgie zu erörtern: Was wird aus dem §115f? Wie wirken sich Krankenhaus- und Notfallreform aus? Ist die chirurgische Versorgung flächendeckend noch zu gewährleisten? Darüber diskutieren die Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, Dr. Susanne Johna, der stellvertretende Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Stephan Hofmeister, der Hauptgeschäftsführer des Spitzenverbands Fachärzte, Robert Schneider, sowie Vertreter der Krankenkassen und von politischer Seite ein Vertreter des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege.

Zahl der kooperierenden Verbände wächst

Eine erfreuliche Entwicklung ist die Beteiligung weiterer Fachgesellschaften und Verbände beim Kongress. Erstmals werden wir gemeinsam mit dem Verband medizinischer Fachberufe (VMF e.V.) den Tag der medizinischen Fachberufe gestalten, um dem nicht-ärztlichen Personal den gebührenden Stellenwert einzuräumen. Für die jungen Kolleginnen und Kollegen wurde im Rahmen des Jungen Forums ein spannendes Programm mit dem Perspektivforum der DGCH ausgearbeitet. An den medizinischen Nachwuchs richtet sich mit dem Zukunftsforum für Studierende erstmalig eine eigene Sitzung. Themen sind die Diskussion über die Zukunftsfähigkeit der Chirurgie, aber auch chirurgische Praxiserfahrung im Naht- und Knotenkurs.

Jan Henniger

Geschäftsführender BNC-Vorsitzender
und niedergelassener Chirurg
Kongressleitung Bundeskongress Chirurgie 2023
GECO-Frankfurt
Mainzer Landstraße 65, 60329 Frankfurt
Tel.: 04532 26875-60
henniger@bncev.de
www.bundeskongress-chirurgie.de



Foto: Henniger

Dr. Frank Sinning

Stellvertretender BNC-Vorsitzender
und niedergelassener Chirurg
Kongressleitung Bundeskongress Chirurgie 2023
Weiltinger Straße 7b
90449 Nürnberg
Mobil: 0171 1919622
DrFrankSinning@t-online.de
www.bundeskongress-chirurgie.de



Foto: Sinning

Herzstück des Bundeskongresses ist nach wie vor die Fülle hochkarätiger Fachsitzungen, darunter das Herniensymposium sowie zertifizierte Sitzungen wie Reha-Management, Kindertraumatologie und Gutachterseminar. Hier bieten sich nicht nur spannende Fortbildungsmöglichkeiten, sondern auch die Chance, wichtige Fortbildungspunkte zu sammeln.

Den Freitagnachmittag rundet ein Get-together ab, bei dem Kolleginnen und Kollegen sich treffen und vernetzen können. Ein weiteres Highlight des zweitägigen Kongresses ist die Industrieausstellung, die es den Teilnehmenden ermöglicht, direkt mit Ausstellern in Kontakt zu treten und die neuesten Entwicklungen und Technologien vor Ort kennenzulernen.

Der Bundeskongress Chirurgie 2024 bietet nicht nur ein fachlich anspruchsvolles Programm, sondern auch die Möglichkeit, sich mit Kolleginnen und Kollegen auszutauschen und gemeinsam Lösungen für die Zukunft der ambulanten Versorgung zu erarbeiten. Wir freuen uns darauf, Sie auf diesem wichtigen Kongress zu treffen und gemeinsam die Weichen für die Zukunft der Medizin zu stellen. ◀

Anmeldung unter: www.bundeskongress-chirurgie.de

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

Arbeitsgemeinschaften Niedergelassener Chirurgen (ANC)

ANC Baden-Württemberg Nord

Dr. Andreas Lang
Hagenbacher Str. 2
74177 Bad Friedrichshall
Telefon 0172 7248392
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. Florian Giensch
Am Wall 1, 21073 Hamburg
Telefon 040 766136-22

HCV Hessen

Jan Henniger
Mainzer Landstraße 65, 60329 Frankfurt
Telefon 069 310646-15
www.hcv-ev.de

ANC Mecklenburg-Vorpommern

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

ANC Mitteldeutschland

Dr. Arndt Voigtsberger
Frankenhäuser Str. 50
99706 Sondershausen
Telefon 03632 757676

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. Michaela Keller
Theatinerstr. 29
80333 München
Telefon 089 221050

ANC Oberfranken

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

ANC Oberpfalz

Dr. Heinz Rödl
Krankenhausstraße 12
93149 Nittenau
Telefon 09436 902294

ANC Rheinland-Pfalz

Dr. Jörg Fischböck
Maximilianstraße 12
67433 Neustadt/Weinstraße
Telefon 06324 3031

ANC Schleswig-Holstein

Dr. Bertram Wittrin
Holtener Str. 73, 24105 Kiel
Telefon 0431 567073

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. Ralf Kretschmer
Wilhelm-Hauffstr. 41
88214 Ravensburg
Telefon 0172 893567

ANC Unterfranken

Dr. Harald Hererich
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
Mainzer Landstraße 65, 60329 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
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
Moorstr. 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 / Synopse PKG

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

Schriftführer

Dr. Jörg Hennefründ
Achterstr. 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

KV Westfalen-Lippe

Sonder-Vertreterversammlung fordert Änderung der Finanzierungssystematik

Im Rahmen einer Sondersitzung am 29. September 2023 haben die Mitglieder der Vertreterversammlung (VV) der KVWL mit großer Mehrheit gefordert, dass bei künftigen Honorarverhandlungen die in den Praxen tatsächlich entstehenden Kosten besser berücksichtigt werden müssen. Diese würden in der Finanzierungssystematik nicht ausreichend berücksichtigt, daher seien umgehend Anpassungen erforderlich. Hintergrund der kurzfristig anberaumten VV war der zwei Wochen zuvor erzielte Honorarabschluss zwischen KBV und GKV-Spitzenverband, der eine Anhebung des Orientierungswerts um lediglich 3,85 Prozent vorsieht.

VV-Mitglied Dr. Holger Brinkmann, niedergelassener Chirurg aus Soest und Vorsitzender der ANC Westfalen-Lippe, war einer der Initiatoren der VV. Er rechnete anhand konkreter Zahlen aus seiner eigenen Praxis vor, warum eine Steigerung des Orientierungswerts deutlich unterhalb der Inflationsrate einen realen Verlust bedeute. Der 13. September 2023 sei ein Tag, an dem „unsere legitimen Interessen verraten und verkauft“ wurden. An die VV-Delegierten appellierte er: „Es reicht! Wir müssen endlich aktiv werden!“



Dr. Holger Brinkmann,
Vorsitzender der
ANC Westfalen-Lippe

Foto: KVWL

Zuvor hatte Thorsten Spiecker, Leiter des KVWL-Geschäftsbereichs Honorar, erläutert, warum die zugrundeliegende Systematik aus technischen Leistungen und kalkulatorischem Arztlohn auch in Zukunft kaum nennenswerte Steigerungen zulasse. Letzterer orientiere sich theoretisch an dem Gehalt eines Oberarztes im Krankenhaus – allerdings ohne dass Tarifsteigerungen und der tatsächliche ‚Marktwert‘ berücksichtigt würden. Hinzu komme, dass die realisierten Kosten einer Praxis immer erst mit zweijährigem Verzug bei den Honorarverhandlungen auf Bundesebene berücksichtigt würden. Das sei ein klarer Nachteil dieser Systematik.

Den aktuellen Honorarabschluss nannten die VV-Mitglieder in einer Resolution „enttäuschend“. Sie fühlten sich „im Stich gelassen“ und sehen die „Attraktivität der Niederlassung und damit die Versorgung der Bevölkerung in großer Gefahr“. Sie forderten den KVWL-Vorstand auf, die „notwendige Umgestaltung der Finanzierungssystematik mit aller Macht anzustoßen“.

Mehr Infos: www.kvwl.de/mitglieder/praxenkollaps-verhindern

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

Ein gutes Team

Für die Operation von Inguinalhernien

Zur Verringerung von früh-postoperativen Schmerzen kann die atraumatische Netzfixierung mit Histoacryl® Gewebekleber eine gute Alternative zu traditionellen Fixationsmethoden darstellen.

Darüber hinaus bieten wir Ihnen ein umfangreiches Herniennetz-Portfolio und Beratungen an.



Sprechen Sie uns an!

Mit dem beigefügten QR-Code können Sie weitere Informationen anfordern.

B. Braun Deutschland GmbH & Co. KG
E-Mail: naht.de@bbraun.com | www.bbraun.de

GNC Nordrhein

Verabschiedung von ANC- und GNC-Urgestein Dr. Klaus Hamacher

Seine chirurgische Einzelpraxis in Bergneustadt hatte Dr. Klaus Hamacher bereits Ende 2021 aufgegeben. Nun ist er auch aus der Genossenschaft Niedergelassener Chirurgen (GNC) Nordrhein ausgeschieden. Im Juli 2023 wurde der Chirurg, Unfallchirurg und D-Arzt, der bereits kurz nach deren Gründung in die ANC Nordrhein eintrat und als Gründungsmitglied lange dem GNC-Vorstand angehörte, offiziell verabschiedet: „Klaus Hamacher hat unermüdlich die Interessen der niedergelassenen Chirurgen vertreten und sich um die ANC und die GNC Nordrhein verdient gemacht“, sagte Dr. Josef Ley.

Weil er keinen Nachfolger gefunden hatte, musste Dr. Hamacher seine Praxis schließen. „Junge, überwiegend orthopädisch orientierte Kollegen haben angesichts der Lage meiner Praxis und der betriebswirtschaftlichen Kennzahlen nur mit sehr gedämpftem Interesse reagiert. Es ist nicht schön, nach über 30 Jahren Praxistätigkeit das eigene Lebenswerk quasi abzuwracken“, berichtete er. Damit fehle



Der Schatzmeister der ANC Nordrhein, Dr. Josef Ley (rechts), verabschiedet das langjährige ANC- und GNC-Mitglied Dr. Klaus Hamacher (links)

Foto: Ley

ihm persönlich der für die Altersversorgung erhoffte Verkaufserlös – und der Bevölkerung in Bergneustadt eine Anlaufstelle für die chirurgische Versorgung. „Doch ich hadere nicht mehr damit, sondern genieße meinen Ruhestand“, betonte er. Auch der Zeitpunkt seiner Praxisaufgabe habe sich als richtig erwiesen: „Ich hätte – nicht zuletzt wegen der Telematikinfrastruktur – noch einmal kräftig investieren müssen. Meine Entscheidung habe ich noch keinen Tag bereut.“

Aus der Genossenschaft ist Dr. Hamacher in Ermangelung aktiver ärztlicher Tätigkeit zwar ausgetreten, doch der ANC Nordrhein bleibt er auch als Ruheständler weiterhin verbunden und verfolgt weiterhin interessiert das aktuelle politische Tagesgeschehen: „Ich habe im Laufe der Jahre ungeheuer von den berufspolitischen Informationen und der Hilfestellung durch die ANC profitiert“, erinnerte er sich. „Hätte es die ANC nicht gegeben, hätte ich mit meiner chirurgischen Einzelpraxis auf dem Land wohl kaum so lange überlebt.“

ANC Mittelfranken

Übernahme des Referentenhonorars

Wer sich zum kommenden Bundeskongress Chirurgie (siehe Seite 23) anmeldet, kann sich auf eine kostenlose Teilnahme an einem Workshop zur Frakturbeurteilung mittels Ultraschall freuen, der unmittelbar im Anschluss auf die entsprechende fachliche Sitzung am Freitag, 23.2.2024 von 15:15 bis 16:00 Uhr stattfinden wird. Denn die ANC Mittelfranken übernimmt das Honorar des Referenten Dr. Ole Ackermann. „Die Sonografie ist in vielen Fällen eine gute Alternative zum Röntgen“, erklärte der ANC-Vorsitzende Dr. Hans Peter Koerfgen, „deshalb unterstützt die ANC gern alle, die sich für diesen Workshop interessieren.“

Zum Kongressprogramm: www.bundeskongress-chirurgie.de

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 Personalien, wenn Sie mit einer politischen Aktion für Wirbel sorgen, wenn Sie Selektivverträge aushandeln, wenn Sie innerhalb Ihrer KV für die Interessen Ihrer Fachgruppen kämpfen oder wenn Sie im Zuge einzelner Projekte mit anderen Verbänden kooperieren.

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

Schleswig-Holstein

Gesundheitsministerin solidarisiert sich mit Ärzteprotesten

Die schleswig-holsteinische Gesundheitsministerin Kerstin von der Decken (CDU) hat anlässlich des bundesweiten Protesttages der Kampagne ‚Praxis in Not‘ am 2. Oktober 2023 Verständnis für die Sorgen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte geäußert. Sie forderte in Berlin ein offenes Ohr und Gesprächsbereitschaft: „Die massiven Steigerungen inflationsbedingter Mehrkosten, höhere Energiepreise, der Fachkräftemangel und berechnete höhere Vergütungen Medizinischer Fachangestellter sowie Sparmaßnahmen auf Bundesebene stellen die ambulante Versorgung vor große und weiter wachsende Herausforderungen“, erklärte die Ministerin.

Es sei nicht zielführend, wenn Ärztinnen und Ärzte sich zunehmend finanziellen Problemen und wirtschaftlichen Sorgen sowie der Personal- und Nachfolgesuche widmen müssten. „Der Fokus für die Ärzteschaft muss auf der Behandlung von Patientinnen und Patienten liegen. Der Lösungsansatz von Politik muss darin liegen, mit allen Beteiligten gemeinsam ins Gespräch zu kommen und gemeinsam an Lösungen zu arbeiten.“ Als mögliche Stellschrauben nannte von der Decken die Entbudgetierung vertragsärztlicher Leistungen, den Abbau von Bürokratie, Unterstützung im Kampf gegen den Fachkräftemangel und mehr Angestelltenverhältnisse auch im hausärztlichen Bereich.

Kurzlink zur vollständigen Pressemitteilung: tinyurl.com/539hfv59

Bitte einsenden an den

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

per Mail an info@bncev.de

Dieses Beitrittsformular finden Sie auch
auf der Internetseite des BNC unter
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, 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.

Aktuelles zum Arztrecht vom BNC-Justiziar

Medizinischer Notfall oder nicht? Vorgaben für Ersteinschätzung in Notfällen definiert

Im Vorfeld der Krankenhausreform und der Reform der Notfallversorgung wurden nun Standards definiert, anhand derer Notaufnahmen die Dringlichkeit der Behandlung einschätzen können. Die Richtlinie bietet zumindest für die Übergangszeit praktikable und sachgerechte Lösungen.

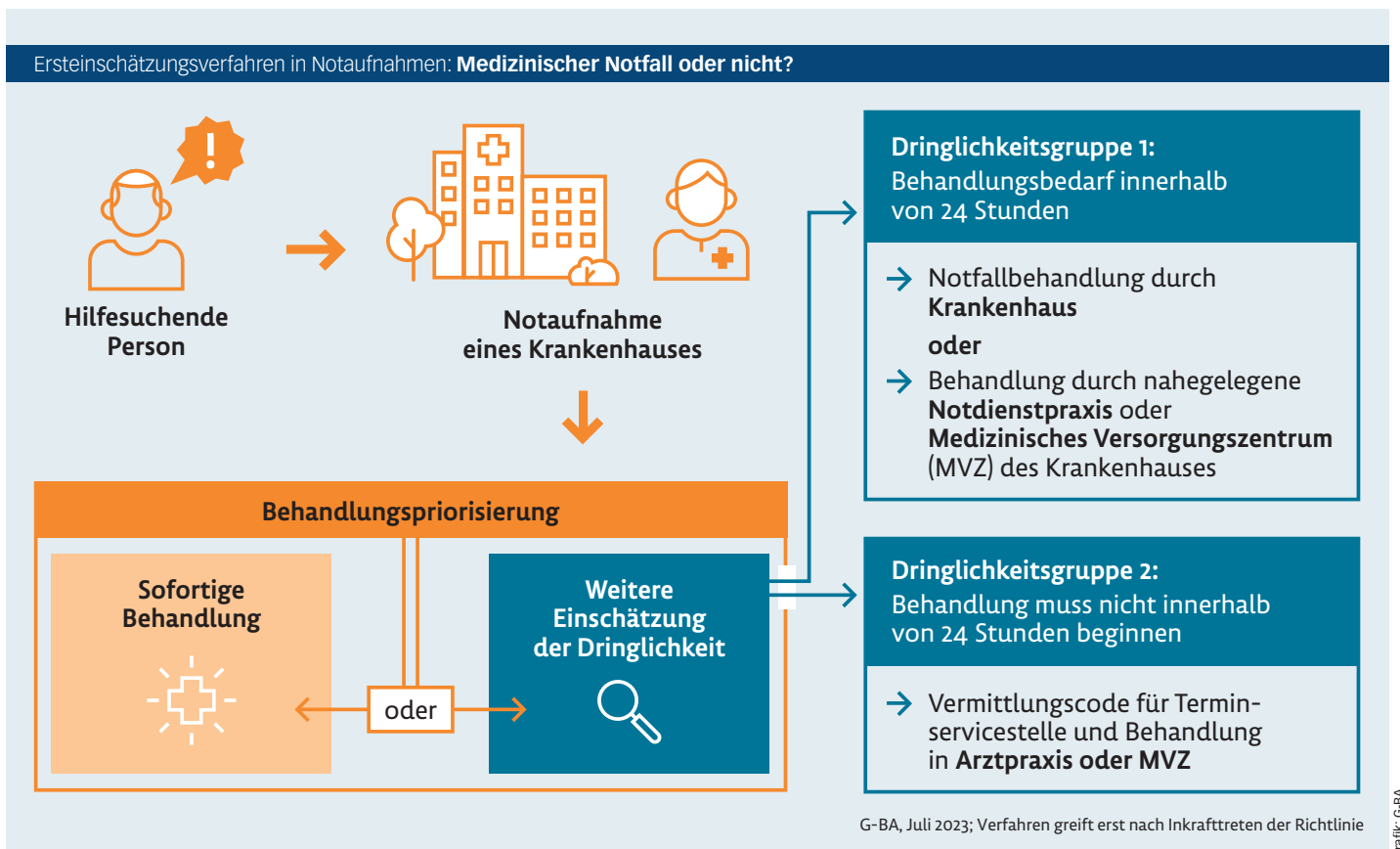
Von Jörg Hohmann

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat entsprechend seines gesetzlichen Auftrags Vorgaben für ein qualifiziertes und standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren in Notaufnahmen von Krankenhäusern definiert.

Das Gremium beschloss unter anderem Mindestanforderungen an das Verfahren, das digitale Assistenzsystem und die Qualifikation des beteiligten medizinischen Personals. Mit Hilfe des Ersteinschätzungsverfahrens soll schnell und verlässlich beurteilt werden, wie dringend bei Hilfesuchenden der Behandlungsbedarf ist. Nur wenn ein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wird, soll die Patientin oder der Patient

ambulant im Krankenhaus behandelt oder ggf. auch stationär aufgenommen werden. In allen anderen Fällen soll die Behandlung grundsätzlich in der vertragsärztlichen Versorgung erfolgen.

Bereits jetzt wird in Notaufnahmen die Dringlichkeit einer ärztlichen, unmittelbar notwendigen Behandlung mithilfe von sogenannten Triage-Systemen festgestellt: So werden Hilfesuchende mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung oder Verletzung schnellstmöglich identifiziert und behandelt, so der G-BA. Bei Hilfesuchenden, bei denen kein sofortiger Behandlungsbedarf besteht, schließt sich zukünftig ein erweitertes Ersteinschätzungsverfahren an, das aufbauend auf dem Ergebnis der Triage das Zeitfenster bis zur Behandlung und die



Versorgungsebene vorgibt. Je nachdem, ob eine ärztliche Behandlung innerhalb von 24 Stunden beginnen sollte oder nicht, werden zwei sogenannte Dringlichkeitsgruppen unterschieden:

Dringlichkeitsgruppe 1

Bei Dringlichkeitsgruppe 1 sollte die Behandlung innerhalb von 24 Stunden beginnen: entweder ambulant im Krankenhaus oder in einer im oder am Krankenhaus gelegenen Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) beziehungsweise einem entsprechenden Medizinischen Versorgungszentrum des Krankenhauses.

Dringlichkeitsgruppe 2

Bei Dringlichkeitsgruppe 2 ist keine Behandlung innerhalb von 24 Stunden erforderlich. Die Versicherten erhalten einen Vermittlungscode, mit dem sie über die Terminservicestelle der KV einen Termin buchen können.

Mit den bundeseinheitlichen Vorgaben für ein Ersteinschätzungsverfahren in Notaufnahmen hat der G-BA nach eigenen Angaben einen weiteren wichtigen Baustein für eine umfassende Reform der Notfallversorgung beschlossen. Das neue Verfahren im Krankenhaus soll sicherstellen, dass Hilfesuchende gut versorgt werden – bei medizinisch dringendem Bedarf direkt in der Klinik,



Foto: AOK-Medienservice

ansonsten durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Die generellen Anforderungen an Notfallstrukturen in Krankenhäusern, die unter anderem eine Zentrale Notaufnahme vorsehen, greifen bereits seit 2018.

Im Vorfeld des Beschlusses wurde diskutiert, ob Regelungen des G-BA angesichts der anstehenden Krankenhausreform verzichtbar sind. Hier ist derzeit offen, wann die Reform tatsächlich stehen wird. Weiter wird es einige Jahre dauern, bis die für die Krankenhausreform angedachten Strukturveränderungen reale Versorgungspraxis sind. Angesichts von überfüllten Notaufnahmen bietet die Richtlinie für diese Übergangszeit praktikable und sachgerechte Lösungen.

Weitere Informationen: www.g-ba.de

Foto: Hohmann

Jörg Hohmann

Rechtsanwalt, Kanzlei für Gesundheitsrecht
Prof. Schlegel Hohmann Diarra & Partner
Brandstwierte 4, 20457 Hamburg
Tel.: 040 3910697-0
Fax: 040 3910697-10
jh@gesundheitsrecht.com
www.gesundheitsrecht.com



Leserfrage an den BNC-Justiziar: Dürfen GOÄ-Rechnungen unverschlüsselt per E-Mail verschickt werden?

Wenn wir Behandlungsunterlagen, vor allem Röntgenaufnahmen, per E-Mail verschicken, muss das verschlüsselt geschehen.

Wie ist es aber mit unseren GOÄ-Rechnungen?

Einige Patienten wünschen den Empfang per E-Mail, dürfen wir diese so zustellen?

Und im Falle des Verschlüsseln: Dürfen wir das Verschlüsseln der Unterlagen separat abrechnen?

Hohmann: Grundsätzlich können Rechnungen nicht unverschlüsselt per E-Mail versendet werden. Auch Rechnungen enthalten personenbezogene und sensible Daten. Daher sollten Rechnungen bei Versand per E-Mail nur verschlüsselt gestellt werden, über eine Inhalts- oder eine Transportverschlüsselung (also entweder wird die Rechnung oder der Übertragungsweg verschlüsselt).

Der Datenschutzbeauftragte hatte unverschlüsselte E-Mails mit dem Versand einer Postkarte gleichgestellt. Dabei ging es um die Frage, ob eine zuvor eingeholte Einwilligungserklärung der Patienten das Problem lösen kann. Dieses ist unter Juristen umstritten und insoweit kritisch zu sehen. Der Bundesdatenschutzbeauftragte hatte seine Auffassungen wie folgt kundgetan: „Ein unverschlüsselter Datenversand per E-Mail ist bei sensiblen Daten auch dann nicht rechtmäßig, wenn vorher eine entsprechende Einwilligung des Empfängers eingeholt wurde, da diese in der Regel nicht datenschutzkonform erteilt werden kann. Nationale Vorschriften, die einen unverschlüsselten E-Mail-Versand legitimieren, sind nicht DSGVO-konform.“ Insoweit drohen hier straf- und berufsrechtliche Sanktionen.

Zudem gibt es auch keine Möglichkeit in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die Verschlüsselung des Versandes gesondert abzurechnen. Dieses auch deshalb nicht, weil für die Verschlüsselung frei verfügbare Software erhältlich ist. Die Verantwortung für eine ordnungsmäße und datenschutzkonforme Versendung liegt in der Praxis. Soweit Röntgenbilder versandt werden, geschieht dieses in der Regel zur Weiterbehandlung und ist Teil der Wahrnehmung einer Verpflichtung und/oder ist Teil der Wahrnehmung der Verpflichtung zur Erledigung des Einsichts- und Auskunftsrechts des Betroffenen. Solche Anfragen sind insoweit nicht kostenpflichtig.



Aktuelles zum Arztrecht vom BAO-Justiziar

Foto: Pixabay

Kooperationen mit Krankenhäusern vor dem Hintergrund der Klinikreform

Der Gesetzgeber gestaltet die stationäre Krankenhauslandschaft um und schafft dabei einen neuen sektorenübergreifenden Bereich als Bindeglied zwischen stationärem und ambulantem Bereich. Diese neue Versorgungsstruktur bietet Chancen insbesondere auch für den unternehmerisch denkenden Vertragsarzt.

Von Dr. Tobias List

Der Gesetzgeber forciert mit der neuen Krankenhausreform – wie zuletzt auch im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) – weiter die Verzahnung der Sektoren. Dies macht Kooperationen zwischen Niedergelassenen und Krankenhäusern als wesentlichen Anker einer sektorenübergreifenden Praxis unabdingbar und vor allem notwendig. Die denkbaren Kooperationsformen niedergelassener Ärzte mit Krankenhäusern nehmen dabei ebenso stetig zu wie die aufgrund einer Vielzahl an bisher ungeklärten Rechtsfragen vorliegende Komplexität sektorenübergreifender Kooperationen.

Vor dem Hintergrund der anstehenden Krankenhausreform erfolgt insofern eine kurze Einordnung sowie eine Darstellung des Status Quo.

Sektorenübergreifende Versorgung wird gesetzlich gefördert

Auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung strukturiert der Gesetzgeber die stationäre Krankenhauslandschaft auch dahingehend um, dass er einen neuen – sektorenübergreifenden – Bereich als Bindeglied zwischen stationärem und ambulantem Bereich schafft. Die dort tätigen Leistungserbringer werden fortan ‚sektorenübergreifende Versorger‘ oder ‚Level 1i-Krankenhäuser‘ genannt. Hierunter können bettenführende Primärversorgungszentren (PVZ), Regionale Gesundheitszentren (RGZ), integrierte Gesundheitszentren oder andere ambulant-stationäre Zentren fallen.

Diese Einrichtungen sollen eine wohnortnahe medizinische Versorgung durch eine Bündelung interdisziplinärer und interprofessioneller Leistungen sichern und sich regelhaft aus dem stationären Bereich, aber auch aus ambulanten Versorgungsmodellen heraus entwickeln. Sie sollen stationäre Leistungen der interdisziplinären Grundversorgung wohnortnah sowohl mit ambulanten fachärztlichen sowie hausärztlichen Leistungen als auch mit medizinisch-pflegerischen Leistungen verbinden und sich durch eine enge Zusammenarbeit mit anderen weiteren Leistungserbringern im Bereich der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung auszeichnen. Die Standorte der sektorenübergreifenden Versorger sollen wesentlicher Bestandteil in der ärztlichen und pflegerischen Aus- und Weiterbildung sowie weiterer Gesundheitsberufe sein. Im Verbund mit anderen Kliniken sollen sie eine zentrale Rolle in der Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegepersonal bekommen.

Von zentraler Bedeutung ist, dass die ärztlichen Weiterbildungsordnungen den sektorenübergreifenden Ansatz z.B. bei der Vorgabe der Mindestfallzahlen übernehmen und die Anrechnung der Tätigkeit in dieser sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung uneingeschränkt auf die notwendigen Weiterbildungszeiten angerechnet werden. Ihre Attraktivität als Arbeitgeber soll darüber hinaus durch eine weitgehende Entbürokratisierung der Versorgung in dieser Stufe erhöht werden (vgl. ausführlich hierzu das Eckpunktepapier des Bundes-

gesundheitsministeriums zur Krankenhausreform vom 10.07.2023, siehe Kurzlink tinyurl.com/BMG-Eckpunkte)

Auswirkungen auf Kooperationen

Während die üblichen Kooperationsmodelle vor allem aus der Sicht der Krankenhäuser nun mehr denn je gefragt sein und auch künftig den Schwerpunkt kooperativen Handelns zwischen ambulanten und stationären Sektor bilden dürften, kann die vorstehend genannte Versorgungsstruktur insbesondere auch für den unternehmerisch denkenden Vertragsarzt interessant sein. So könnte der niedergelassene Arzt beispielsweise über die Fortentwicklung eines ambulanten OP-Zentrums selbst entsprechende Versorgungsstrukturen aufbauen.

Über die Vielzahl an neu geschaffenen und teilweise gestärkten Regelungen im SGB V bei der sektorenübergreifenden Versorgung, etwa tagesstationäre Behandlungen (§ 115e SGB V) oder der beabsichtigten Vergütungsgleichlauf im Bereich des ambulanten Operierens nach § 115f SGB V, eröffnen sich insofern vielfältige Möglichkeiten im Bereich der sektorenübergreifenden Kooperation aus beiden Perspektiven (ambulant oder stationär).

Status Quo bekannter Kooperationsmodelle

Betreiberkonzept: Bei der Nutzung von im Krankenhaus vorhandener Infrastruktur stellt das Krankenhaus dem Arzt beispielsweise die vorhandenen Operationssäle sowie die erforderlichen medizinischen Geräte zur Durchführung ambulanter Operationen zur Verfügung. Der Arzt nutzt diese Strukturen des Krankenhauses als ‚weitere Betriebsstätte‘ und entrichtet ein Nutzungsentgelt an das Krankenhaus.

Belegarzt: Belegärzte sind niedergelassene Ärzte, die aufgrund eines mit dem Krankenhaus abgeschlossenen Belegarztvertrages berechtigt sind, ihre Patienten im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der vom Krankenhaus hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln, ohne vom Krankenhaus hierfür eine Vergütung zu erhalten (vgl. § 121 SGB V, § 18 KHEntgG).

Der Belegarzt ist gerade nicht Angestellter des Krankenhauses, sondern erbringt seine ärztlichen Leistungen als selbständiger niedergelassener Arzt unter Inanspruchnahme der Krankenhausstruktur. Der Belegarzt rechnet die von ihm erbrachten ärztlichen Leistungen selbstständig gegenüber dem Patienten oder den Kostenträgern (insbesondere der KV) auf Grundlage der Gebührenordnungen ab. Das Krankenhaus rechnet seine Leistungen als gesonderte Fallpauschale gegenüber den Krankenkassen ab. Alternativ zu dieser klassischen Vergütungsvariante können Krankenhäuser mit Belegärzten auch Honorarvereinbarungen über belegärztliche Leistungen abschließen (§ 121 Abs. 5 SGB V).

In dem der Kooperation zugrundeliegenden Belegarztvertrag müssen insbesondere Verantwortungsbereiche von Regelungen zur Inanspruchnahme von Personal des Krankenhauses sowie Regelungen zur Kostenerstattung nicht pflegesatzfähiger Aufwendungen des Krankenhauses abgegrenzt werden. Vor allem dürfen etwa auch nicht dem Belegarzt seitens des Krankenhauses Verpflichtungen auferlegt werden, die eher

Dr. Tobias List

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht
Zertifizierter Datenschutzbeauftragter
KWM LAW PartG mbB

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

dem Tätigkeitsbereich des Krankenhauses zuzuordnen und/oder dem Belegarztwesen fremd sind.

Honorarärztliche Tätigkeit: Die honorarärztliche, d. h. freiberufliche Tätigkeit eines niedergelassenen Arztes im Krankenhaus kann die verschiedensten Ausprägungen haben. Hier treten jedoch erhebliche arbeits- und sozialversicherungsrechtliche Risiken, insbesondere für das Krankenhaus und dessen Verantwortliche, auf. Im Rahmen des Vertragsarztrechts hat der niedergelassene Arzt unter anderem die Bestimmungen des § 20 Zulassungsverordnung-Ärzte zu beachten, insbesondere den zeitlichen Umfang der Nebentätigkeit.

Die Frage der Sozialversicherungspflicht von Honorarärzten dürfte indes mittlerweile geklärt sein. Das Bundessozialgericht äußerte sich in jüngerer Vergangenheit mit verschiedenen Urteilen jeweils dahingehend, dass Honorarärzte grundsätzlich dem Weisungsrecht des Krankenhauses unterstehen und in dessen Betrieb eingegliedert sind, was regelmäßig zu ihrer Sozialversicherungspflichtigkeit führt (BSG, Urteil vom 04.06.2019 – B 12 R 11/18 R als Leitfall). Krankenhäuser stellen daher in der stationären Versorgung kooperierende (Honorar-) Ärzte seitdem üblicherweise nur noch in Teilzeit an.

Eine Vereinbarung über die Erbringung von honorarärztlichen Leistungen durch Niedergelassene für das Krankenhaus (z. B. in der Konstellation honorarärztlicher Operateur und Anästhesist des Krankenhauses; Abrechnung der gesamten Leistungen durch das Krankenhaus) wird deshalb die Hauptpflichten der Parteien (ärztliche Leistungen; Honorarzahlung durch das Krankenhaus an den Arzt) sowie insbesondere Haftungsregelungen beinhalten. Das Honorar für die ärztlichen Leistungen kann dabei grundsätzlich pauschaliert werden (vgl. BGH, Urteil vom 12.11.2009 – III ZR 110/09). Insbesondere sind die Parteien nicht an die Regelungen der GOÄ oder anderer Gebührenbestimmungen gebunden, solange nichts anderes vereinbart ist. Die Höhe des Honorars muss jedoch angemessen sein, anderenfalls drohen eine Einstufung als berufsrechtswidrige Zuweisung gegen Entgelt (§ 31 MBO-Ärzte) und ggf. strafrechtliche Konsequenzen (§§ 299 a, b StGB).

Cave: Nicht angemessene Vergütungen in Kooperationen sind ein Indiz für eine sogenannte Unrechtsvereinbarung und können insofern insbesondere strafrechtliche Relevanz haben. Keinesfalls darf in einem Austauschgeschäft im Gesundheitswesen – egal welcher Art – der Eindruck erweckt werden, dass neben der Vergütung für die vertragsgemäß erbrachte Leistung noch ein Vergütungsanteil enthalten ist, welcher eine Zuweisungsprämie enthält. ◀

Abrechnung

Auszüge aus dem neuen Kompendium 'Der Kommentar zu EBM und GOÄ', Teil 12

Foto: iStock/ivan-balvan

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 Zuschläge zu sonographischen Leistungen.

- ▶ **Nr.401: Zuschlag zu den sonographischen Leistungen nach den Nummern 410 bis 418 bei zusätzlicher Anwendung des Duplex-Verfahrens – gegebenenfalls einschließlich Farbkodierung**
Der Zuschlag nach Nummer 401 ist neben den Leistungen nach den Nummern 406, 422 bis 424, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.
- ▶ **Nr.402: Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transösophagealer Untersuchung**
Der Zuschlag nach Nummer 402 ist neben den Leistungen nach den Nummern 403 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.
- ▶ **Nr.403: Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transkavitärer Untersuchung**
Der Zuschlag nach Nummer 403 ist neben den Leistungen nach den Nummern 402 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.
- ▶ **Nr.404: Zuschlag zu Dopplersonographischen Leistungen bei zusätzlicher Frequenzspektrumanalyse – einschließlich graphischer oder Bilddokumentation**
Der Zuschlag nach Nr. 404 ist neben Leistungen nach den Nummern 422, 423, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.
- ▶ **Nr.405: Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 424 – bei zusätzlicher Untersuchung mit cw-Doppler**
- ▶ **Nr.406: Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 424 – bei zusätzlicher Farbkodierung**
- ▶ **Nr.408: Transluminale Sonographie von einem oder mehreren Blutgefäß(en) nach Einbringung eines Gefäßkatheters, je Sitzung**
- ▶ **Nr.410: Ultraschalluntersuchung eines Organs**
Das untersuchte Organ ist in der Rechnung anzugeben.
- ▶ **Nr.411: Sonographie bei der Kontrolle von Frakturen bei Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Geburtstag (Zuschlag zur Nr.410) – Knochen/Gelenke im Sinne der Nr.411 sind: Oberarm, Unterarm, Oberschenkel, Unterschenkel und angrenzende Gelenke.**
Der Zuschlag kann zu der Nr.410 nur einmal je Sitzung und maximal dreimal im Behandlungsfall abgerechnet werden. Neben der

Nr. 411 und 411A kann die Nr. 420 nicht abgerechnet werden. Eine im Einzelfall erforderliche sonographische Kontrolle der Gegenseite ist Bestandteil der Leistung.

- ▶ **Nr. 411A: Sonographie bei der Kontrolle von Frakturen bei Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Geburtstag (Zuschlag zu der Nr. 410) – Andere Knochen/Gelenke, die nicht in Nr. 411 genannt sind.**

Der Zuschlag kann zu der Nr. 410 nur einmal je Sitzung und maximal dreimal im Behandlungsfall abgerechnet werden. Neben der Nr. 411 und 411A kann die Nr. 420 nicht abgerechnet werden. Eine im Einzelfall erforderliche sonographische Kontrolle der Gegenseite ist Bestandteil der Leistung.

- ▶ **Nr. 412: Ultraschalluntersuchung des Schädels bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr**
- ▶ **Nr. 413: Ultraschalluntersuchung der Hüftgelenke bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr**
- ▶ **Nr. 417: Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse**
- ▶ **Nr. 418: Ultraschalluntersuchung einer Brustdrüse – gegebenenfalls einschließlich der regionalen Lymphknoten**
- ▶ **Nr. 420: Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen im Anschluss an eine der Leistungen nach den Nummern 410 bis 418, je Organ**

Arbeitshinweise der UV-Träger

Nach vielen Rückmeldungen von Ärzten sind zwischenzeitlich Änderungen bei der Indikation sonographischer Untersuchungen eingetreten. Der Bereich Sonographie wurde deshalb unter Einbeziehung der relevanten Expertengruppen – Arbeitskreis Bewegungsorgane der DEGUM, Arbeitsgemeinschaft Ultraschall der DGU, Arbeitsgemeinschaft Orthopädie und Unfallchirurgie der Sektion Chirurgie der DEGUM – überarbeitet.

Die Experten haben in der nachstehenden Ampelliste ihre Einschätzung konsentiert dokumentiert, bei welchen Verletzungen und zu welchem Zeitpunkt eine Indikation gegeben (grün) oder fraglich (gelb) sein kann oder auch eine Indikation nicht gegeben (rot) ist (siehe Tabelle nächste Seite). Diese Einschätzung bezieht sich generell auf Verletzte jeden Alters. Bei unklarem Befund bzw. zur Diagnosesicherung kann im jeweiligen Einzelfall ein Seitenvergleich bei paarigen Organen angezeigt sein. Untersuchungen einer Gegenseite können insbesondere indiziert sein, wenn zur Einschätzung eines vom Normalen abweichenden Befundes ein sogenannter Normzustand benötigt wird, wie dies die (vermeintlich) gesunde Gegenseite darstellt. Es macht durchaus Sinn, z. B. auf der Gegenseite Läsionen festzustellen oder auszuschließen, die dann wieder einen Aufschluss über den Unfallzusammenhang geben können (z. B. bei Verdacht auf degenerative Veränderungen von Sehnen, Läsionen der Rotatorenmanschette und der Achillessehne).

Mit der Ampelliste werden keine Hinweise dazu gegeben, wann bei Anwendung von Sonographie z. B. Röntgen, MRT oder CT entbehrlich wäre. Es existieren insbesondere facharztübergreifend keine abgestimmten Aussagen, bei welchen Indikationen durch die Sonographie der Einsatz von Röntgen, CT und/oder MRT entbehrlich ist. Vielmehr

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

wird dies immer im jeweiligen Einzelfall durch den Arzt – auch unter Strahlenschutzgesichtspunkten – zu prüfen und zu entscheiden sein. Bei Patienten mit Herzschrittmachern, der nicht MRT-fähig ist, wird je nach Verletzungsbild einer sonographischen Diagnostik der Vorzug eingeräumt werden.


Durch die Sonographie können teilweise Röntgen-, CT- und MRT-Untersuchungen entbehrlich und damit Strahlenbelastungen für die Versicherten vermieden und/oder Kosten eingespart werden. Um aussagekräftige Ergebnisse erzielen zu können, bedarf es einer fachlichen Qualifikation des Arztes sowie einer aktuellen Geräteausstattung, wie sie die ‚Ultraschall-Vereinbarung‘ für die Abrechnung in der GKV vorschreibt. Eine Zulassung zur Abrechnung in der GKV kann aber nicht gefordert werden, da viele Ärzte der Unfallversorgung in der GKV nicht tätig sind und daher nicht über eine Zulassung verfügen, obwohl sie die Voraussetzungen erfüllen. Bei Ärzten, die dadurch auffallen, dass sie nach jeder Sonographie immer noch eine Röntgen-, CT- oder MRT-Kontrolle durchführen, sollte jedoch der erwartete Nutzen für die vorher durchgeführte Sonographieuntersuchung hinterfragt werden, ggf. auch, ob dieser mit dem zur Verfügung stehenden Gerät überhaupt zu erzielen war. Insbesondere bei Kindern bis zwölf Jahren wird vermehrt die Sonographie als diagnostisches Mittel verwendet und insofern versucht, die mit dem Röntgen einhergehende Strahlenbelastung zu verringern oder gar zu vermeiden. Bei der Untersuchung mehrerer Organe ist neben der Nr. 410 für jedes weitere Organ zusätzlich jeweils die Leistung nach Nr. 420 berechenbar (z. B. Milz, Leber, Unterschenkel-Muskulatur = Nummern 410 + 420 + 420).

Die Sonographie der Nase wird sehr unterschiedlich abgerechnet (Nr. 410 und bis zu dreimal Nr. 420). Vergleichbar mit der Untersuchung paariger Organe (Augen, Nieren, Hoden) kann die Nase maximal in zwei ‚Organen‘ (linke/rechte Seite) aufgeteilt werden mit der Folge, dass neben der Nr. 410 einmal die Nr. 420 abrechenbar ist. Die dreimalige Berechnung der Nr. 420 ist gemessen am erforderlichen Aufwand unverhältnismäßig. ▶

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.

Tabelle 1: Ampelliste mit Expertenempfehlungen zur Einschätzung von Sonographie-Indikationen

Verletzung	Region	Fragestellung	Zeitpunkt	Indikation
AC-Gelenk	Schulter	Instabilität	Erstuntersuchung	ja 
Achillessehnenläsion	OSG	Riss, Teilriss, Dehiszenz, Adaptierbarkeit	Erstuntersuchung, Kontrolle	ja 
Aneurysma	Knie	traumatische Schädigung	Erstuntersuchung	ja 
Außenband	Knie	Hämatom, Dehiszenz, Instabilität	Erstuntersuchung, Kontrolle	ja 
Bakerzyste	Knie	DD Kniekehlenverletzung	Erstuntersuchung, Kontrolle	ja 
Bauchtrauma	Abdomen	Leberriss, Milzriss, freie Flüssigkeit	Erstuntersuchung	ja 
Bizepssehne distal	Schulter	Defekt	Erstuntersuchung	ja 
Distorsionen	Gelenke	Hämarthros als Hinweis auf Kapselbandläsion: Punktion?	Erstuntersuchung	ja 
fibuläre Bandläsion	OSG	Riss, Teilriss, Instabilität	Erstuntersuchung, Kontrolle	ja 
Fingersehnenverletzung	Hand	Dehiszenz, Ringbandverletzung	Erstuntersuchung, Kontrolle	ja 
Frakturen	Knochen	negatives Röntgen bei klinischem Verdacht, periostales Hämatom, Kortikalisunterbrechung	Erstuntersuchung	ja 
Frakturen (insb. proximaler Humerus, Ellenbogen, distaler Radius bei Kindern)	Knochen	Stellungskontrolle, Fragmentposition	Kontrolle	ja 
Fremdkörper	Weichteile	Ortung, Ortung vor OP	Erstuntersuchung, OP	ja 
Hüftgelenk	Hüfte	Erguss/Hämarthros, Hämatobursa/Serom)	Erstuntersuchung	ja 
Implantatlage	Knochen/ Gelenke	Überstand, Ortung vor OP	Kontrolle, OP	ja 
Innenband	Knie	Hämatom, Dehiszenz, Instabilität	Erstuntersuchung, Kontrolle	ja 
Muskelfaserriss	Extremitäten	Dehiszenz, Ausmaß, Hämatom (Punktion?)	Erstuntersuchung, Kontrolle	ja 
Patellarsehnenriss	Knie	Dehiszenz, Teilruptur	Erstuntersuchung, Kontrolle	ja 
Quadrizsessehnenriss	Knie	Dehiszenz, Teilruptur	Erstuntersuchung, Kontrolle	ja 
Rotatorenmanschette traumatisch	Schulter	traumatische Schädigung	Erstuntersuchung, Kontrolle	ja 
Schulterluxation	Schulter	knöcherne Läsion, Instabilität	Erstuntersuchung	ja 
schwere Kontusion	Extremitäten	Hämatom/Hämarthros (Punktion?), Kompartiment	Erstuntersuchung, Kontrolle	ja 
Sehnenaurisse, ggf. knöchern	Hüfte, Knie, EB	Ausriss, Dehiszenz	Erstuntersuchung, Kontrolle	ja 
Skidaumen	Hand	Instabilität	Erstuntersuchung, Kontrolle	ja 
Syndesmosenläsion	OSG	Bandläsion, Instabilität	Erstuntersuchung, Kontrolle	ja 
Thoraxtrauma	Thorax	Rippenbruch, Hämatothorax, Pneumothorax	Erstuntersuchung	ja 
Thrombose	Extremitäten	Gefäß kompressibel, Thrombus in situ, Fluss?	Erstuntersuchung	ja 
Hinteres Kreuzband	Knie	Instabilität, hypoechogene Zone?	Erstuntersuchung, Kontrolle	fraglich 
Labrumläsion Schulter	Schulter	Instabilität, Defekt	Erstuntersuchung	fraglich 
Osteomyelitis	Knochen	Weichteilkomponente	Kontrolle	fraglich 
TEP-Schmerz	Gelenke	Erguss (Lockerung, Infekt)	Kontrolle	fraglich 
Vorderes Kreuzband	Knochen	Knochen	Erstuntersuchung, Kontrolle	fraglich 
Meniskus	Knochen	Knochen	Erstuntersuchung	nein 

Praxisteam

MFA wollen keine Almosen, sondern gerechte Entlohnung für ihre Leistungen!

Knapp 2.000 Menschen waren am 8. September in Berlin dem Aufruf des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V. (VMF) gefolgt, um der Gesundheitspolitik die ‚Rote Karte‘ zu zeigen. Gemeinsam mit etlichen Ärzteverbänden machten sie auf das verheerende Ausmaß der gesundheitspolitischen Fehlentscheidungen aufmerksam.

Von Antje Thiel

Die Gesundheitspolitik schenkt derzeit der ambulanten Medizin zu wenig Beachtung, dies gilt insbesondere auch für die personelle Situation in Arztpraxen. Mit Verweigerung eines Corona-Bonus, Spargesetzen, die die ambulante Versorgung schwächen und einer weiterhin fehlenden effizienten Digitalisierung heizt sie den immensen Fachkräftemangel in der ambulanten Versorgung weiter an. Darauf haben der Verband Medizinischer Fachberufe (VMF) und der Spitzenverband Fachärzte (SpiFa) hingewiesen und gemeinsam eine Aufwertung der Gesundheitsberufe und der Fachkräftesicherung gefordert.

„Viele Medizinische Fachangestellte (MFA) verlassen ihren Beruf oder wandern ins Krankenhaus ab. Dabei geht es ohne MFA nicht“, hatten die beiden Verbände im Vorfeld des Protesttags gewarnt. Schließlich seien die Gesundheitsleistungen, die in einer Praxis angeboten werden, immer eine Teamleistung. Der SpiFa-Vorstandsvorsitzende Dr. Dirk Heinrich erklärte dazu: „Unsere MFA leisten hervorragende, engagierte und auch schwere Arbeit. Das ist bewundernswert. Ich freue mich jeden Tag auf die sehr vertrauensvolle Zusammenarbeit mit meinen MFA. Diese Teamarbeit trägt mich durch den Tag. Im Übrigen sind leistungsfähige Praxen ohne unsere MFA nicht denkbar.“

Als Beispiel führte Dr. Heinrich an, dass ein HNO-Arzt mit MFA im Durchschnitt bis zu 1.300 Patientinnen und Patienten pro Quartal behandelt. Privatpraxen ohne MFA hingegen nur etwa 250. Aus Sicht von SpiFa und VMF muss die Gesundheitspolitik daher unbedingt ihren Fokus verlagern und für eine Förderung und Aufwertung der Gesundheitsberufe in der ambulanten Struktur sorgen. Dazu gehört auch ein deutliches Signal der Wertschätzung fernab von Lippenbekenntnissen. Auch der BNC-Vorsitzende Jan Henniger und BAO-Vizepräsident Dr. Axel Neumann hatten sich im Vorfeld des Protesttags mit den Forderungen des MFA solidarisiert.

Immer mehr MFA denken an Job- oder Berufswechsel

VMF-Präsidentin Hannelore König warnte: „Das ambulante Gesundheitswesen steht vor dem Kollaps. Die Unzufriedenheit mit dem Gehalt ist laut unserer Umfrage vom Frühjahr 2022 zum Sommer 2023 von



ROTE KARTe
für die
Gesundheitspolitik
08.09.2023 - BERLIN
SAVE THE DATE!
www.vmf-entz.de

SpiFa
Spitzenverband
Fachärzte

„Eine MFA ist die am breitesten ausgebildete Angestellte im gesamten Gesundheitssystem. Sie ist Sanitäter, Bürokauffrau, Praxismanager in einem. Sie stehen immer dort wo es brennt. Sie baden aus, dass die Politik immer mehr verspricht. Ohne zu bezahlen. Die Nichtachtung der Politik und der Bevölkerung gegenüber den MFA muss aufhören! Wir stehen an Ihrer Seite!“

Jan Henniger, Vorsitzender des Vorstandes
Berufsverband der niedergelassenen Chirurgen
Deutschland (BNC) e.V.




ROTE KARTe
für die
Gesundheitspolitik
08.09.2023 - BERLIN
SAVE THE DATE!
www.vmf-entz.de

SpiFa
Spitzenverband
Fachärzte

„Medizinische Fachangestellte sind von enormer Bedeutung für das reibungslose Funktionieren von Arztpraxen, ambulanten Operationszentren und Tageskliniken. Sie sind das Rückgrat dieser Einrichtungen, ohne die Patientensicherheit und effiziente Arbeitsabläufe nicht gewährleistet wären. Sie sind auch durch künstliche Intelligenz nicht zu ersetzen. Jetzt ist es an der Zeit, gemeinsam für eine angemessene Anerkennung dieses Berufsstands in der Gesellschaft, Politik und Wirtschaft einzutreten.“

Dr. med. Axel Rainer Neumann, Vizepräsident
Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V.



Fotos: SpiFa

58 auf 66 Prozent gestiegen.“ Für viele MFA laute die Schlussfolgerung dann: raus aus der Praxis oder dem Job. Der Anteil derjenigen, die in den vergangenen zwölf Monaten mehrmals im Monat daran gedacht haben, den Arbeitgeber zu wechseln bzw. ganz aus dem Job auszusteigen liegt nach Angaben des VMF bei MFA bei knapp 40 Prozent.

„Wir verlieren schon jetzt zu viele MFA an Kliniken und Pflegeeinrichtungen. Wenn MFA ab dem 1. März 2024 im öffentlichen Dienst mit einem Brutto-Stundenlohn von 17,34 Euro rechnen können oder ab 1. Mai 2024 der Mindestlohn für qualifizierte Pflegehilfskräfte auf 16,50 Euro angehoben wird bzw. MFA als qualifizierte Pflegehilfskraft nach TVÖD-P 17,71 Euro erhalten, fürchten wir eine weitere enorme Abwanderungswelle“, betonte König. Selbst die Krankenkassen, die bei den Honorarverhandlungen mit der Ärzteschaft auf Sparkurs sind, ▶

Fortbildung: Termine für das Praxisteam

**15. November 2023, Online-Veranstaltung
Arbeitsschutz in der Arztpraxis**

Unterweisung nach Arbeitsschutzgesetz und DGUV, Gefährdungsbeurteilung
Information und Anmeldung:
Seminarzentrum für medizinische Berufe, Schönhauser Allee 118, 10437 Berlin
Tel.: 030 47370474, info@seminar-mb.de, https://seminarzentrum-mb.de

**25. November 2023 bis 2. Februar 2024, Online-Veranstaltung
Fachzertifikat – Ambulantes Operieren für Medizinische
Fachangestellte und Medizinisches Assistenzpersonal**

70-Stunden-Kurs auf Basis des Curriculums der BÄK, Inhalte unter anderem:
Präoperatives Management, Infektionsprophylaxe, Medizinprodukte
Information und Anmeldung:
Bildungswerk für Gesundheitsberufe, Anne Gerlach
Tel.: 0561 20864815, anne.gerlach@bildungswerk-gesundheit.de
www.bildungswerk-gesundheit.de

**6. Dezember 2023, Online-Veranstaltung
Abschlusskolloquium Hygienebeauftragte MFA**

Nach den Richtlinien der DGKH. 5 Online-Lernmodule, 1 Tag Abschluss-
kolloquium (Online oder Präsenz).
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

**11. Januar bis 20. April 2024, Berlin
Fachweiterbildung Ambulantes Operieren
für die medizinische Fachkraft**

Nach dem Curriculum der Bundesärztekammer 2020 für MFA, Arzthelferinnen
und medizinisches Fachpersonal (9 Module in 4 Blöcken, zusammen 120 UE)
Information und Anmeldung:
Seminarzentrum für medizinische Berufe, Schönhauser Allee 118, 10437 Berlin
Tel.: 030 47370474, info@seminar-mb.de, https://seminarzentrum-mb.de

**16. März bis 11. Mai 2024, Stuttgart
Fachzertifikat – Ambulantes Operieren für Medizinische
Fachangestellte und Medizinisches Assistenzpersonal**

70-Stunden-Kurs auf Basis des Curriculums der BÄK, Inhalte unter anderem:
Präoperatives Management, Infektionsprophylaxe, Medizinprodukte
Information und Anmeldung:
Bildungswerk für Gesundheitsberufe, Andrea Folwerk
Tel.: 0561 20864815, andrea.folwerk@bildungswerk-gesundheit.de
www.bildungswerk-gesundheit.de

**29. April 2024, Online-Veranstaltung
Abschlusskolloquium bundesweiter Blended-Learning-Kurs
Aufbereitung von Medizinprodukten**

Zertifizierter Kurs nach dem Curriculum der Bundesärztekammer. 8 Online-
Lernmodule, 1 Tag Abschlusskolloquium (Online oder Präsenz)
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

**Einstieg jederzeit möglich, Online-Veranstaltung
Zertifizierter Fernlehrgang
Hygiene-/Sterilgutbeauftragte(r) in Arztpraxen**

Instrumentenpflege, Reinigung, Desinfektion und Sterilisation, Verpackung,
Kennzeichnung und Lagerung (40 Stunden, 8 Module)
Information und Anmeldung:
PKV Institut GmbH, Goethestraße 66, 80336 München
Tel.: 089 45228090, Fax: 089 452280950, info@pkv-institut.de
www.pkv-institut.de

zahlten bei ihnen angestellten MFA mehr: „Die AOK bietet aktuell 17,26 Euro/Stunde, die IKK 17,74 Euro als Einstiegsgehalt. Und selbstverständlich gibt es eine Inflationsausgleichsprämie, die vom Staat bzw. von den Sozialversicherungen finanziert werden“, sagte König.

Diese beträchtlichen Lohndifferenzen von mehr als 30 Prozent könne der VMF als Tarifpartner nicht überwinden. „Hier ist dringend eine staatliche Gegenfinanzierung notwendig. Die Bundesregierung muss endlich handeln und die Versprechen aus dem Koalitionsvertrag zur Stärkung und Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Gesundheitsberufe – auch für die Beschäftigten im ambulanten Gesundheitswesen – mit konkreten Maßnahmen auf den Weg bringen“, forderte König. Schließlich gehe es um die Gesundheit der Menschen in Deutschland und um die wohnortnahe Versorgung. „Der Bundesgesundheitsminister sieht die Anhebung der Mindestlöhne für Pflege- und Betreuungskräfte als Zeichen der Anerkennung dafür, was sie täglich leisten. Der Beitrag unserer Berufsangehörigen ist keinen Deut geringer. Auch sie brauchen eine faire Entlohnung und zwar jetzt!“

Nicht ausgesuchte, sondern alle Gesundheitsberufe stärken

Bei der Protestveranstaltung am Brandenburger Tor stellte auch Stephanie Schreiber, 2. Vorsitzende im geschäftsführenden Vorstand des VMF, fest, dass es die Politik „mit einer ausgeprägten Kontinuität“ schaffe, „die ambulante Regelversorgung vollständig zu ignorieren.“ Sie forciere damit die Abwanderung aus der ambulanten Versorgung. An die Gesundheitspolitikerinnen und -politiker der Ampel-Koalition gerichtet sagte sie: „Wir MFA haben es satt, aufgrund Ihrer politischen Entscheidungen ständig der Prellbock der Nation sein zu müssen. Fangen Sie endlich an, alle Gesundheitsberufe zu stärken und nicht nur ausgesuchte!“ Der MFA Klaus Seidel ergänzte: „Was die Patientinnen und Patienten nicht sehen, sind die ganzen Jobs, die wir noch so nebenbei machen. MFA verdienen durchschnittlich 2.700 Euro brutto. Ich bin nebenbei aber noch Sekretär (die verdienen im Durchschnitt 3.500 Euro), Hygienefachkraft (3.900 Euro), Fachkraft für Entsorgung und Recycling (4.300 Euro), Arbeitsschutzbeauftragter (4.400 Euro), Datenschutzbeauftragter (5.300 Euro), Qualitätsmanagementbeauftragter (6.400 Euro) und IT-Administrator (4.600 Euro).“

„Respekt drückt sich dadurch aus, dass man die Berufe, die die Gesellschaft tatsächlich am Laufen halten, respektiert, honoriert, wahrnimmt und sie fördert“, erklärte Erik Bodendieck, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten (AAA). An Bundesarbeitsminister Hubertus Heil gerichtet, der bekanntlich branchenübergreifend für mehr Tarifbindung sorgen möchte, kritisierte er: „Wir können es nicht mehr leisten – schon gar nicht in einem System, wo wir nicht einfach die Preise erhöhen, sondern wo wir darauf angewiesen sind, unter Budgetbedingungen die Patientinnen und Patienten zu behandeln.“ Anstelle eines sozialistischen Gesundheitssystems, wie es Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach vorschwebt, brauche man eine Refinanzierung von Tarifsteigerungen, „und noch besser wäre eine Entbudgetierung.“

Proximale Humerusfraktur

Neue Orthese kann unzuträgliche Bewegungen verhindern

Seit Neuestem erweitert die neue medi Humeral fracture brace plus das Schulterorthesen-Sortiment des Herstellers medi. Mit der Orthese könnten unzuträgliche und unnötige Bewegungen des Humerus verhindert werden. Die Orthese ist in einer Ebene einstellbar, um den Arm in zirka 10 bis 15 Grad zu lagern.

Wie das Unternehmen mitteilt, kommt die Schulterorthese bei allen Indikationen zum Einsatz, die eine Ruhigstellung des Schultergelenks in einstellbarer Position notwendig machen. Dazu zählen die konservative oder postoperative Versorgung von proximalen Humerusfrakturen, die Anwendung nach Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion, Schulterstabilisierungs-Operation, vordere Schulterluxation (konservativ), postoperativ nach AC-Gelenksprengung (Schulterreckgelenksprengung) oder zur Nachbehandlung bei Bizepssehnenentodese.

Das kleine Abduktionskissen der Orthese erzeuge ein Hypomochlion am Humerus. Als Vorteile nannte der Hersteller, dass es zur anatomisch korrekten Positionierung des Oberarmes dient und dadurch zur besseren Einheilung führt. Die medi Humeral fracture brace plus sei einfach anzulegen und mit einem skalierbaren Gurtsystem zur Einstellung des individuellen Drucks bzw. zur Limitierung der Bewegungsfreiheit ausgestattet. Eine Handschleife zur bequemen Lagerung komplettiere die Orthese. Dank der Kunststoffstäbe können nach Angaben des Unternehmens auch Röntgenaufnahmen mit angelegter Orthese gefertigt werden. Die stabilen Kunststoffstäbe sind in der Oberarmtasche integriert.

Die medi Humeral fracture brace plus ist in Varianten für die linke und rechte Schulter in jeweils vier Größen (S bis XL) erhältlich.

Kontakt: medi Kundencenter, Tel.: 0921 912-300, auftragservice@medi.de

www.medi.de/produkte/medi-humeral-fracture-brace-plus



Foto: medi

Die neue Schulterorthese medi Humeral fracture brace plus zur Immobilisierung des Oberarmes ist mit einem kleinen Abduktionskissen zur besseren Einheilung ausgestattet. Die Orthese ist einfach anzulegen und bietet auch ein skalierbares Gurtsystem zur Einstellung des Drucks.

Chronische Wunden

Signifikant bessere Ergebnisse durch Kaltplasma als bei Standardwundbehandlung

Die Kaltplasma-Therapie ist ein Wendepunkt in der Wundversorgung und hat das Potenzial, das Leben von Millionen von Menschen zu verändern. Davon ist das Unternehmen Coldplasmatech überzeugt, das den CPT®patch herstellt. Die Firma verweist auf die gerade veröffentlichte klinische Studie POWER, welche eindrücklich zeige, dass die ergänzende Behandlung mit Kaltplasma gegenüber Standardwundbehandlung signifikant bessere Ergebnisse in der Wundheilung ermöglicht.

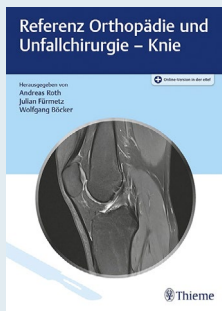
Die Kaltplasma-Therapie beschleunige den Heilungsprozess und inaktiviere selbst antibiotikaresistente Keime. „Jeder sollte darüber Bescheid wissen, weil sie eine neue Ära in der Wundbehandlung einläutet. Sie bietet Hoffnung und Heilung für Patienten, die zuvor wenig Optionen hatten“, erklärte der Hersteller, der mit seinem Produkt den Wundmarkt verändern will.

Kaltes Plasma inaktiviere nicht nur antibiotikaresistente Keime, sondern fördere auch das Wachstum von Blutgefäßen sowie Gewebe und beschleunige den Heilungsprozess. Dabei wirke es im Gegensatz zu Medikamenten unspezifisch auf Zellen und Sorge dafür, dass Botenstoffe ausgeschüttet werden, die dann wiederum die biologischen

Wirkungen nach sich ziehen. Diese Botenstoffe befänden sich bei chronischen Wunden in einem Missverhältnis, welches durch den Einsatz der Kaltplasma-Therapie behoben werde. „Physik löst Biochemie aus, die biologische Effekte nach sich zieht. Und das in nur zwei Minuten Behandlung auf Knopfdruck, vollautomatisch und wirkoptimiert“, fasst Coldplasmatech die Vorteile der Therapie zusammen.

Behandlungen mit Kaltplasma seien zwar schon länger auf dem Markt, doch die CPT-Therapie habe ihre einzigartige Wirksamkeit in einer klinischen Studie (POWER Studie J. Clin. Med. 2023, 12(15), 5121; doi.org/10.3390/jcm12155121) unter Beweis gestellt. Die Studienergebnisse bestätigten, dass die Methode den Wundverschluss beschleunigt, die Schmerzen reduziert und die Lebensqualität der Patienten verbessert. Darüber hinaus könne auch der Einsatz von Antibiotika deutlich reduziert werden, was angesichts der beunruhigenden Ausweitung von Antibiotikaresistenzen und der Verbreitung von multiresistenten Keimen ebenfalls ein wichtiger Faktor sei.

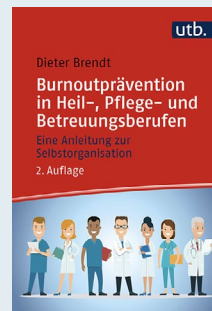
Kontakt: www.Coldplasmatech.com, www.powerstudie.com



Roth A. et al.: Referenz Orthopädie und Unfallchirurgie – Knie. Stuttgart: Thieme Verlag, 2023. 994 Seiten, gebunden, 222,00 Euro



Lammert F. et al.: Weißbuch Gastroenterologie 2023/24. Berlin: DeGruyter Verlag, 2023. 335 Seiten, gebunden, 49,95 Euro, Online-Version: Open Access



Brendt, D.: Burnoutprävention in Heil-, Pflege- und Betreuungsberufen. Tübingen: utb Verlag, 2023. 186 Seiten, kartoniert, 24,90 Euro



Güllich A. et al. (Hg.): Bewegung, Training, Leistung und Gesundheit. Heidelberg: Springer Verlag, 2023. 1016 Seiten, gebunden, 129,99 Euro

Referenz Orthopädie und Unfallchirurgie – Knie

Der stetige Wissenszuwachs und die starke Arbeitsverdichtung in der Medizin machen eine schnelle Verfügbarkeit qualitätsgesicherter Information für eine sichere und effiziente Patientenversorgung unabdingbar. Dies gilt natürlich auch für das Fachgebiet der Orthopädie/Unfallchirurgie.

Das vorliegende Werk ist Teil der fächerübergreifenden Referenzreihe, die speziell auf die Bedürfnisse klinisch tätiger Ärztinnen und Ärzte ausgerichtet ist. Es liefert gut verständlich und klar strukturiert verlässliche Antworten auf Fragestellungen zu Krankheitsbildern, Therapieoptionen und chirurgischen Methoden rund um die Orthopädie und Unfallchirurgie des Kniegelenks. Dabei werden – im Unterschied zu etlichen anderen Standardwerken – nicht nur die Entscheidungskriterien zur konservativen Therapie, sondern auch konservative Vorgehensweisen erläutert. Buchinhalt sowie zusätzliche Online-Materialien stehen digital in der Wissensplattform eRef zur Verfügung (Zugangscode im Buch).

Fazit: Ein verlässlicher Begleiter für alle Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis, die bei Diagnostik und Therapie von Kniebeschwerden auf dem aktuellen Stand agieren möchten.

Weißbuch Gastroenterologie 2023/24

Jährlich werden mehr als 2,5 Millionen Patientinnen und Patienten mit Krankheiten der Verdauungsorgane im Krankenhaus behandelt. 61.000 Menschen sterben daran. Bis 2030 ist mit einer weiteren Zunahme um mehr als 20% zu rechnen. Die Autoren des vorliegenden Werks, das mittlerweile in der 4. Auflage erschienen ist, möchten für die Zukunft erreichen, dass kein Mensch mehr an Krebs der Verdauungsorgane sterben muss. Sie fordern daher, der Zunahme der Morbidität und Mortalität zu begegnen, indem das erhebliche präventive Potenzial der Gastroenterologie besser genutzt und verbessert wird.

Das Weißbuch liefert eine aktualisierte medizinische, wissenschaftliche und gesundheitsökonomische Datengrundlage gastroenterologischer Krankheiten, formuliert die offenen Fragen, die beantwortet werden müssen, um Patientinnen und Patienten zukünftig optimal zu versorgen und zeigt neue Lösungsansätze für künftige Herausforderungen der Gastroenterologie auf.

Fazit: Ein wichtiger Beitrag zur Stärkung von Prävention und Aufklärung sowie Qualitätssicherung, aber auch Förderung von Forschung in Verbundprojekten, Sonderforschungsbereichen und Exzellenzclustern.

Burnoutprävention in Heil-, Pflege- und Betreuungsberufen

Das Burnout-Risiko ist wohl nirgendwo sonst so stark ausgeprägt wie in Heil-, Pflege- und Betreuungsberufen. So treten psychische Erkrankungen in diesen Berufsfeldern gleich an zweiter Stelle nach Muskel- und Skeletterkrankungen infolge der körperlich belastenden Tätigkeit auf.

Der Autor dieses Buches, der über viel Erfahrung mit Coaching und Supervision in den genannten Berufsgruppen verfügt, richtet die Methoden des Zeit-, Ziel- und Ressourcenmanagements speziell auf die Bedürfnisse der Zielgruppe der Heil-, Pflege- und Betreuungskräfte aus. Ziel der vorgestellten Übungen ist es, die Selbstorganisation zu verbessern und damit den Arbeitsalltag zu erleichtern. Zudem werden Wege zur Stressprävention und Burnoutvermeidung erschlossen. Tabellen und Diagramme visualisieren die Entscheidungswege, am Ende des Buches platzierte Fragebögen und Checklisten erleichtern die selbstständige Bearbeitung der Fragestellungen.

Fazit: Einrichtungen im Gesundheitswesen können es sich nicht leisten, dass ihre Mitarbeitenden psychisch belastet sind und ausbrennen. Umso wichtiger ist die Prävention durch gezieltes Ressourcenmanagement.

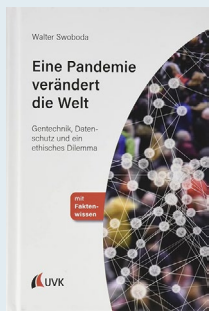
Bewegung, Training, Leistung und Gesundheit

Die wissenschaftliche Forschung in allen behandelten Gebieten der Sportwissenschaften entwickelt sich sehr dynamisch. Sie hält sich dabei nicht an strenge Grenzen etablierter wissenschaftlich-akademischer Fächer und Disziplinen, sondern erfolgt in der Regel vernetzt, trans- und interdisziplinär.

Das vorliegende Handbuch bietet einen kompletten Überblick über die zentralen medizinischen, bewegungs- und trainingswissenschaftlichen Themen im Sport. Es richtet sich an das breite Publikum der Fachleute aus Lehre und Wissenschaft in Sport, Sportwissenschaft und den Gesundheitsberufen.

Die Texte sind verständlich formuliert und anschaulich aufbereitet. Die über 50 Kapitel in diesem Band vermitteln den aktuellsten wissenschaftlichen Stand über motorische Entwicklung, Bewegungslernen und -steuerung, Biomechanik, Physiologie, Gesundheits- und Leistungsdiagnostik sowie Anpassungen an sportliches Training. Zudem gibt das Buch Hinweise auf die wichtigste nationale und internationale Forschungsliteratur.

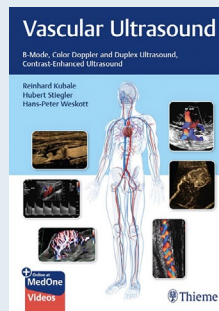
Fazit: Ein umfassendes Buch, um die eigene Kompetenz auf dem Gebiet der Sportwissenschaft zu schärfen. Es kann aufgrund der Fülle gebotener Informationen durchaus bisherige Fachbücher zum Sport ersetzen.



Swoboda, W.: Eine Pandemie verändert die Welt. München: UVK Verlag, 2022. 139 Seiten, gebunden, 19,90 Euro



Horn, R. et al.: Ultraschall des Bewegungsapparats. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2022. 87 Seiten, Spiralbindung, 39,99 Euro



Kubale R. et al.: Vascular Ultrasound. Stuttgart: Thieme Verlag, 2023. 557 Seiten, gebunden, 161,99 Euro



Ottoman C. et al. (Hg.): Hauttransplantation. Heidelberg: Springer Verlag, 2023. 478 Seiten, gebunden, 99,99 Euro

Eine Pandemie verändert die Welt

Krisen sind die Treiber wissenschaftlicher Innovationen – die Coronapandemie machte solchen Erfindergeist notwendiger denn je. Als wirksamste Waffe im Kampf gegen das Virus haben sich gentechnisch hergestellte Impfstoffe sowie die digitale Kontaktverfolgung erwiesen. Doch diese Verbindung aus Gentechnisierung und Digitalisierung zieht auch eine Reihe ethischer Probleme nach sich: Wie gehen Big Data und Datenschutz zusammen? Was kann und darf Genetic Engineering?

Der Autor des vorliegenden Büchleins – er ist Arzt, Informatiker und Forschungsprofessor und beschäftigte sich als Gründer der gemeinsamen Ethikkommission der Hochschulen Bayerns mit ethischen Fragen zu neuen Technologien aus Medizin und Informatik – diskutiert diese und weitere Fragen mithilfe anschaulicher Beispiele und zeigt technologie- und medizin-geschichtliche Hintergründe auf. Für ihn ist klar: Obwohl rasch technologische Strategien zur Pandemiebekämpfung gefunden wurden, war die Gesellschaft auf die mit ihnen verknüpften ethischen Dilemmata nicht gut vorbereitet.

Fazit: Eine spannende Lektüre für alle, die die Auswirkungen der Pandemie noch besser einordnen und verstehen möchten.

Ultraschall des Bewegungsapparats

Der muskuloskeletale Ultraschall ist ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel bei der Beurteilung von Erkrankungen oder Verletzungen am Bewegungsapparat. Insbesondere bei Notfallpatienten bietet der Ultraschall die Möglichkeit, die anatomischen Strukturen zu differenzieren und die pathologischen Befunde zu erkennen, damit weiterführende Untersuchungen bzw. die geeignete Therapie veranlasst werden können.

Das vorliegende Praxisbuch im Ringbuchformat zeigt Untersuchungen der wichtigsten Regionen (Schulter, Ellenbogen, Handgelenk, Hüftgelenk, Oberschenkel, Kniegelenk, Unterschenkel und Sprunggelenk), die Schnittebenen der zu beurteilenden Strukturen und erklärt die wichtigsten Pathologien mit entsprechenden sonografischen Abbildungen. Es enthält Kniffe und Tricks zur Navigation des Schallkopfs, um die entsprechenden Schnittebenen bestmöglich darstellen zu können. Die bebilderten Hinweise auf Pathologien helfen, zur korrekten Diagnose und adäquaten Behandlung zu gelangen.

Fazit: Ein praktischer Begleiter am Ultraschallgerät, dessen handliches Format es Ärztinnen und Ärzten ermöglicht, das Buch auch während der Untersuchung von Patientinnen und Patienten zu benutzen.

Vascular Ultrasound

Die Indikationen für die farbkodierte Duplex-Sonographie (CDS) im Bereich der Gefäßdiagnostik haben in den letzten Jahren aufgrund der Verfügbarkeit von Power-Doppler, B-Flow, Kontrastmitteln für die Ultraschallbildgebung, 3D-Rekonstruktionstechniken und Fusion mit anderen bildgebenden Verfahren erheblich zugenommen.

Das vorliegende Werk vermittelt zunächst die grundlegenden Prinzipien der diagnostischen Ultraschallbildgebung. Es folgen Hinweise zu Geräteeinstellungen, möglichen Artefakten und Einschränkungen, hämodynamischen Grundlagen und der Anwendung von Kontrastmitteln für die Ultraschall-diagnostik. Die folgenden Kapitel, nach anatomischen Regionen gegliedert, decken alle peripheren und abdominalen arteriellen und venösen Gefäßregionen sowie viele Spezialfälle ab. Vergleichende Aufnahmen und Videos (ebenso wie weitere digitale Inhalte in der Wissensplattform eRef über einen Zugangscode im Buch abrufbar) veranschaulichen die beeinflusste Anatomie, die Beherrschung der Techniken und helfen bei der Diagnostik.

Fazit: Die Ultraschallbildgebung ist aus der modernen Medizin nicht mehr wegzudenken – auch nicht aus der Gefäßmedizin.

Hauttransplantation

Berichte über Hautverpflanzungen reichen medizinhistorisch sehr weit in die Vergangenheit. Die Behandlung von tiefen Hautdefekten ist unweigerlich mit der Transplantation von autologer Haut bzw. Anteilen der Haut verbunden, sofern nicht freiliegende Strukturen den Einsatz der verschiedenen Formen von Lappenplastiken notwendig machen.

In vielen Ländern wurde die Transplantation von autologer Haut insbesondere zur Versorgung von Brandverletzungen nie differenziert gelehrt bzw. angewendet und es wird nach wie vor ein streng konservatives Behandlungsregime bis zum Wundverschluss gepflegt. Hohe Infektionsraten und ein katastrophales Narbenbild sind in diesen Fällen der Preis für fehlendes chirurgisches Handeln. Hier setzen die Herausgeber des vorliegenden Buches an. In Form von Bildserien werden die verschiedenen Techniken der Hauttransplantation Schritt für Schritt beschrieben und darüber hinaus die Indikationen, Schwierigkeiten und Fallstricke aufgezeigt.

Fazit: Zielgruppe sind der ärztliche Nachwuchs, ausländische Kolleginnen und Kollegen, die bisher nicht mit diesen Techniken gearbeitet haben, ebenso wie die Erfahrenen zur Auffrischung sowie zum Zwecke der Lehre.

November 2023

9.–11.11.2023, Kampen (Sylt)

13. „Sommer“-Kurs Arthroskopie

Themen u.a.: Grundlagenkurs Knie- und Schulterarthroskopie, Spezialkurs Knie und Schulter für Fortgeschrittene, Live- und Video-Demos von OP-Techniken, praktische Übungen am Modell

Information und Anmeldung:

Congress Compact 2C GmbH, Gina Braun, Sarah Koprowsk
Joachimsthaler Straße 31–32, 10719 Berlin
Tel.: 030 88727370, Fax: 030 887273710
info@congress-compact.de, www.arthroskopie-sylt.de

9.–12.11.2023, Tuttlingen

Faszination Viszeralchirurgie

Themen u.a.: Erlernen und Training der grundlegenden Operationstechniken am Tiermodell

Information und Anmeldung:

Aesculap Akademie GmbH, Tamara Werner, 78532 Tuttlingen
Tel.: 07461 95-1582, Fax: 07461 95-2050, tamara.werner@aesculap-akademie.de
<https://germany.aesculap-academy.com>

10.–11.11.2023, Berlin

7. Forum Ambulantes Operieren

Themen u.a.: Ambulantisierung 2.0 (gesundheitpolitische Reforminitiativen, Kooperation Klinik und Vertragsarztwesen, Auswirkungen auf das praxisambulante Operieren, Bedeutung für die GKV, Gewährleistung der Weiterbildung), ambulantes Operieren in der Praxis (OP-Zentrum/Belegarztambulanz, am Krankenhaus, juristische Fallstricke), Hybrid-DRG, Knorpelzelltherapie (ACT), Vergütung in GKV und PKV

Information und Anmeldung:

Aesculap Akademie GmbH, Nadine Wichert, Luisenstraße 58-59, 10117 Berlin
Tel.: 030 516 512-50, Fax: 030 516 512-99, nadine.wichert@aesculap-akademie.de
<https://germany.aesculap-academy.com>

10.–11.11.2023, Wiesbaden (Hybrid-Event)

Anästhesie Update 2023

Themen u.a.: Beatmung und ARDS, Kreislaufversagen und Sepsis, Regionalanästhesie, Schmerztherapie, geriatrische Anästhesie, Gerinnungsmanagement, Geburtshilfe, Volumen- und Blutmanagement, fachbezogene Anästhesie, Pharmakotherapie

Information und Anmeldung:

wikonect GmbH, Hagenauer Straße 53, 65203 Wiesbaden
Tel.: 0611 204 809-284, Fax: 0611 204 809-10, <https://anaesthesie-update.com>

11.11.2023, Jena

7. Jenaer Gelenksymposium

Themen u.a.: Knorpelschaden und Früharthrose – Gelenkerhalt vor Gelenkersatz

Information und Anmeldung:

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Mandy Wagner
Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, registrierung@conventus.de
www.conventus.de, <https://gelenkchirurgie-tagung.de>

11.11.2023, Mannheim

EDZ-Kurs: Hämorrhoiden-Sklerosierung und Gummiband-Ligatur

Information und Anmeldung:

Deutsches End- und Dickdarm Zentrum Mannheim, Frau Siegl
Bismarckplatz 1, 68165 Mannheim, Tel. 0621 123475-10
edz-akademie@enddarm-zentrum.de

17.–18.11.2023, Magdeburg

Magdeburger Chirurgengespräche**und Herbsttagung der Mitteldeutschen Chirurgenvereinigung**

Themen u.a.: Neuordnung der Eingriffe in Grund- und Regelversorgung, Bauchwandhernien, Traumamanagement für Viszeralchirurgen, Drainagen, Onkologie Update, intestinale Motilitätsstörungen S3-Leitlinie, Kurzdarmsyndrom, Infektionen/ akut entzündliche Erkrankungen, bariatrische Chirurgie, MIC OP Workshop

Information und Anmeldung:

MCE Medical Congresses & Events, Gabriele Sponholz
Tannenring 52, 65207 Wiesbaden, Tel.: 0160 84 59 502, gs@mce.info
www.mdccg-tagung.de

23.–24.11.2023, Nürnberg

6. Nürnberger Wundkongress

Themen u.a.: Infektiologie – Biofilm, multiresistente Erreger, Kaltplasma, künstliche Intelligenz für die Wunddiagnostik, smart Dressings, Telemedizin, Kompressionstherapie, aktuelle Leitlinien, Komorbiditäten (Adipositas, Depression, Demenz), Hautveränderungen und Hautpflege, Einrisse atropher Haut, Politik (G-BA, Erstattungsfähigkeit), Einfluss von Medikamenten und Ernährung auf die Wundheilung, Wunden durch selbstschädigendes Verhalten, Akne inversa

Information und Anmeldung:

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH
Juliane Meißner, Jana Görls, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena
wuko@conventus.de, <https://wund-kongress.de>

24.11.2023, Berlin

31. Fortbildungsseminar Handchirurgie der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie

Themen u.a.: Untersuchung der Hand, Frakturen der Phalangen, Bandverletzungen an Fingern und Daumen, Morbus Dupuytren

Information und Anmeldung:

Intercongress GmbH, Ingeborg-Krummer-Schroth-Str. 30, 79106 Freiburg
Tel.: 761 69699-0, info.freiburg@intercongress.de, <https://handseminare-dgh.de>

Dezember 2023

1.–2.12.2023, Dresden

12. Mitteldeutscher Schmerztag

Themen u.a.: Schmerzmedizinische Versorgung chronisch schmerzkranker Menschen, interdisziplinäre Zusammenarbeit, gesundheitspolitische Wahrnehmung und Unterstützung, Patiententag

Information und Anmeldung:

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH
Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, registrierung@conventus.de
www.conventus.de, <https://mitteldeutscher-schmerztag.de>

1.–2.12.2023, Tübingen

Wintersymposium Posttraumatischer Nervenschmerz

Themen u.a.: Vorträge, Workshops und Live-Operationen

Information und Anmeldung:

BG Klinik Tübingen, Prof. Adrien Daigeler, Schnarrenbergstr. 95, 72076 Tübingen
Tel.: 07071 606-1036, Fax: 07071 606-1037, chefsek-hprv@bgu-tuebingen.de
www.bgu-tuebingen.de/wintersymposium

2.12.2023, Hamburg

15. Hamburger Gefäßtag

Themen u.a.: Genderaspekte in der Gefäßmedizin (Epidemiologie, Gefäßeingriffe, medikamentöse Therapie, Outcomes, Aortenaneurysmen)

Information und Anmeldung:

wikonect GmbH, Christina Wittlich, Lea Dannenberg
Hagenauer Straße 53, 65203 Wiesbaden, Tel.: 0611 204 809-0, Fax: 0611 204 809-10
gefaesstag@wikonect.de, <https://gefaesstage-hh.de>

6.–8. 12. 2023, München

12th Munich Vascular Conference 2023 (MAC)

Themen u.a.: Carotid stenosis, optimal lipid management, endovascular tools for heavily calcified PAD, critical limb-threatening ischemia, digital vascular medicine, management options of primary varicosis and deep venous obstructions, controversies in the treatment of acute deep venous thrombosis

Information und Anmeldung:

wikonect GmbH, Lisa Bernert, Hagenauer Straße 53, 65203 Wiesbaden
Tel.: 0611 204809-283, Fax: 0611 204809-10, lina.bernert@wikonect.de
<https://mac-conference.com>

14.–16. 3. 2024, München

50. Deutscher Koloproktologen-Kongress (DGK)

Themen u.a.: Endoskopie, Updates für die tägliche Praxis, Patient-Reported-Outcome Measures, proktologische Operationen, Pflegesymposium, Seminar für MFA

Information und Anmeldung:

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg GmbH
Veyssel Özasan, Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg, Tel.: 0911 39316-41
oezasan@mcn-nuernberg.de, www.koloproktologen-kongress.de

18.–20. 3. 2024, Wien

Hernie Kompakt 2024

Themen u.a.: Anatomie und OP-Kurs, theoretische Grundlagen und Spezialwissen, Hospitation in Kleingruppen, Sonografiekurs, Pelvitrainer TAPP und Naht

Information und Anmeldung:

WEITMEER Veranstaltung & Management
Eva Ningel, Gartenstraße 1, 10115 Berlin, Tel.: 0228 969 19 300
mehr@weitmeer-agentur.de, www.hernien-events.de

Januar 2024

15.–18. 1. 2024, Tuttlingen

Basiskurs Laparoskopische Chirurgie

Blended Learning Konzept

Themen u.a.: Laparoskopische Cholezystektomie, Appendektomie, Herniotomie, praktische Übungen an Präparaten in Pelvi- und Perfusions-Trainern, laparoskopische Naht- und Knotentechniken

Information und Anmeldung:

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

22.–24. 1. 2024, Tuttlingen

Aufbaukurs Laparoskopische Hernienchirurgie

Blended Learning Konzept

Themen u.a.: Laparoskopische Hernienchirurgie, Indikationen und Kontraindikationen, Naht- und Knotentechniken, Nabel- und Narbenhernien, Komplikationen und Pit-Falls. Live-Übertragung aus dem OP, praktische Übungen an Präparaten und am avitalen Schwein

Information und Anmeldung:

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

Februar 2024

16.–24. 2. 2024, Seefeld (Tirol)

38. Deutsch-Österreichisch-Schweizer Kongress für Sporttraumatologie & Sportmedizin

Themen u.a.: Arthrose und Sport, Long-Covid und Silent Inflammation, Sehen im Sport, psychologische, nutritive und leistungsdiagnostische Aspekte

Information und Anmeldung:

Deutsche Akademie für Sportmedizin, Hauptgeschäftsstelle
Sächsische Str. 70, 10707 Berlin, Tel: 030-887 08 553
info@Med-Com.org, www.seefeld-kongress.de

März 2024

8.–10. 3. 2024, Tuttlingen

Faszination Viszeralchirurgie

Themen u.a.: Erlernen und Training der grundlegenden Operationstechniken am Tiermodell

Information und Anmeldung:

Aesculap Akademie GmbH, Tamara Werner, 78532 Tuttlingen
Tel.: 07461 95-1582, Fax: 07461 95-2050, tamara.werner@aesculap-akademie.de
<https://germany.aesculap-academy.com>

Schon angemeldet? **Bundeskongress Chirurgie 2024**



BUNDESKONGRESS CHIRURGIE 2024
BNC · BAO SEKTORENUNABHÄNGIG FACHÜBERGREIFEND
CHIRURGEN · ANÄSTHESISTEN · OPERATEURE
GEMEINSAM STARK

Vom **23. bis 24. Februar 2024** findet in Nürnberg der nächste Bundeskongress Chirurgie statt. Weitere Infos siehe Seite 23 und im beiliegenden Vorprogramm. Sämtliche Informationen zu Programm, Teilnahmegebühren und Anmeldung außerdem unter:

www.bundeskongress-chirurgie.de

Gesundheit, Lebensqualität und Ästhetik

Plastische und Wiederherstellungschirurgie nach bariatrischen Eingriffen

Rekonstruktive Eingriffe nach starkem Gewichtsverlust infolge einer bariatrischen Operation sind mehr als ‚Schönheitschirurgie‘. Sie sollten zu Beginn der bariatrischen Therapie mitgeplant werden. Ziel ist ein gesundes Gleichgewicht zwischen Körperform, Funktion und Lebensqualität sowie Selbstwahrnehmung des Patienten.

Von Rabanus Steinebach¹, Benjamin Ziegler¹, Sylvia Weiner², Christoph Hirche¹

Die Prävalenz der Adipositas, definiert als Body-Mass-Index ≥ 30 kg/m², lag 2017 in Deutschland bei etwa 16 %, mit einer deutlich ansteigenden Tendenz [1]. Adipositas erhöht unter anderem die Risiken für einen Typ-2-Diabetes sowie eine arterielle Hypertonie und steigert die Gesamtmortalität deutlich [2]. Eine effektive Therapiestrategie ist daher notwendig. Diese beinhaltet neben multimodalen konservativen und medikamentösen Konzepten auch bariatrische Eingriffe, wovon aktuell etwa 20.000 jährlich in Deutschland durchgeführt werden [3]. Viele Patienten können hierdurch signifikante Gewichtsreduktionen erreichen und hierdurch in psychischer und physischer Hinsicht erheblich profitieren. Allerdings stellen bariatrische Eingriffe, wie beispielsweise die Anlage eines Magen-Bypasses, nicht die ideale Therapiestrategie für alle bariatrischen Patienten dar.

Die Plastische und Wiederherstellungschirurgie nach ausgeprägtem Gewichtsverlust, auch als postbariatrische Chirurgie bezeichnet, umfasst Eingriffe, die notwendig werden, um die Körperoberfläche der Patienten nach massiver Gewichtsabnahme wiederherzustellen. Auch funktionelle Einschränkungen können im Zuge des Gewichtsverlustes auftreten. Als Folgeerscheinungen zeigen sich teilweise erhebliche mechanische Hindernisse, die durch den erschlafften Haut-Weichteil-

mantel bedingt sind. Diese können die Ausübung von Sport, der zum Erhalt der erzielten Gewichtsreduktion einen hohen Stellenwert einnimmt, körperlich belastende Arbeiten, aber auch Alltagsaktivitäten einschränken. Weitere Probleme können in Aspekten der Körperpflege und -hygiene, wie Schweißgeruch und Intertrigo sowie Hautirritationen, bestehen. Hierdurch werden die psychische Gesundheit und Lebensqualität der Patienten erheblich gemindert [4]. Auch auftretende Schmerzen und Haltungprobleme sind teilweise stark beeinträchtigend [5,6].

Neben funktionellen Einschränkungen, die im Vordergrund der medizinischen Indikation und Behandlung stehen, führen die überschüssigen Hautfalten auch zu einer Veränderung von Körperbild und Entstellung, die ästhetische Gesichtspunkte zu Recht auch aus Patientensicht vor den rein funktionellen Aspekt stellen.

Die Ästhetik, ein Begriff, der sich vom altgriechischen ‚Wahrnehmung‘, ‚Empfindung‘, ‚Lehre von der Wahrnehmung‘ bzw. vom ‚sinnlichen Anschauen‘ ableitet, weist heute zahlreiche Facetten auf. Alltagssprachlich wird Ästhetik häufig als Synonym für ‚Schönheit‘, ‚Geschmack‘ oder ‚ansprechend aussehend‘ betrachtet [7]. Daher wird sie immer wieder mit der Wiederherstellung der körperlichen Integrität die Ästhetik bzw. Schönheit in Zusammenhang gebracht.

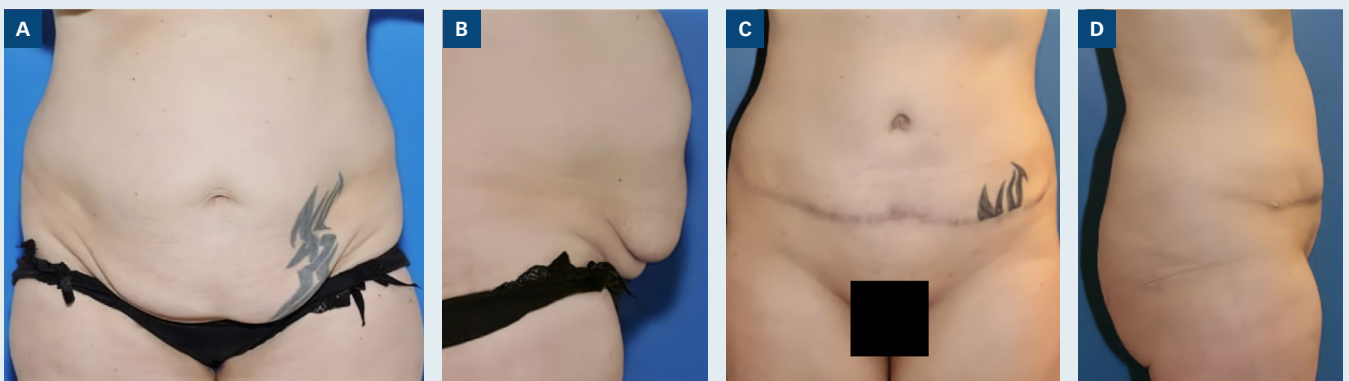


Abb. 1: Horizontale Bauchstraffung präoperativ (A, B) und postoperativ (C, D)

Fotos: Steinebach

Gestufte und strukturierte Behandlungsplanung – von der bariatrischen bis zur postbariatrischen Behandlung

Nach der multimodalen Gewichtsabnahme und vor postbariatrischen chirurgischen Maßnahmen ist primär eine Phase der Gewichtsstabilisierung von ca. sechs bis zwölf Monaten anzustreben. Anschließend kann ein mehrzeitiger plastisch-chirurgischer Behandlungsplan entwickelt und durchlaufen werden. Dieser beinhaltet mehrere Operationsschritte aus dem Formenkreis der Straffungschirurgie (das Entfernen überschüssiger Hautpartien und Weichteile) sowie eventuell das Auffüllen von Regionen mit entstandenem Volumenmangel (z. B. Verfahren zur Autoaugmentation der Brust). Persönliche Wünsche und Vorstellungen müssen hier ebenso wie das individuelle Risikoprofil der Patienten Berücksichtigung finden. Insbesondere häufig vorliegende Komorbiditäten mit erhöhtem perioperativem Risiko und das deutlich erhöhte Risiko für verzögerte Wundheilung oder gar Wundheilungsstörungen mit konsekutiven Infekten muss beachtet werden [8].

Entscheidend ist somit eine ganzheitlich-umfassende Planung der durchzuführenden ‚Straffungsoperationen‘. Behandelte Gebiete für einen sogenannten ‚Body Lift‘ umfassen hierbei unter anderem Bauchdeckenstraffungen, die insgesamt am häufigsten durchgeführte Operation, bei der die überschüssige Haut mit dem darunterliegenden Fettgewebe komplett entfernt und hierdurch eine Straffung in der horizontalen und/oder vertikalen Achse erzielt wird.

Gerade bei sehr ausgeprägtem Hautüberschuss kann eine zusätzliche senkrechte Narbe notwendig sein (Fleur de Lis Abdominoplastik), um das Gewebe ausreichend zu straffen und ein schöneres Ergebnis zu erzielen. Auch im Rahmen von Oberschenkel- und Oberarmstraffungen

Rabanus Steinebach

Arzt in Weiterbildung Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

BG Klinik Frankfurt am Main gGmbH

Friedberger Landstraße 430
60389 Frankfurt am Main
Rabanus.Steinebach@bgu-frankfurt.de
www.bgu-frankfurt.de



Foto: Steinebach

werden überschüssige Hautpartien und Weichteile entfernt. Diese finden sich häufiger an den Innenseiten der Oberschenkel und Oberarme, da die Außenseiten hier meist weniger zum Tragen kommen.

Insbesondere Frauen leiden häufig nach massivem Gewichtsverlust unter dem Volumenverlust ihrer Brüste, die aufgrund des reduzierten Fettgewebes und auch der erschlafften Haut flacher und nach unten hängend wirken. Durch eine Bruststraffung können eine ansprechende Brustform wiederhergestellt und Asymmetrien ausgeglichen werden. Bei Bedarf kann hierbei auch der Einsatz von Implantaten sinnvoll sein.

Gesichts- und Halsstraffungen sowie Gesäß-, Hüft- und Rückenstraffungen können individuell und ergänzend im Zuge des ganzheitlichen ‚Body Lifts‘ durchgeführt werden, sofern diese ‚Problemzonen‘ des Patienten nach starkem Gewichtsverlust darstellen [9].

Prinzipien der Straffungschirurgie: Vektoren und Fixpunkte

Im Hinblick auf die Grundsätze der Straffungsoperationen in der Plastischen und Wiederherstellungschirurgie spielen sowohl Fixpunkte als auch Vektoren eine wesentliche Rolle. Fixpunkte (z. B. Faszien) ▶





Fotos: Steinebach

Abb. 3: Oberarmstraffung präoperativ (A) und postoperativ (B)

werden hauptsächlich verwendet, um eine sichere Verankerung an der Körperfazie, der Scarpafazie, sicherzustellen, die das tiefe Blatt der Fascia abdominalis superficialis bildet. Vektoren beziehen sich auf die Richtung und Stärke der angewandten Kräfte. Aufgrund der individuellen Gegebenheiten jedes Patienten sind jedoch nicht immer alle Schritte der Straffungsoperation, insbesondere aufgrund der vielfältigen Zugrichtungen, miteinander kombinierbar. Diese erfordern eine präzise Planung und Anpassung der Techniken an die spezifischen Anforderungen des Patienten [9].

Dermatochalasis vs. Fettschürze – zwei Entitäten

Grundsätzlich muss eine Hauterschaffung (Dermatochalasis) gegenüber der Fettschürzenbildung bei Gewichtsverlust abgegrenzt werden [10], da diese beiden Entitäten oder die Kombination beider unterschiedliche chirurgische Strategien und gleichzeitig ein unterschiedliches Risikoprofil mit sich bringen. Während die Dermatochalasis sich durch wenig residuales Fettgewebe und viel Haut auszeichnet, kann bei Patienten mit einer Fettschürze das viele residuale Fettgewebe eine chirurgische Herausforderung darstellen. Wird dies bereits bei der Planung des operativen Vorgehens nicht berücksichtigt, können Komplikationen wie Fettgewebsnekrosen und Wundheilungsstörungen vermehrt die Folge sein. Patienten mit einer ausgeprägten Fettschürze profitieren daher von einer liposuktions-assistierten Straffungsoperation [11]. Hierbei wird zunächst durch die Liposuktion ein Teil des residualen Fettgewebes abgesaugt, wodurch eine bessere Mobilisation des verbleibenden Haut-Weichteilmantels und dadurch ein insgesamt besseres Straffungsergebnis durch definiertere Körperkonturen erzielt werden kann [12].

Für optimale funktionelle und ästhetische Ergebnisse ist es besonders wichtig, dass die Behandlungsplanung mit großer Expertise erfolgt und die speziellen Zielsetzungen sowie möglichen Resultate für den individuellen Patienten im Vorfeld genau besprochen werden. Das Grundprinzip ist die testweise Verschiebung von Gewebe und die Beurteilung der Gewebequalität und -eigenschaften. ‚Pinching‘ (Zusammen-

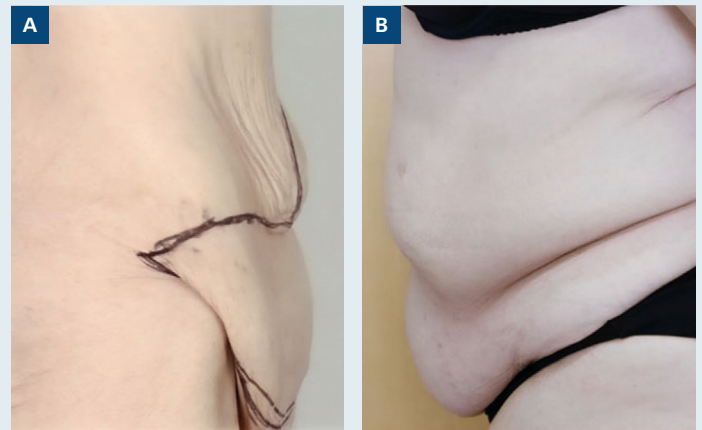


Abb. 4: Dermatochalasis: wenig residuales Fettgewebe, viel Haut (A). Fettschürze: viel residuales Fettgewebe (B).

kneifen von Hautfalten) sowie exaktes Anzeichnen und Messen vor dem operativen Eingriff haben hier einen hohen Stellenwert.

Plastische Chirurgie als postbariatrische Therapie nach Gewichtsverlust ist mehr als ‚Schönheitschirurgie‘, weil zum einen ‚Schönheitschirurgie‘ kein klar definierter oder geschützter Begriff ist. Zum anderen sind bei der postbariatrischen Wiederherstellungschirurgie viele Faktoren des veränderten Metabolismus und möglichen Vitaminmangels zu berücksichtigen. Diese können beispielsweise Wundheilungsstörungen begünstigen und Gerinnungsproblematiken zugrunde liegen. Um dennoch ein optimales Behandlungsergebnis zu erzielen, ist ein ganzheitlicher, nachhaltiger Ansatz, idealerweise in Kooperation mit einem Adipositaszentrum, notwendig.

Weitere Risikofaktoren können bereits präoperativ vorliegende Entzündungen in Hautfalten, wie Mazerationen und Intertrigo, darstellen. Diese, ebenso wie eine vorbestehende Überdehnung der Haut, begünstigen das Auftreten von postoperativen Wundheilungsstörungen. Durch die mitunter sehr großen Wundflächen, die äußerlich kaum ersichtlich sind, stellen Nachblutungen und Bildung von Seromen nicht seltene Herausforderungen für den plastischen Chirurgen dar. Wurde durch zu große Spannung beim Wundverschluss ein Missverhältnis der Hautperfusion geschaffen, drohen Durchblutungsstörungen und Wundrandnekrosen. Insbesondere der Bauchnabel gilt im Rahmen der Abdominoplastik als gefährdet. Um die Komplikationsrate dennoch gering zu halten, bedarf es einer der Gewebebeschaffenheit angepassten und sicheren Operationstechnik.

Um eine mangelnde Zufriedenheit der Patienten mit dem langfristigen postoperativen Ergebnis zu vermeiden, müssen im Rahmen der präoperativen Beratungen gemeinsam realistische Erwartungen erarbeitet und typische Komplikationen besprochen werden. Insbesondere Asymmetrien der Kontur sowie der Narbenverläufe, das Risiko der Ausbildung verbreiteter und hypertropher Narben, Einziehungen, Dellenbildungen und Gewebsaussackungen sowie Missempfindungen und Taubheitsgefühle im OP-Bereich müssen hierbei berücksichtigt werden [4]. In der postbariatrischen Chirurgie stellen wichtige Ziel-

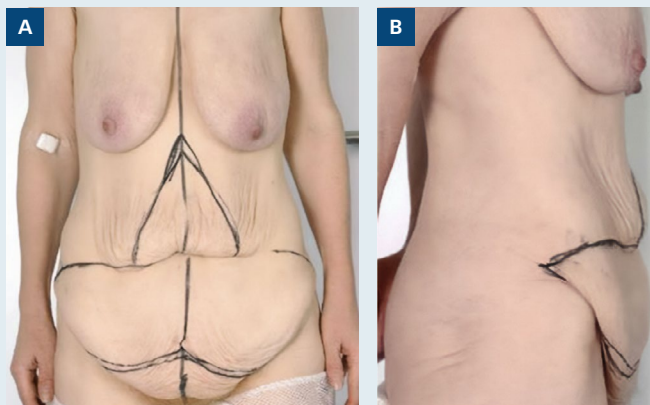


Abb. 5: Präoperative Anzeichnungen und Festlegung der Resektionsränder einer horizontalen und vertikalen Bauchstraffung (Fleur de Lis Abdominoplastik) nach ‚Pinching‘ (A, B).

stellungen Form, Funktion, Lebensqualität und vor allem auch Ästhetik dar [5]. Diese sind sehr unterschiedlich auszulegen und variieren deutlich von Patient zu Patient [13].

Mit kleinen Details zum Erfolg mit großer Wirkung

Kleine Details in der chirurgischen Strategie und Umsetzung können in der postbariatrischen Intervention den entscheidenden Unterschied ausmachen, um das Komplikationsrisiko zu reduzieren und ein optimales Ergebnis für die Patienten zu erzielen. Hierfür ist es empfehlenswert, dass bariatrische und plastische Chirurgie möglichst ‚Hand in Hand‘ von erfahrenen Operateuren und in enger Abstimmung durchgeführt werden. So können beispielsweise Bauchwand- und Narbenbrüche im Rahmen der Wiederherstellungsoperationen interdisziplinär versorgt werden oder durch eine enge Abstimmung mit dem Adipositaszentrum das perioperative Risiko durch spezielle Alimention während postbariatrischer Eingriffe gesenkt werden.

Durch die Anwendung von Liposuktions-assistierten Straffungsoperationen können postoperative Wundkomplikationen reduziert und Lymphbahnschädigungen (Lymphozelen, Lymphödeme) verhindert werden. Durch den außerdem resultierenden spannungärmeren Wundverschluss lässt sich die Wundperfusion deutlich verbessern. Additiv dienen Spezialverbände, wie die Unterdruck-Therapie auf der Naht nach chirurgischem Wundverschluss (ciNPT – closed incision Negative Pressure Therapy), der Reduktion von Komplikationen. Entscheidend ist zudem die umgehende und adäquate Anpassung von Kompressionswäsche, um optimale Resultate in medizinischer und ästhetischer Hinsicht zu erzielen [9,13].

Kostenübernahme seitens der Krankenkasse

Ob eine medizinische Notwendigkeit zur postbariatrischen Operation vorliegt, entscheidet der Medizinische Dienst anhand mehrerer Kriterien auf Empfehlung der behandelnden Ärzte. Mehrere rechtskräftige Urteile haben hier in den letzten Jahren auch einen klareren Rahmen für die Patienten geschaffen, der das Maß der Entstellungen und

der Einschränkungen definiert, die einen plastisch-chirurgischen Eingriff zu Lasten der Krankenversicherung rechtfertigen. Einerseits wird eine entstellende Körperform berücksichtigt, sofern sich diese nicht in üblicher Alltagskleidung verdecken lässt. Zum anderen fließen funktionelle Einschränkungen, vor allem durch mechanische einschränkende Fettschürzenbildung, aber auch durch dadurch bedingte Fehlhaltungen mit ein. Aspekte der Hautirritationen (Intertrigo, Mazeration), Bauchwandschwäche sowie Stabilität des Gewichts müssen ebenfalls berücksichtigt werden. Empfehlenswert hinsichtlich einer Kostenübernahme seitens der Krankenkasse ist ein Patienten-Tagebuch im Hinblick auf Ernährung und Sport- sowie Gewichtsentwicklung.

Wird eine medizinische Indikation seitens des Medizinischen Dienstes anerkannt, erfolgt eine Kostenübernahme durch die Krankenversicherung. Zu berücksichtigen sind hierbei die Kosten der Krankenhausbehandlung sowie der entsprechenden Nachbehandlung, die entsprechenden Hilfsmittel (Kompressionsversorgung), die durchzuführenden Folgeoperationen oder Behandlungen von Komplikationen und die entsprechenden Arbeitsunfähigkeitszeiten [14].

Zusammenfassung und Fazit

Plastische Chirurgie nach bariatrischen Eingriffen ist viel mehr als medial wirksam verankerte ‚Schönheitschirurgie‘. Für den optimalen Erfolg ist jedoch eine engmaschige Absprache mit den betroffenen Patienten unbedingt erforderlich, um übersteigerte Erwartungen, medizinische Einschränkungen, Hindernisse und drohende Komplikationen genau zu beleuchten. Die Anforderungen seitens der Patienten und die ästhetischen Gesichtspunkte müssen streng gegen medizinische Aspekte abgewogen werden. Denn nicht alles, was (technisch) möglich ist, ist auch empfehlenswert. Straffungen unter rein ästhetischer Chirurgie können und werden deutlich ‚aggressiver‘ durchgeführt als nach Gewichtsverlust und im Rahmen der postbariatrischen Behandlung. Entscheidend ist das Erzielen eines Gleichgewichts zwischen Körperform, Funktion und Lebensqualität sowie Selbstwahrnehmung des Patienten [13]. Zur bestmöglichen Abstimmung sollten bariatrische und postbariatrische Maßnahmen möglichst ‚Hand in Hand‘ innerhalb von Kooperationspartnern von Adipositaszentren erfolgen. Eine strukturierte Planung von Teilschritten in enger Abstimmung mit den Patienten unter Berücksichtigung der größtmöglichen medizinischen Sorgfalt und Qualität ist unerlässlich. Die operativen Risiken und möglichen Komplikationen sollten eingehend bekannt sein, um eine adäquate Nutzen-Risiko-Abwägung durchführen zu können. ◀

- 1 Plastische-, Hand und Rekonstruktive Mikrochirurgie, Hand-Trauma und Replantationszentrum, BG Unfallklinik Frankfurt, Akademisches Lehrkrankenhaus der Goethe-Universität Frankfurt
- 2 Adipositas Chirurgie und Metabolische Chirurgie, Sana Klinikum Offenbach

Literatur

Zu den Literaturverweisen gelangen Sie online über den Kurzlink <https://tinyurl.com/378bxt8j> bzw. indem Sie den nebenstehenden QR-Code scannen.



Handchirurgie

Geeint in die Zukunft! Die Weiterentwicklung der Handchirurgie

Im Rahmen der Frühjahrstagung der Deutschen Interessengemeinschaft für ambulante Handchirurgie e.V. (DIAH) sprach unser Autor mit Dr. Alexander Zach über die Auswirkungen der Krankenhausreform auf die Handchirurgie als Spiegelbild der chirurgischen Fachdisziplinen und andere Herausforderungen der Zukunft.

Interview: Michael Reiter

Welchen Stellenwert hat die Handchirurgie aus ihrer Sicht innerhalb der chirurgischen Fachgesellschaften?

Zach: Die Handchirurgie ist ein Spiegelbild der chirurgischen Fachdisziplinen, denn sie ist ein auf eine Körperregion spezialisiertes Fachgebiet, für welches sämtliche chirurgischen Techniken beherrscht werden müssen. Entsprechend sind viele Akteure der verschiedenen großen Facharzt disziplinen Orthopädie und Unfallchirurgie, Plastische Chirurgie sowie Allgemein Chirurgie auf diesem Gebiet tätig. Alle sehen die Rolle der Handchirurgie als sehr bedeutend an.

Welche Auswirkungen wird die Krankenhausreform auf die Handchirurgie aus ihrer Sicht haben?

Zach: In der anstehenden Krankenhausreform soll ambulantes Operieren ein deutlich stärkeres Gewicht erhalten. Die Handchirurgie ist hier schon lange ein Paradebeispiel für die Verknüpfung ambulanter und stationärer Eingriffe. 2014 fällte das Bundessozialgericht ein wegweisendes Urteil, das schon damals zu erheblichen Veränderungen auch in der Handchirurgie führte. Das Urteil besagte, dass bei einer Operation, die sowohl ambulant als auch stationär durchführbar ist, die Wirtschaftlichkeit berücksichtigt werden muss und somit das kostengünstigere Verfahren – also das ambulante – durchgeführt werden muss, wenn dies bei der individuellen Patientensituation möglich ist. Ab diesem Moment stieg der Kostendruck insbesondere für die handchirurgische Abteilungen in den Kliniken erheblich.

Mittlerweile werden sehr viele der handchirurgischen Operationen ambulant erbracht. Handchirurgische Maximalversorgung ist personalintensiv und die Vergütung der Eingriffe ist schlecht. Ich befürchte, nur wenige Krankenhäuser werden sich diese Versorgungsform zukünftig noch leisten können. Die große Frage ist, was zukünftig ambulant vom niedergelassenen Handchirurgen und was vom Handchirurgen im Krankenhaus versorgt werden wird. Ich befürchte, dass insbesondere komplexere und zeitintensive ambulante Eingriffe in die Kliniken geschickt werden, wenn sie nicht kostendeckend im EBM abgebildet sind. Die Einführung des § 115f SGBV ist hier sicher ein Schritt in die richtige Richtung, auch wenn wir bis heute nicht wissen, welche Ein-

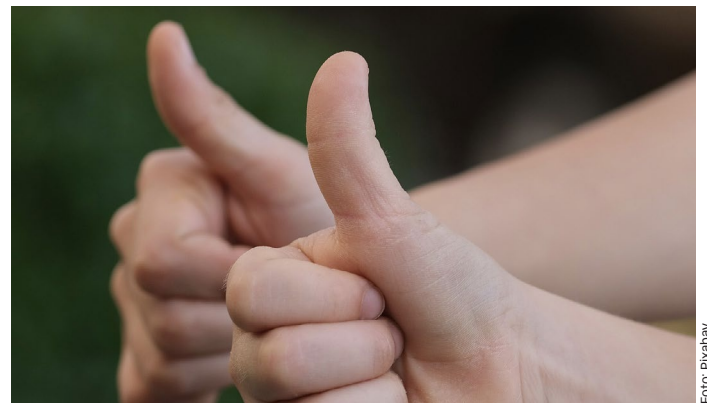


Foto: Pixabay

griffe darin enthalten sein werden und wann er denn kommt. Wenn im schlimmsten Fall nur noch Akutfälle, Rezidiveingriffe und komplexe Eingriffe bei mehrfacherkranken Patienten für die handchirurgischen stationären Abteilungen übrig bleiben, dann wird auch eine fundierte handchirurgische Ausbildung über kurz oder lang in den Kliniken allein nicht mehr möglich sein.

Vereinzelte Stimmen unter den Niedergelassenen stellen sogar mittlerweile infrage, ob künftig überhaupt noch handchirurgische Abteilungen in Krankenhäusern gebraucht werden...

Zach: Dem muss man entgegenhalten, dass diese Institutionen definitiv nicht in Frage gestellt werden können. Die 24/7-Notfallversorgung und die Durchführung hochkomplexer Eingriffe mit intensivem Nachbehandlungsaufwand sind nur in diesen Abteilungen möglich. Und solange niedergelassene Handchirurgen nicht in der Lage sind und keine Bereitschaft zeigen, auch außerhalb der Regelarbeitszeit und an den Wochenenden bzw. Feiertagen handchirurgische Notfälle zu versorgen, ist dies aus meiner Sicht reine Polemik.

Was muss passieren, damit zur Verbesserung der Situation alle an einem Strang ziehen?

Zach: In dieser existenzbedrohenden Lage der gesamten Handchirurgie ist ein gemeinsames Vorgehen von niedergelassenen und klinisch täti-

gen Handchirurgen zwingend notwendig. Die DIAH und die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie (DGH) stehen in enger Kooperation, um dies voranzubringen. Als Tagungspräsident in Greifswald habe ich Vorstandsmitglieder der DGH eingeladen, mit dem Ziel, die Tagung als Plattform zu nutzen, um gemeinsame Wege zu etablieren.

Wie spiegelte sich das in der Programmgestaltung der DIAH-Frühjahrstagung?

Zach: Unser straffes und anspruchsvolles Programm mit 40 Vorträgen und Beiträgen belegt die hohe handchirurgische Kompetenz in der klinischen und ambulanten Versorgung innerhalb unserer Fachgruppe. So referierten Prof. Dr. Heinz Herbert Homann und Dr. Frauke Deneken vom BG Klinikum Duisburg über Lappenplastiken in der Handchirurgie bzw. aktuelle Entwicklungen in der Verbrennungsmedizin. Privatdozent Dr. Martin Lautenbach aus dem Krankenhaus Waldfriede Berlin referierte zum Thema der Silikon-Endoprothetik der Finger. Prof. Dr. Hermann Krimmer aus Ravensburg zeigte die neuesten Ansätze zur Technik komplexer Korrekturosteotomien am Unterarm und Handgelenk.

Highlights waren die Vorträge von Dr. Stefan Krieger, ehemaliger Präsident von ‚Ärzte ohne Grenzen Deutschland‘, heute im Aufsichtsrat von Ärzten ohne Grenzen weltweit und Handchirurg im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) in Aachen sowie Oberstarzt Dr. Sebastian Hentsch aus dem Bundeswehrkrankenhaus Koblenz. Die Vorträge ‚Handchirurgie unter humanitären Bedingungen‘ bzw. ‚Handchirurgie unter Kriegsbedingungen‘ zeigten unser Fachgebiet aus Perspektiven, welche für viele von uns komplett neu waren. Sowohl die ‚Kliniker‘ als auch die niedergelassenen Kollegen zeigten, dass es sehr viele Gemeinsamkeiten in der Behandlung unserer Patienten gibt. Diese aufzuzeigen und weiterzuentwickeln, war ein wichtiges Ziel dieser Tagung.

Es gab aber auch Neues zur Berufspolitik, über das bei der Jahrestagung diskutiert wurde...

Zach: Die mit Spannung erwartete berufspolitische Sitzung bei der Frühjahrstagung nahm insbesondere die Krankenausreform in den Blick. Privatdozent Dr. Martin Lautenbach diskutierte die intersektorale Versorgung aus DGH-Sicht, Prof. Dr. Andreas Eisenschenk vom Unfallkrankenhaus Berlin aus der Perspektive der Berufsgenossenschaften, Dr. Karsten Becker aus DIAH-Sicht – und Dr. Axel Neumann sprach für den Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO).

Prof. Steffen Fleßa, Inhaber des Lehrstuhls für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement sowie Prorektor der Universität Greifswald, trug Perspektiven der Gesundheitsökonomie bei und projizierte die Krankenhauslandschaft in zehn Jahren. Auf die Frage, warum sich Ärzte nicht vehementer gegen nachteilige neue Vorgaben wehren, regte der Gesundheitsökonom an, Vertreter und Vertreterinnen des Berufsstandes sollten Einigkeit suchen, zusammenstehen, gemeinsame Ziele formulieren und diese – auch unter Zuhilfenahme anderer Organisationen, wie z. B. der großen Patienten- und Versicherungsververtretungen – lautstark vertreten. Gut gemeinte Handlungsauf-

Dr. Alexander Zach

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Handchirurgie, Mitglied im Vorstand der DIAH, Mitglied im erweiterten Vorstand der DGH

Praxis Handchirurgie Greifswald
Pappelallee 1, 17489 Greifswald
Tel.: 03834 854520
zach@handchirurgie-greifswald.de
www.handchirurgie-greifswald.de



Foto: Zach

forderungen, wie beispielsweise die Annahme von weniger Patientinnen und Patienten oder die temporäre Schließung von Praxen, erscheinen in seinen Augen in erster Linie als Eigentore, da man sich hier insbesondere selbst schade.

Und warum findet keine Kontaktaufnahme mit Rahmensekretären statt?

Zach: Weil unter den Handchirurgen niemand die entsprechenden Kontakte hat. Entscheidend ist der Blick des Patienten auf die Behandler, auf die Behandlungsqualität. Diesen Aspekt müssen wir in unsere Strategien mit einbringen! Patientinnen und Patienten glauben an ein sehr hohes Einkommen der Ärzte; dies muss man bei Aktionen berücksichtigen... und weniger jammern.

Sehen Sie auch Handlungsbedarf bei der Ausbildung von Handchirurgen?

Zach: Die Qualifizierung war in Greifswald ebenfalls ein herausragendes, aktuelles Thema. Die chirurgische Ausbildung ist in Deutschland schon seit vielen Jahren eine Herausforderung. Die Erlangung theoretischer, aber vor allem auch praktischer Kompetenzen wird bei steigendem Kostendruck immer schwieriger.

Was waren also die Kernbotschaften der DIAH-Frühjahrstagung?

Zach: Die Veranstaltung in Greifswald war von einem sehr guten Austausch geprägt. Unser oberstes Ziel muss sein, die Fachgruppierungen zusammenzubringen. Der Kampf um die Weiterexistenz der Handchirurgie in den Kliniken lässt sich nur gemeinsam gewinnen. Es ist unvermeidlich, dass die Zahl der Abteilungen in Deutschland unter diesen Bedingungen zurückgeht. Wir müssen bei uns in Deutschland allerdings unbedingt das Menetekel verhindern, das man derzeit in Polen beobachten kann. Dort existieren lediglich drei große Handchirurgie-Abteilungen, welche sich den Replantationsdienst jeweils für das gesamte Staatsgebiet teilen.

Die Zusammenarbeit der DIAH und DGH ist hier in der Zukunft noch enger. Nächste Schritte dieser positiven Entwicklungen nach dem DGH-Jahreskongress Mitte Oktober in Leipzig auch auf der DIAH-Herbsttagung im November in Fulda zu erwarten. Der gemeinsame Jahreskongress der DIAH und DGH 2024 in Hannover ist eine große Chance, die gemeinsame Arbeit zu vertiefen. ◀

Aktuelles und Termine siehe: <https://dg-h.de>

DHG-Hernientage 2023

Leistenhernien: Was ist neu? Und worauf kommt es an?

Vom 9. bis 10. Juni 2023 fanden unter der Kongressleitung von Priv.-Doz. Dr. Guido Woeste und Martin Wiese die ersten DHG-Hernientage in Köln statt. Die DHG-Hernientage sind eine Fusion der bisher jeweils jährlich stattfindenden Jahrestagungen der Deutschen Herniengesellschaft (DHG) und der Hernientage.

Von Dr. Ralph Lorenz

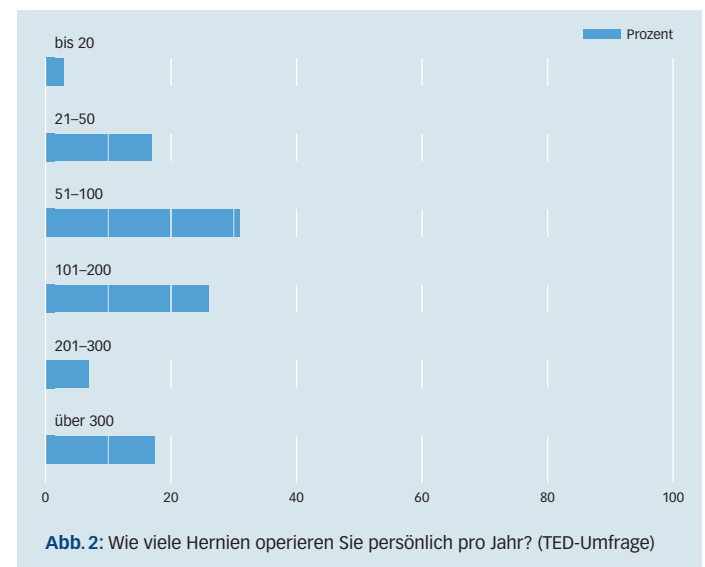
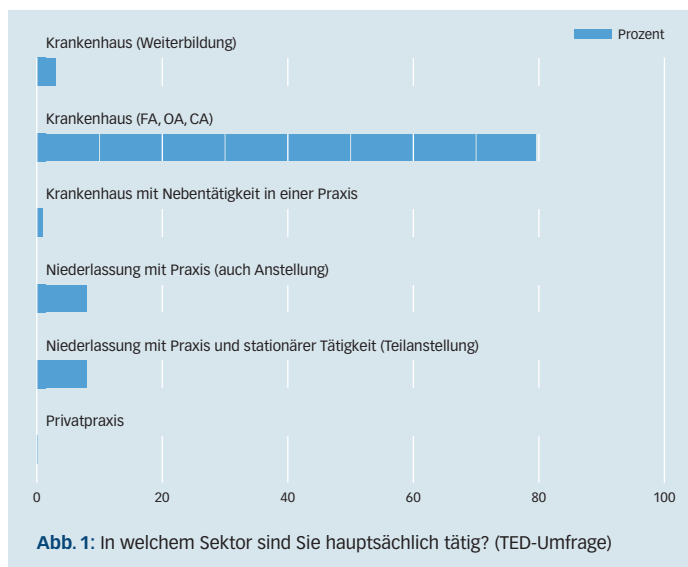
Die erste wissenschaftliche Sitzung der diesjährigen DHG-Hernientage bezog sich auf die Versorgung von Leistenhernien und bildete den aktuellen Wissens- und Erfahrungsstand auf diesem Gebiet ab.

Eröffnet wurde die Sitzung in bewährter Manier mit einer TED-Umfrage, wonach die Mehrheit der Teilnehmenden in diesem Jahr aus dem Krankenhaus kam (siehe Abb. 1). Die anwesenden Chirurg*innen operieren demnach persönlich im Durchschnitt 51 bis 100 Hernien pro Jahr (31,1%) bzw. 100 bis 200 Hernien pro Jahr (26%). Der Anteil der hochspezialisierten Chirurg*innen mit über 300 Hernien-Operationen war jedoch mit 16,6% bemerkenswert (siehe Abb. 2).

Im ersten Vortrag der Sitzung beleuchtete der Autor die korrekte Indikation zur Operation. Hintergrund ist die immer wieder fehlerhafte oder auch zu frühe OP-Indikation, die mit der Gefahr der Darmeinklemmung begründet wird. Diese tritt jedoch nur bei ca. 0,3% der Leistenhernien auf, wie Herniamed-Daten belegen. Für eine korrekte Indikation zur Operation müssen die angegebenen klinischen Symptome mit dem klinischen Befund exakt übereinstimmen. In unklaren Fällen sollte stets zunächst eine weitere Differenzialdiagnose (mit

Ausschluss zum Beispiel muskulär bedingter oder hüftbedingter Leistenschmerzen) erfolgen, um eine Persistenz der Beschwerden nach dem Eingriff oder auch unnötige Operationen zu vermeiden. Bei der Diagnostik empfiehlt sich eine sensible, achtsame, strukturierte und präzise Herangehensweise. Die Diagnose beinhaltet eine ausführliche Anamnese mit den ‚W-Fragen‘ (Was? Wie? Wann? und Wo?), die körperliche Untersuchung sowie die apparative Diagnostik vor allem mit dem dynamischen Ultraschall. Man sollte stets bedenken, dass jede Operation prinzipiell Risiken und Nebenwirkungen wie Komplikationen und chronische Schmerzen hat. Die Vermeidung unnötiger Operationen spart zudem Ressourcen und ist damit ein wichtiger Beitrag zur Nachhaltigkeit in der Chirurgie.

Dr. Katharina Paul-Promchan, Chefärztin aus dem Bethel-Krankenhaus Berlin, thematisierte die Prähabilitation und Rehabilitation in der Leistenhernienchirurgie. Noch fehlt es an wissenschaftlicher Evidenz zu diesem Thema. Dennoch gibt es Möglichkeiten der Optimierung der Patient*innen vor einer elektiven Operation: Beispielsweise senken Nikotinverzicht und Gewichtsreduktion die Komplikationsrate. Daneben sollten gerinnungsaktive Nahrungsmittel, wie Ginseng, Ingwer,



Gingko, Engelwurz, Kurkuma oder Knoblauch vor der OP vermieden werden, um Nachblutungsrisiken zu reduzieren. In der Nachbehandlung ist eine kurze postoperative Schonung mit zügiger Steigerung der körperlichen Belastung nach ein bis zwei Wochen allgemein anerkannt.

Neue Leitlinien: Abkehr von der generellen Netzempfehlung

Inzwischen steht ein Update der derzeit gültigen internationalen Leitlinien zur Behandlung der Leistenhernien bevor. Der Artikel soll im British Journal of Surgery – Open zeitnah veröffentlicht werden. Priv.-Doz. Dr. Reiko Wiessner aus den Bodden-Kliniken Ribnitz-Damgarten war einer der Experten der internationalen Leitlinienkommission und berichtete in dieser Sitzung über die Neuerungen der Leitlinien. Demnach besteht darin nunmehr nicht mehr ausnahmslos für alle Patient*innen die Empfehlung, eine operative Versorgung mit einem Kunststoffnetz durchzuführen. Bei entsprechender Expertise kann in selektiven Fällen auch ein Nahtverfahren angewendet werden. Gleichfalls neu ist der Stellenwert der offenen präperitonealen OP-Verfahren, wie transinguinale präperitoneale Patchplastik (TIPP), Mini-Open Präperitonealplastik (MOPP) oder TransREctus sheath Präperitonealtechnik (TREPP). Bei entsprechender Expertise sind diese OP-Techniken eine Alternative zur Lichtenstein-Methode.

In der offenen Leistenhernienchirurgie ist die Durchführung der Operation nicht nur für ältere multimorbide Patienten in Lokalanästhesie zu erwägen. Die Operationen sollten lediglich bei Risikopatienten (z.B. Diabetes mellitus) und bei offener Versorgung mit einer Single-Shot-Antibiose (mit Cephalosporin) begleitet werden.

Bei der Netzauswahl ergab die Literaturrecherche der Leitlinienkommission ein überraschendes Ergebnis. Wissenschaftliche Studien aus Schweden und den Niederlanden zeigten bei endoskopischen Operationen insbesondere großer und medialer Leistenhernien signifikant höhere Rezidivraten [2,3]. Daher sollten besonders bei endosko-

Dr. Ralph Lorenz

Facharzt für Chirurgie, FEBS-AWS
 Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Campus Brandenburg an der Havel
 Praxis 3+CHIRURGEN
 Klosterstrasse 34/35, 13581 Berlin
 lorenz@3chirurgen.de
 www.3chirurgen.de



Foto: Lorenz

pischen Leistenhernien-Operationen dieser Hernien schwergewichtige Netze verwendet werden. In der offenen Chirurgie ist weiterhin die Verwendung leichtgewichtiger Netze empfohlen. Okkulte Hernien der Gegenseite können nach gegenseitigem Einvernehmen mit den Patient*innen ohne wesentliche Nachteile optional mitversorgt werden.

Bezüglich der Notfallhernien empfiehlt man eine neue Begrifflichkeit: Man sollte nunmehr akut eingeklemmte Leistenhernien von chronisch eingeklemmten Leistenhernien, die in der Regel wenig Symptome zeigen, unterscheiden. Zusätzlich gibt es natürlich inkarzerierte Hernien, die eine sofortige Operation erfordern.

Herniamed-Daten: Hohe Inzidenz an Mehrfachrezidiven

Priv.-Doz. Dr. Joachim Conze aus dem Hernienzentrum UM München zeigte in seinem Vortrag über die Rezidiv- und Mehrfachrezidive, wie komplex Leistenhernien sich entwickeln können. Aus den bestehenden Herniamed-Registerdaten ist zu entnehmen, dass diese Mehrfachrezidive gar nicht so selten sind. Ca. 10% der Leistenhernien-Operationen sind Rezidiveingriffe im Sinne eines Erstrezidivs, davon entwickeln 10% ein zweites Rezidiv, 20% ein Drittrezidiv und 50% davon wiederum ein höhergradiges Rezidiv. Die meisten Rezidive entwickeln direkte Hernien, wie sich sowohl im dänischen als auch deutschen Hernienregister ▶

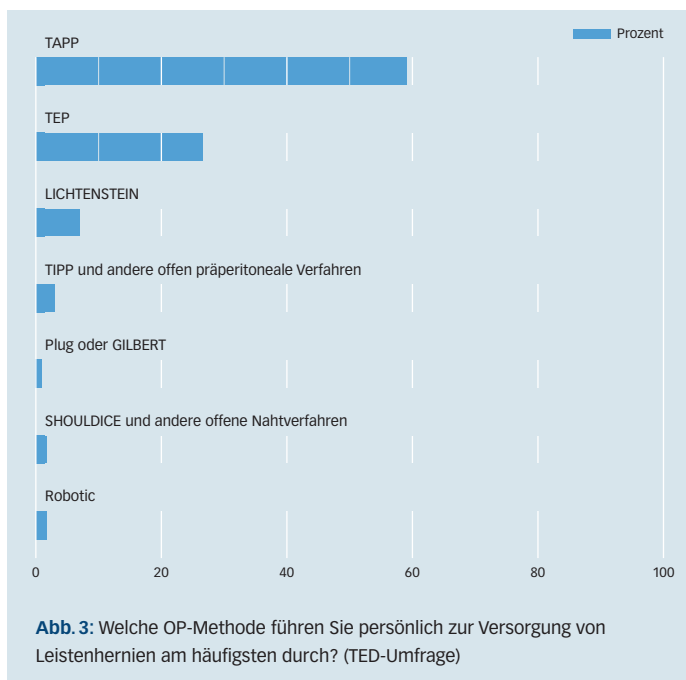


Abb. 3: Welche OP-Methode führen Sie persönlich zur Versorgung von Leistenhernien am häufigsten durch? (TED-Umfrage)

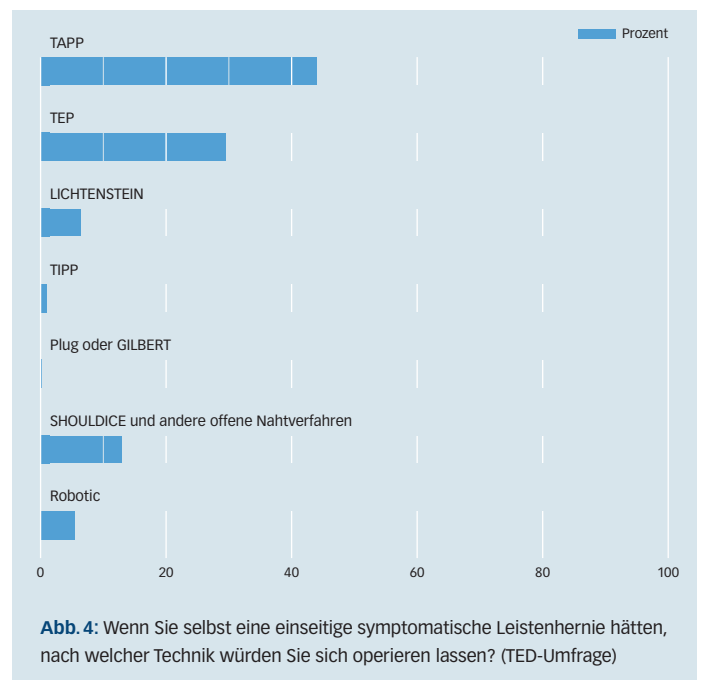
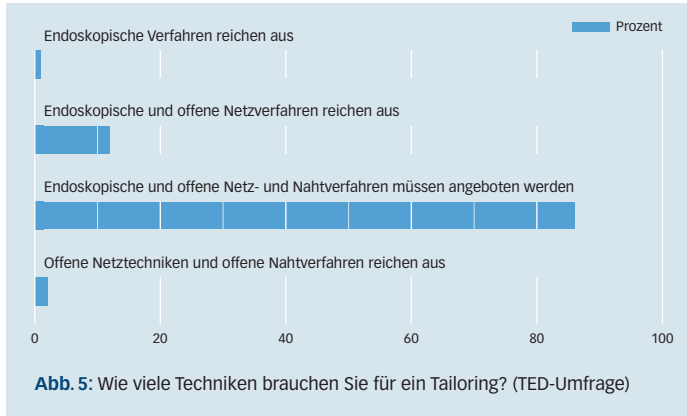


Abb. 4: Wenn Sie selbst eine einseitige symptomatische Leistenhernie hätten, nach welcher Technik würden Sie sich operieren lassen? (TED-Umfrage)



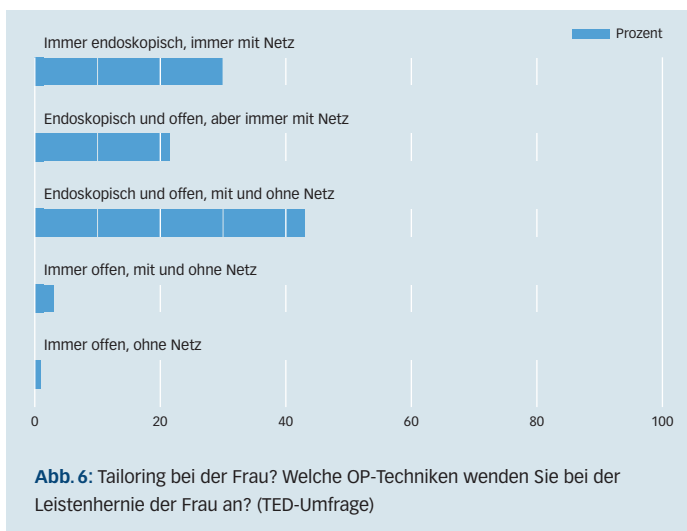
Herniamed zeigt. Mehrfachrezidive sind stets komplexe Eingriffe. Zum Teil ist nicht nur der Bruchverschluss nötig, sondern es sind ggf. auch partielle oder komplette Netzentfernungen notwendig. In manchen Fällen – insbesondere bei chronischen Schmerzen – sind auch Neurektomien denkbar. Vor diesem Hintergrund ist in den meisten Fällen eine individualisierte Behandlung (Tailoring) möglichst durch einen Hernienspezialisten zu empfehlen (siehe Abb. 5 und 6).

Chronischer Leistenschmerz kann erheblich belasten

Prof. Dr. David Chen aus dem Lichtenstein Insitute in Los Angeles referierte in seiner State of the Art-Lecture über den chronischen Leistenschmerz. Er zeigte die zahllosen Möglichkeiten der Entstehung chronischer Schmerzen und der Therapieoptionen auf, die für viele Patient*innen zum Teil erhebliche Konsequenzen haben. In Deutschland können Betroffene sich bei Problemen dieser Art auch an die ‚Selbsthilfegruppe Hernien‘ (www.hernien-selbsthilfe.de). Sie wird von Simone Siegfried geleitet, die seit vielen Jahren regelmäßige Besucherin auch der Hernientage ist.

Für die eigene OP stünden Nahtverfahren hoch im Kurs

Eine weitere TED-Umfrage unter den Teilnehmenden ergab – wie bereits in den Vorjahren – spannende Unterschiede zwischen der am häufigsten angewandten OP-Technik und der für sich selbst favori-



Zusammenschluss von DHG und Hernientagen

Die Deutsche Herniengesellschaft (DHG), das mit über 1.300 Mitgliedern mitgliederstärkste Chapter in der Europäischen Herniengesellschaft (EHS = European Hernia Society), wurde bereits 2001 gegründet und veranstaltet seitdem jährlich in zahlreichen Orten Deutschlands eine Jahrestagung.

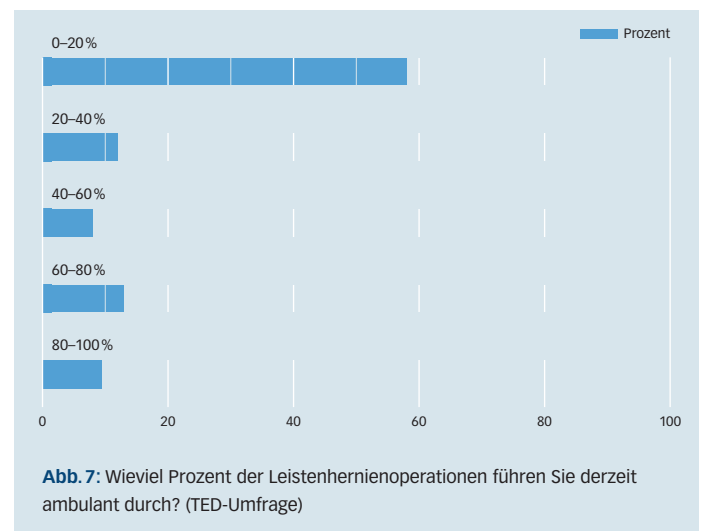
Aufgrund der Coronakrise musste die letzte Jahrestagung 2020 online erfolgen. Die Hernientage wurden durch die drei Hernienspezialisten Dr. Bernd Stechemesser aus Köln, Dr. Wolfgang Reinpold aus Hamburg und Dr. Ralph Lorenz aus Berlin gegründet. Die ersten Hernientage fanden 2007 in Berlin statt, die letzten Hernientage fanden 2019 ebenfalls in Berlin statt. Im Zeitraum von zwölf Jahren wurden die Hernientage insgesamt 16-mal wechselseitig in Berlin, Hamburg und Köln veranstaltet. Die DHG geht mit dieser Fusion gestärkt als wichtigstes Forum für sämtliche Fachfragen sowie für die Aus- und Weiterbildung hervor. Das Konzept der Hernientage ist auch im neuen Format der DHG-Hernientage weitgehend erhalten geblieben. Am Freitagvormittag fanden zunächst zahlreiche verschiedene Videobeiträge statt, am Freitagnachmittag und Samstagvormittag gab es wie gewohnt wissenschaftliche Sitzungen.

In diesem Jahr wurden aufgrund der ausgefallenen Sitzungen zusätzlich mit Prof. Dr. David Chen, aus Los Angeles (USA), Prof. Dr. Giampiero Campanelli aus Mailand (Italien) und Prof. Dr. Todd Heniford aus Charlotte (USA). insgesamt drei Ehrenmitglieder der Deutschen Herniengesellschaft geehrt.

Das Lebenswerk von DHG-Ehrenpräsident Prof. Dr. Volker Schumpelick wurde nach seinem Tod im Rahmen der Hernientage nochmals besonders gewürdigt. Daneben wurde in diesem Zusammenhang der künftig jährlich zu vergebende und mit 10.000 Euro dotierte Volker-Schumpelick-Preis für wissenschaftliche Verdienste insbesondere der jüngeren Generation ins Leben gerufen.

sierten OP-Technik (siehe Abb. 4). Demnach favorisieren Chirurg*innen für sich selbst zehnmal häufiger Nahtverfahren (13,5% Shouldice und andere Nahtverfahren vs. 44,4% TAPP, 29,3% TEP und 6,8% Lichtenstein) als für ihre Patient*innen (1,2% Shouldice vs. 58,6% TAPP, 25,9% TEP, 2,5% TIPP und 6,8% Lichtenstein).

Der Anteil der ambulanten Leistenhernienoperationen ist trotz aller Bemühungen der Gesundheitspolitik auch 2023 offensichtlich noch immer sehr gering (siehe Abb. 7). Die Einführung der Hybrid-DRG wäre der einzige Lösungsansatz um die seit Jahren bestehenden gesundheitspolitischen Fehlanreize abzuschaffen. ◀



Operateure und Anästhesisten im BAO

ambulant, interdisziplinär, freiberuflich

BAO BUNDESVERBAND AMBULANTES OPERIEREN E. V.

www.operieren.de



Der BAO engagiert sich für die

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

Der BAO bietet seinen Mitgliedern

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

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

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

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

EIN BEITRITTSFORMULAR FINDEN SIE AUF DER INTERNETSEITE DES BAO UNTER

www.operieren.de/content/e3247/e6292

HARTMANN



Hilft. Pflegt. Schützt.

Mehr Sicherheit und Effizienz im ambulanten OP



- +** Maximale Qualität & minimaler Aufwand
- +** Unser PLUS für Ihre OP durch kompetente Beratung & digitale Lösungen

www.hartmann.de

Informieren Sie sich
auf unserer Website und
nehmen Sie Kontakt auf

