

CHIRURGENMAGAZIN

BAO Depesche



BAO Bundesverband für
Ambulantes Operieren e.V.

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



Ambulantes Operieren

Akutschmerztherapie: Hohe Ergebnisqualität mit harten Zahlen untermauern

30 Jahre BAO

Rückblick auf drei bewegte Jahrzehnte Einsatz für das Ambulante Operieren

Qualitätssicherung

Todesfälle bei Kindern nach ambulanten Narkosen: Tragische Einzelfälle oder auch Fehler im System?

Praxismanagement

Sicher jonglieren mit den eigenen Zahlen: Controlling in der chirurgischen Praxis



Verlag für
Medizinkommunikation



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

WIR BRAUCHEN IHRE SOLIDARITÄT!

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



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

www.aerzte-ohne-grenzen.de/partnerarzt



MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.

Träger des Friedensnobelpreises

Inhalt

Berufspolitik

Leitartikel BNC

Mit dem BNC zurück in den Hörsaal:
Wahlpflichtfach ‚Ambulante Chirurgie‘

8

Leitartikel BAO

2022 muss ein Jahr wichtiger und
richtiger Entscheidungen werden!

10

30 Jahre BAO

Rückblick auf drei bewegte Jahrzehnte
Einsatz für das Ambulante Operieren

14

Qualitätssicherung

Tragische Einzelfälle
oder auch Fehler im System?

20

Regional

Ansprechpartner

Kontakt zu den Geschäftsstellen und
Regionalverbänden von BNC und BAO

22

Meldungen

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

23

Service

Aktuelles zum Arztrecht

Worauf Jobsharing-Praxen
bei der Abrechnung achten sollten

28

Aktuelles zum Arztrecht

Leserfrage: CPM auf Kassenrezept –
Was tun bei Streit mit den Kostenträgern?

30

Aktuelles zum Arztrecht

Geimpft oder nicht geimpft – diese Frage
beschäftigt derzeit viele Praxen

32

Praxisteam

Medizinische Fachangestellte am Limit:
Kann Corona-Bonus den Exit verhindern?

36

Praxismanagement

Sicher jonglieren mit den eigenen Zahlen:
Controlling in der chirurgischen Praxis

38

Medizin

Akutschmerztherapie

Hohe OP-Zahlen und geringe Schmerzzraten –
aber kaum statistische Daten

47

Akutschmerztherapie

‚Weniger Opiode‘ darf nicht heißen
‚weniger Analgesie‘!

50

Verschiedenes

Editorial

Kinners,
wie die Zeit vergeht ...

4

Impressum

Kontakt zu Herausgebern, Redaktion,
Verlag, Grafik und Anzeigenabteilung

4

Nachrichten

Aktuelle Informationen aus Politik
und Wissenschaft

5

Buchtipps

Aktuelle Neuerscheinungen für Chirurgen,
Operateure und Anästhesisten

42

Termine

Kongresse, Seminare und Workshops
für die fachärztliche Weiterbildung

44

Industrie

Nachrichten und Produktneuheiten
unserer Partner aus der Industrie

46

Titelbild: iStockphoto.com/LiudmylaSupynska

SC 5010 SEK Mobiler OP Stuhl

für

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



Kniehalter, 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

Kinners, wie die Zeit vergeht ...

Liebe Leserinnen und liebe Leser,

in diesem Frühjahr feiert der BAO seinen 30. Geburtstag – für mich natürlich ein Anlass, einmal die Verbandsgeschichte der vergangenen drei Jahrzehnte Revue passieren zu lassen (siehe Seite 14 ff.). Vor genau einem Jahr gab es einen ähnlichen Artikel zu Ehren des BNC, der 2021 immerhin auch schon 25 Jahre alt geworden ist. Jubiläen dieser Art erinnern mich immer daran, dass auch ich schon eine ziemlich lange Zeitspanne mit den beiden Verbänden überblicke. Immerhin betreue ich seit 1999 die Redaktion des BNC-Verbandsorgans (erst ‚Der niedergelassene Chirurg‘, dann das ‚Chirurgen Magazin‘) und habe wenige Jahre später auch die Redaktion der ‚BAO Depesche‘ übernommen, bevor sie 2016 in diesem Magazin aufging.

Die Arbeit in dieser doch sehr speziellen journalistischen Nische und der inhaltliche Austausch mit Vorständen und Verbandsmitgliedern machen mir unverändert sehr viel Spaß. Und doch haben mich in den vergangenen Jahren angesichts von Mitgliederschwund und Überalterung so manches Mal auch Zweifel beschlichen, ob kleine Berufsverbände wie der BNC oder der BAO – und damit auch Zeitschriften wie diese – tatsächlich noch eine Zukunft haben.

Neuerdings blicke ich aber wieder deutlich zuversichtlicher nach vorn. So hat sich der BAO strategisch neu aufgestellt, wie man in Heft 4.2021 nachlesen kann. Mit seinen neuen Verbände-kooperationen geht u. a. auch ein erklecklicher Zuwachs unserer (Digital-)Auflage einher. Und der BNC verzeichnet in vielen regionalen ANC aktuell eine bemerkenswerte Aufbruchstimmung: Gleich in vier ANC wurden neue Vorsitzende gewählt (siehe Seite 23 ff.), die mit neuen Ideen wieder Schwung in die Interessenvertretung bringen wollen. So darf es gern weitergehen!



Foto: Thiel

Antje Thiel

Redaktionsleitung

antje.thiel@vmk-online.de

Impressum: Chirurgen Magazin + BAO Depesche

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

Herausgeber und verantwortlich für den Inhalt:
Berufsverband Niedergelassener Chirurgen
Deutschland e.V.
Dorfstraße 6 d, 22941 Jersbek
Telefon 04532 2687560, Fax 04532 2687561
info@bncev.de, www.bncev.de

Bundesverband Ambulantes Operieren e.V. BAO
Joachim-Karnatz-Allee 7, 10557 Berlin
Telefon 030 31958413, Fax 030 22196057
buero@bao.berlin, www.operieren.de

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

Verlag, Anzeigen und Vertrieb:
VMK Verlag für Medizinkommunikation GmbH
Dachsweg 5, 25335 Elmshorn
Telefon 04121 2763634
info@vmk-online.de
www.vmk-online.de

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

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

Grafik und Layout:
Stefan Behrendt, bbpm Mediendesign
Hoisdorfer Landstr. 68 a, 22927 Großhansdorf
Telefon 04102 2177223
stefan.behrendt@bbpm.de
www.bbpm.de

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

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

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

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

Verbreitete Auflage:
Die Zeitschrift Chirurgen Magazin + BAO Depesche wird in einer Auflage von 7.300 Exemplaren (1.2022) gedruckt und hat eine verbreitete Auflage von 7.251 Exemplaren (1.2022). Entsprechende Nachweise sind bei der Redaktion erhältlich.

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

Bundeskongress Chirurgie

Endlich wieder persönlicher Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen!

„Es ist gut, dass wir hier wieder in Präsenz einen Kongress abhalten können.“ Mit diesen Worten begrüßte Kongresspräsident Dr. Stephan Dittrich beim Bundeskongress Chirurgie vom 11. bis 12. Februar 2022 in Nürnberg die Teilnehmenden und erteilte großen Applaus. Vielen war anzumerken, wie sehr sie den persönlichen Austausch mit Kolleginnen und Kollegen in den vergangenen zwei Pandemie Jahren vermisst hatten. Angesichts von Omikron-Welle und pandemiebedingten Einschränkungen war der Kongress mit insgesamt mehr als 900 Besucherinnen und Besuchern auch erstaunlich gut besucht – was sich in den Vortragssälen ebenso wie in der Industrieausstellung ausmachen ließ.

Der Kongress war einerseits eine Premiere für die beiden neuen führenden Köpfe beim BNC und beim BAO, den BNC-Vorsitzenden Jan Henniger und den BAO-Präsidenten Dr. Christian Deindl, die beim traditionellen berufspolitischen Freitagnachmittag die aktuelle politische Lage kommentierten – zusammen mit den Vertretern anderer Verbände und der Politik, namentlich Dr. Helmut Weinhart vom Spitzenverband Fachärzte, Dr. Andreas Botzlar vom Marburger Bund, Malte Behmer vom Bundesverband Managed Care und Prof. Peter Bauer vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege.

Gleichzeitig war der Kongress aber auch ein Abschied, denn im Rahmen seiner Begrüßungsrede kündigte der langjährige Kongresspräsident Dr. Stephan Dittrich an, sich in Zukunft aus der Kongressorganisation zurückzuziehen. Der nächste Bundeskongress Chirurgie wird also unter neuer Leitung stattfinden, als Termin ist bereits das Wochenende vom 10. bis 11. Februar 2023 vorgemerkt.

Da der Redaktionsschluss zum Zeitpunkt des Kongresses bereits verstrichen und diese Ausgabe bereits nahezu druckfertig war, folgen ausführliche Berichte über einzelne politische und fachliche Sitzungen in Ausgabe 2.2022, die Ende Mai erscheinen wird.

Link: www.bundeskongress-chirurgie.de



Foto: Thiel

Bundeskongress Chirurgie

Dr. Christoph Schüürmann mit Klaus-Buschmann-Medaille geehrt

Im Rahmen der Kongresseröffnung am 11. Februar 2022 wurde der ehemalige BNC-Vorsitzende Dr. Christoph Schüürmann mit der erstmals verliehenen Klaus-Buschmann-Medaille geehrt. Die Laudatio sprach der stellvertretende BNC-Vorsitzende Dr. Frank Sinning. Er lobte Dr. Schüürmanns Verdienste für die Fachgruppe der niedergelassenen Chirurgen, darunter insbesondere seinen hartnäckigen und letztlich auch erfolgreichen Kampf um den Erhalt des Facharztes für Allgemeinchirurgie in der (Muster)Weiterbildungsordnung: „Er hat uns in einer schwierigen Zeit über Wasser gehalten, und dafür sollten wir ihm immer dankbar sein.“

Die Medaille, die auf der einen Seite das BNC-Logo und auf der anderen das Konterfei des 2003 verstorbenen BNC-Gründungsvorsitzenden und Initiators des BNC-Jahreskongresses Dr. Klaus Buschmann zeigt, soll künftig ausgewählten Mitgliedern verliehen werden, die sich in besonderer Weise um den Verband bzw. die Belange ihrer Fachgruppe einsetzen. Die Auszeichnung wird – wie auch bei der Premiere in diesem Jahr – im Rahmen des Bundeskongresses Chirurgie übergeben.



Dr. Meindl u. Partner
Verrechnungsstelle

Spezial-Angebot
für BNC-Mitglieder

- 100 Tage Geld-zurück-Garantie
- kostenfreier Abrechnungs-Check inklusive Auswertung eines OP-Berichts
- wöchentliche telefonische Hotline-Sprechstunde mit unseren Chirurgie-Abrechnungsexperten

Profitieren auch Sie von unserer über 45-jährigen Erfahrung aus der Betreuung von über 200 chirurgischen und orthopädischen Konstrukten!

Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH | Willy-Brandt-Platz 20 | 90402 Nürnberg | Tel. 0911 98478 290 | www.verrechnungsstelle.de



Nachruf

Trauer um den Hernienchirurgen Professor Dr. Volker Schumpelick

Am 17. Januar 2022 ist in Hamburg im Alter von 77 Jahren der renommierte Hernienchirurg Professor Dr. Dr. h.c. Volker Schumpelick gestorben. Nach seinem Studium in München, Berlin, Hamburg, Göttingen und New York begann Prof. Schumpelick seine chirurgische Karriere am Hamburger Universitätsklinikum, wo er sich 1978 auch habilitierte. Ende 1985 übernahm er den Lehrstuhl für Chirurgie am Universitätsklinikum Aachen, wo er bis zu seiner Emeritierung 2010 tätig war.

Prof. Schumpelick engagierte sich in zahlreichen chirurgischen Fachgesellschaften, war u. a. 2008/09 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und leitete in dieser Funktion den Jahreskongress der Fachgesellschaft. Er war Gründungs- und Ehrenpräsident der Deutschen Herniengesellschaft (DHG) und seit 2013 Präsident der Europäischen Herniengesellschaft (EHS). Von 1994 bis 2008 organisierte er fünf von ihm begründete Suvretta-Meetings zum State of the Art in der Hernienchirurgie. Aus Prof. Schumpelicks Feder stammen zahlreiche Lehrbücher und international gelistete Fachpublikationen, in denen er sich neben der Hernienchirurgie und weiteren viszeralchirurgischen Themen auch grundsätzlichen Überlegungen zur medizinischen Ethik und zum Gesundheitssystem widmete.



Foto: Andreas Böhmig

Chirurgen in Klinik und Praxis ist Prof. Schumpelick als vielseitig interessierter, charismatischer Kollege und Mentor in Erinnerung. Obwohl in der Hernienchirurgie – nicht zuletzt vorangetrieben durch die Forschung an seiner Klinik in Aachen – fortwährend neue Materialien und Techniken zur Hernienreparatur mit Netzmanipulationen entwickelt wurden, blieb er immer auch ein Förderer der Nahttechnik nach Shouldice. Seine Auffassung, dass Netzmanipulationen nicht bei allen Hernientypen und allen Patienten sinnvoll sind, gewinnt gerade heute wieder an Popularität.

Der Hernienspezialist Dr. Ralph Lorenz erinnert sich: „Prof. Schumpelick hat es geschafft, dass die Hernienchirurgie als eigene chirurgische Fachdisziplin international Bedeutung erlangt hat. Er war für mich ein weltgewandter, weltoffener, inspirierender und integrierender Kollege und Förderer.“ Die DGCH und DHG würdigten den Verstorbenen ebenfalls für sein nachhaltiges wissenschaftliches und klinisches Wirken, das entscheidende Impulse zur Weiterentwicklung der Chirurgie und unserer Gesellschaft gesetzt hat. Prof. Schumpelicks Stimme wird fehlen.

Zi Praxis-Panel

Befragung zur wirtschaftlichen Situation der Praxen bis Ende März verlängert

Seit 2010 erhebt das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) mit dem Praxis-Panel ZiPP im Auftrag der Selbstverwaltung jährlich Daten zu Wirtschaftslage und Versorgungsstrukturen in Vertragsarztpraxen in Deutschland. Für die aktuelle Erhebung waren im Dezember etwa 58.000 Praxen aller Fachgruppen angeschrieben worden. Die Frist für die Teilnahme am diesjährigen ZiPP ist nun verlängert worden. Bis 31. März können sich Ärztinnen und Ärzte an der Befragung beteiligen.

Weil sich bei den vorangegangenen Befragungen unter anderem gezeigt hatte, dass der Mangel an qualifiziertem Praxispersonal für zusätzliche Belastungen sorgt, steht in diesem Jahr neben der wirtschaftlichen Situation die Ausbildung von Praxispersonal im Fokus. Damit die Selbstverwaltung Rückschlüsse auf die wirtschaftliche Lage in den jeweiligen Fachgruppen ziehen und für die berufspolitische Positionierung nutzen kann, ist es wichtig, dass die angeschriebenen Praxen auch tatsächlich an der Befragung teilnehmen.

Weitere Informationen: www.kbv.de/html/1150_56603.php

Private Krankenversicherung

PKV-Verband sieht positiven Trend bei Versichertenzahlen

Die Private Krankenversicherung ist nach Angaben des PKV-Spitzenverbands auch 2021 deutlich gewachsen. Die Gesamtzahl privater Krankenversicherungen sei um fast eine Million auf mittlerweile 37,1 Millionen gestiegen. Den Löwenanteil machen hierbei die Zusatzversicherungen aus, deren Zahl um 3,4 Prozent auf insgesamt 28,4 Millionen anstieg. „Immer mehr Menschen nutzen also die Chance zu privater Vorsorge, um den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufzustocken“, erklärte der PKV-Verband dazu.

Doch auch in der Vollversicherung habe sich die Lage der PKV weiter verbessert, was die PKV daran festmacht, dass bereits im vierten Jahr in Folge mehr Menschen aus der GKV in die PKV gewechselt seien als umgekehrt. Im Saldo ergebe sich ein Plus von 22.500 Versicherten zugunsten der PKV (Saldo 2020: + 21.400). In absoluten Zahlen sank die Zahl der Vollversicherten in der PKV im Jahr 2021 (insbesondere nach Abzug der Sterbefälle) allerdings um 0,1 Prozent auf 8,7 Millionen.

Kontakt: www.pkv.de

Bundeskongress Chirurgie

KBV-Vertreter sieht großes Potenzial in der Neuauflage des AOP-Katalogs

Der Zeitplan für die Veröffentlichung des überarbeiteten Katalogs für ambulante und stationäresetzende Operationen (AOP-Katalog), mit dessen Erarbeitung das Kieler IGES-Institut beauftragt ist, wird sich zwar bis voraussichtlich Mitte März verzögern. Doch die Verhandlungsführer auf Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) scheinen zuversichtlich zu sein, dass der neue AOP-Katalog für die vertragsärztlichen Operateurinnen und Operateure mit spürbaren Honorarsteigerungen verbunden sein wird. Die KBV favorisiert diese Lösung auch gegenüber den im Koalitionsvertrag der Bundesregierung angekündigten Hybrid-DRG: „Wenn es über EBM läuft, bewegen wir uns in einem bekannten System und können das Heft des Handelns besser in der Hand behalten“, erklärte Dr. Ulrich Casser vom KBV-Dezernat Vergütung und Gebührenordnung im Rahmen des BAO-Symposiums beim Bundeskongress Chirurgie am 12. Februar 2022.

„Ich gehe davon aus, dass wir im EBM-Kapitel 31.2 höhere Punktzahlen erreichen werden.“ Hierfür gebe es sogar positive Signale vom GKV-Spitzenverband: „Es wird anerkannt, dass etliche Leistungen bislang unterbewertet sind. Wir haben also einen Fuß in der Tür und werden versuchen, für möglichst viele Leistungen eine Höherbewertung durchzusetzen“, versprach Dr. Casser. In den zweiseitigen Verhandlungen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft nehme er wahr, dass es den Kliniken nicht um eine Optimierung ihrer stationären Erlöse geht, „sondern dass sie mit uns die ambulanten Leistungen aufwerten wollen“. Angesichts eines drohenden GKV-Finanzdefizits in Höhe von bald 24 Milliarden Euro sei aber auch klar, „dass die GKV keine Spenderhosen anhat“. Ein ausführlicher Bericht auch über weitere Vorträge im Rahmen des BAO-Symposiums erwartet Sie in Ausgabe 2.2022.

Bundeskongress Chirurgie

Umfrage D-Ärzte: Was erschwert Ihre Arbeit? Was sind mögliche Lösungen?

Ein besonders hochkarätig besetztes Podium diskutierte am 12. Februar 2022 über den wichtigen Bereich der D-Arzt-Tätigkeit. Markus Romberg, Teamleiter beim Landesverband Südost der Deutschen Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), und Karl-Heinz Hoffmann, Referatsleiter bei der Unfallkasse Rheinland-Pfalz, erläuterten Neuerungen des D-Arztwesens in der Klinik und im niedergelassenen Bereich. Als Kernproblem nannten sie den Umstand, dass die Übertragung über DALE-UV neu geregelt werden muss. Bisher reagierten die Software-Häuser allerdings noch sehr zögerlich: „Die Arzt-Software ist und bleibt ein Nischenprodukt“, erklärten die Referenten.

Dr. Werner Boxberg, geschäftsführender Arzt beim BDD Bundesverband der Durchgangsärzte, konnte die gute Nachricht übermitteln, dass die Gebühren für Gutachten angehoben wurden. Die nachfolgende Diskussion über ambulante operative Leistungen und Sonographie zeigte, dass hier viel Nachholbedarf besteht, damit moderne ärztliche Diagnostik auch in der Gebührenordnung abgebildet wird. Besonders heftig wurde anschließend im Plenum über den Weg zum D-Arzt und die allgemeinen Bedingungen der D-ärztlichen Tätigkeit diskutiert: Dienstpflicht von 50 Stunden, weitreichende Aus- und Fortbildungspflichten, teure räumliche Anforderungen ... „Ob die nächste Generation darauf anspricht?“, fragte BNC-Vize Dr. Frank Sinning, der nun zu einer Sammlung von Themen und Lösungsansätzen auffordert: „Schreiben Sie uns zeitnah, was das die D-ärztliche Arbeit erschwert und bieten Sie Lösungen aus der Praxis an. BNC, BDC, Bund der D-Ärzte sowie die DGUV haben beim Kongress große Offenheit aufkommen lassen!“

Kontakt: Dr. Frank Sinning, Info@DrFrankSinning.de

ARTROMOT®

BEWIESEN, BEWÄHRT, BESTÄTIGT

Therapie mit CPM-Bewegungsschienen

ARTROMOT®-CPM-THERAPIE

- Für die wichtigsten Gelenkbereiche vom Marktführer DJO®
- Einsatz in der prä- und postoperativen Phase sowohl in Kliniken als auch in der ambulanten Patientenversorgung zu Hause
- Vermeidet Gelenkverklebungen, reduziert Schmerzen und Schwellungen
- Verkürzt die Krankenhausverweildauer und die Gesamtbehandlungsdauer durch schnellere Heilung



Erfahren Sie mehr unter:
www.DJOGlobal.de/cpm-therapie-artromot

Telefon: 01805 167 633 djoglobal.de



DJO®



Foto: Bildquelle: Goethe Uni / Wikimedia Commons

Leitartikel BNC

Mit dem BNC zurück in den Hörsaal: Wahlpflichtfach ‚Ambulante Chirurgie‘

Ab dem kommenden Sommersemester erhalten Medizinstudierende der Universität Frankfurt in einem Wahlpflichtfach ‚Ambulante Chirurgie‘ Einblicke in die spannende und vielseitige Arbeit chirurgischer Praxen. Das Gemeinschaftsprojekt von BNC und BAO soll möglichst auch auf weitere Uni-Standorte ausgeweitet werden.

Von Jan Henniger

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

herzlich willkommen in der neuen Zeitrechnung. Ab jetzt erhalten Medizinstudierende bereits an der Uni Einblicke in die Welt des Ambulanten Operierens. Vielleicht ist meine Euphorie etwas übertrieben und auch dem Umstand geschuldet, dass wir zurzeit nur bedingt etwas zu lachen haben. Dahinter steckt die Idee, Studierenden bereits mit Beginn des klinischen Studienabschnittes die ganze Bandbreite ärztlicher Tätigkeiten und Facharztalternativen zu vermitteln – inklusive eines frühzeitigen Einblicks in die spannende und vielseitige Arbeit in der eigenen fachärztlichen Praxis. Vergleichbares ist der Allgemeinmedizin bereits an vielen Universitätsstandorten gelungen, hier hinken die fachärztlichen Disziplinen in ihrer Außendarstellung gegenüber den Studierenden noch deutlich hinterher.

Ein erstes gemeinsames Projekt von BNC und BAO seit dem Antritt des neuen BNC-Vorstands und des neuen BAO-Präsidiums soll dies ändern: Wir wollen als Niedergelassene vermehrt in den Unterricht

an den Medizinischen Hochschulen integriert werden und den Studierenden das breite Spektrum und die Entfaltungsmöglichkeiten in der ambulanten Medizin vermitteln. Entsprechend habe ich mich sehr gefreut, auf Professor Udo Rolle zu treffen, der als Kinderchirurg und Studiendekan am Universitätsklinikum der J. W. Goethe-Universität in Frankfurt auf unseren Vorschlag ganz einfach mit den Worten „Das machen wir, das finden wir auch wichtig!“ reagierte.

Den Kontakt zur Frankfurter Uniklinik, den ich seit Jahren in meiner Heimatstadt nicht knüpfen konnte, hatte BAO-Präsident Dr. Christian Deindl hergestellt. Wir haben in mehreren Sitzungen ein Wahlpflichtfach Ambulante Chirurgie für das kommende Sommersemester vereinbart. Dort werden ambulante Inhalte gelehrt und im Anschluss durch Hospitationen Kontakte zu Studierenden gefestigt, die auf längere Sicht vielleicht einmal unsere Angestellten und später ggf. auch Nachfolger werden. Dies macht mich genau deshalb so euphorisch, weil wir erstmalig Studierenden den Einblick in die ambulante Chirurgie gewähren können, bevor die Klinik ihnen den Spaß an der Chirurgie nimmt oder

sie – dem Trend folgend – zum Allgemeinmediziner umgeschult werden. Gemeinsam mit dem BAO haben wir vor, das Konzept auch an anderen Universitäten zu präsentieren und dort Spaß und Spezifika an der Arbeit in Praxis und Medizinischen Versorgungszentren zu vermitteln. Wenn Sie selbst schon Kontakte zu Universitäten haben oder herstellen können, melden Sie sich bitte bei uns.

Ärztliche Stimmen von der Basis werden kaum gehört

Nun zur schnöden Politik und den Realitäten der Welt. Unser neuer Bundesgesundheitsminister Professor Karl Lauterbach ist kein Messias und interessiert sich – obwohl alle Verbände ihn hofiert haben – weiter nicht für niedergelassene Ärzte geschweige denn deren Angestellte, um genau zu sagen überhaupt nicht für den ambulanten Sektor.

Am Gesetzentwurf für eine Neuauflage der Corona-Prämien sind nicht nur die Medizinischen Fachangestellten (MFA) von einer Prämie ausgeschlossen (siehe S.36), sondern auch alle ärztlichen Kolleginnen und Kollegen selbst auf den Intensivstationen und patientennahen Stellen. Als Arzt oder Ärztin beim Bronchioskopieren eine volle Viruslast abzubekommen, ist der Bundesregierung offenbar keine Prämie wert. Stattdessen werden uns in den kommenden vier Jahren also permanentes Jammern und Auffordern zur Impfung, begleitet von maximaler Selbstdarstellung, erwarten.

Die Spitze unserer vertragsärztlichen Selbstverwaltung legt sich auch mächtig ins Zeug: Sie mischt sich mit ihrer privaten Meinung in die öffentliche Diskussion über eine allgemeine Impfpflicht ein. Damit sorgt sie noch dafür, dass wir uns innerärztlich wieder wunderbar streiten anstatt uns endlich richtig reinzuhängen und für unsere Berufsgruppe etwas zu erreichen. Wird die vertragsärztliche Versorgung überhaupt noch ernst genommen in der Politik? Der sogenannte ‚Weltärztepräsident‘ Professor Frank-Ulrich Montgomery bekommt mehr mediale Aufmerksamkeit als alle aktiven Repräsentanten in Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zusammen. Der Vorwurf richtet sich aber auch an uns chirurgisch Tätigen. Denn was hört man von uns? Diskret gesagt wenig!

Konservativ tätige Praxen verschwinden, obwohl sie gebraucht werden. Interessiert niemanden! Facharztpraxen auf dem Lande werden abgewickelt oder von Kliniken übernommen, die daraus Einweisungszentren machen. Interessiert niemanden! Chirurgische Nachbetreuung durch die Kliniken findet faktisch kaum noch statt. Stattdessen wird diese aus unseren Topf bezahlt und zwar bugdetiert. Interessiert ebenfalls niemanden!

Daraus folgt: Wir müssen präsenter werden, und zwar überall! In KVen, Ärztekammern, lokalen Parlamenten und Medien! Unsere jetzigen Entscheidungsträger in den einschlägigen Institutionen sind sich des Werts der chirurgischen Praxis nicht bewusst oder ignorieren ihn absichtlich. Dabei sollte auch ihnen klar sein, dass ein Chirurg, der sich um stinkende Füße kümmert, über Monate geduldig Nekrosen abträgt, mit dem Hausarzt die ganzheitliche Behandlung des Patienten plant, auch eine Überlebenschance haben muss. Zumal in einer Zeit, in der Fädenziehen und das Anlegen von Wundverbänden für viele

Jan Henniger

Geschäftsführender BNC-Vorsitzender
und niedergelassener Chirurg

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



Foto: Henniger

Hausärzte eine chirurgische Tätigkeit ist und deren Überweisungen sehr locker sitzen.

Niedergelassene Chirurginnen und Chirurgen verlassen auf dem Höhepunkt ihrer Erfahrung meist als versierte Spezialisten die Klinik und gehen in die Praxis. Sie bieten die beste Qualität, die ein Patient erwarten kann. Und entsprechend sollten sie auch behandelt werden. Und deshalb brauchen wir Kolleginnen und Kollegen, die bereit sind, unser aller Interessen in den genannten Institutionen zu vertreten. Dort findet die innerärztliche Meinungsbildung statt und wird an die Politik vermittelt. Dort kann man die Sprecher der KVen und Kammern ermutigen, doch mehr an die Chirurginnen und Chirurgen zu denken. Wir werden im Verlauf dieses Jahres noch einmal auf Sie zukommen und in Zoom-Sitzungen erklären, wie die Wahlprozesse ablaufen, was man in der Selbstverwaltung konkret bewirken kann, wieviel Zeit diese Tätigkeit beansprucht und wie sie sich mit dem Führen der eigenen Praxis vereinbaren lässt. Wir hoffen, viele Kolleginnen und Kollegen zu finden, die bundesweit unsere Interessen vertreten. Dabei werden wir auch mit anderen chirurgischen Verbänden kurzschließen. Wenn Sie Interesse haben und bislang noch nicht in einer Liste vertreten sind, melden Sie sich bitte bei uns. Denn wer ist besser zur Analyse, Planung und Lösung von Problemen geeignet als Chirurginnen und Chirurgen?

Mittendrin im Wandlungsprozess

Auf BNC-Ebene kümmern wir uns weiter um die Zusammenlegung der chirurgischen und orthopädischen Ziffern im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), den neuen Katalog für ambulante und stationsersetzende Operationen (AOP-Katalog), den Erhalt der chirurgischen Kassensitze, die Nachwuchsförderung und viele andere Themen, die unsere Berufung erhalten und in neue Zeiten führen sollen. Die Akteure im Gesundheitswesen, mit denen wir es dabei zu tun haben, sind nicht nur Krankenhäuser und Krankenkassen, auch nicht die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die fast nur noch behördliche Aufgaben hat. Es sind private Geldanleger, Medizinkonzerne, Arztnetze, Einzelkämpfer und eine Politik, die immer mehr in die Selbstverwaltung eingreift. Und wir sind mittendrin. Denn Organisation, Qualitätssicherung, Behandlungspfade und Digitalisierung brauchen immer noch Chirurginnen und Chirurgen, die mit ihren Händen arbeiten.

Mit den besten kollegialen Grüßen, Ihr Jan Henniger

1. Vorsitzender des BNC

Leitartikel BAO

2022 muss ein Jahr wichtiger und richtiger Entscheidungen werden!

Die Corona-Pandemie hat etliche seit vielen Jahren bestehende Missstände offenbart und wie mit einem Brennglas verstärkt. Während Bürokratie und patientenferne Bereiche ungebremst wachsen, blutet die eigentliche Versorgung zunehmend aus. Keine Anklageschrift, aber klare Forderungen an die neue Bundesregierung.

Von Dr. Christian Deindl

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

neu im mittlerweile dritten Corona-Jahr ist nur die aktuelle Virusmutante inklusive neuer Welle; alt hingegen sind hinreichend bekannte gesundheits- und gesellschaftspolitische Probleme mit und ohne Bezug zur Pandemie. Es ist klug, dass sich Angehörige nichtvirologischer Fachdisziplinen wie ambulante Operateure und Anästhesisten aus dieser schwierigen Gemengelage soweit möglich heraushalten und dafür umso sorgfältiger darauf achten, je nach Pandemielage weiterhin zur Aufrechterhaltung einer flächendeckenden ambulanten fach- bzw. belegärztlichen Patientenversorgung beizutragen. Damit verbunden sind aber auch das Recht und die Verpflichtung zu qualifizierten und konstruktiven Manöverkritiken.

Ein drittes Jahr auf Bewährung darf es ebenso nicht mehr geben wie den weiteren Etikettenschwindel, innerärztliche Honorarverschiebungen als Gesundheitsreformen auszugeben. 2022 muss endgültig das Jahr der uneingeschränkten Transparenz und Kostenerstattung sowie leistungsgerechten Bezahlung für MFA, Pflegende sowie Ärztinnen und Ärzte werden, um endlich aus der gesundheitspolitischen Dauerwarteschleife den richtigen Anschluss für ein nachhaltiges und stabiles Gesundheitssystem zu finden.

BAO engagiert sich für Patienten und gegen Bürokratieausbau

Statt tatenlos zuzusehen, wie zum wiederholten Mal die klinische Versorgung heruntergefahren wird, hat der BAO seine Mitglieder gebeten, Kliniken durch intensivere Kooperation zu entlasten. Inwieweit diese Option begrüßt und umgesetzt wird, mag jeder von Ihnen vor Ort entscheiden und beurteilen. Wahrscheinlich ist die frühe Rückmeldung aus dem östlichen Südwesten der Republik kein Einzelfall: Hier berichtete ein Kollege, dass die Krankenhausverwaltung einer benachbarten Klinik eine Zusammenarbeit mit Niedergelassenen kategorisch ablehne und gleichzeitig überlebensrelevante Eingriffe unterbleiben – trotz der angebotenen und indizierten ambulanten Alternative. Wer so handelt, handelt mit Vorsatz fahrlässig und gefährdet bewusst Patienten! Hier scheint jemand gezielt das Patientenwohl den verwaltungstechnischen

Eigeninteressen unterzuordnen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) weist in diesem Kontext klinische Versorgungsengpässe weit von sich und betreibt ungeniert sektoralen Lobbyismus, ohne auch nur einen Gedanken an eine überfällige transsektorale Patientenversorgung zu verschwenden. Für die Kollateralschäden der Pandemie sind aber nicht nur politische Entscheidungsträger verantwortlich, auch ein ungeniert weiter wachsender Bürokratismus im Gesundheitswesen hat seinen Anteil dazu beigetragen.

Gesundheitswesen krank an Kompetenzgefälle

Das offen zur Schau gestellte Hinwegsetzen über Patienteninteressen und medizinische Standards erfreut sich einer jahrelangen Tradition lange vor Corona, wie chronisch rezidivierende Hygienemängel und ein endemischer Pflegenotstand belegen. Statt strukturierte und konstruktive Abhilfe zu schaffen, streben die gut dotierten Problem- und Krisenverursacher weiterhin und fast ausschließlich nach medialer Stammtischhoheit. Dieses Fehlverhalten geht nahtlos von der Großen zur Ampel-Koalition über, als hätte der Wähler nicht erst vor Kurzem Sozial- und Gesundheitspolitik per Urnengang abgestraft. Medizinisches Fach- und Pflegepersonal sowie Haus- und Fachärztinnen bedürfen einer jahrelangen Ausbildung und ständiger Weiterbildung, um ihre Berufe verantwortungsvoll auszuüben. Einen ähnlichen Kompetenzerwerb muss die Gesellschaft endlich auch bei wichtigen Entscheidungsträgern einfordern. Niemand erwartet ein völlig fehlerfreies Politik- und Funktionärsgenre, sondern menschliches und fachliches Format, wie wir es als ambulante Operateure und Anästhesisten aus unserem täglichen beruflichen Umfeld her kennen.

Die Politik muss endlich liefern

Zwei volle Pandemiejahre und die mächtige vierte und fünfte Welle sollten das definitive Ende einer Entmündigung eines ganzen Berufsstandes einläuten, der sich immer wieder von einer versprochenen EBM- und GOÄ-Reform zur nächsten vertrösten und zur immerwährenden Zwischenfinanzierung überreden ließ. Ein Vierteljahrhundert unfreiwilliger Vergütungsstillstand reduziert die Zahl der davon

betroffenen Praxen. Wer also ernsthaft möchte, dass seine Praxis einen Nachfolger findet und dieser wiederum akzeptable Rahmenbedingungen, der wird dieses Ziel ohne eigenes Zutun nur schwer erreichen. Hier ist noch deutlich Luft nach oben, was ärztliche Solidarität und gemeinsame Ziele anbelangt. Am besten gelingt dies immer noch im Verbund mit Gleichgesinnten in einem der Berufsverbände, die sich nachweislich gegen nichtärztliche Eigenmächtigkeiten sowie die Gesundheit und Sicherheit unserer Patienten gefährdende Eingriffe in unser Gesundheitswesen engagieren.

Wer nicht einmal in Zeiten von Corona trotz ausreichender Vorlaufzeit und überbordender Bürokratie auf Landes- und Bundesebene eine vernünftige Logistik im Umgang mit der wertvollen Ressource Impfstoff zuwege bringt, der war bereits zuvor die suboptimale personelle Alternative – und würde es auch weiterhin bleiben, wäre nicht völlig überraschend die Pandemie aufgetreten. Die Pandemie ist der ‚Worst Case‘, auf dem die Verantwortlichen nicht vorbereitet sein wollten und der nun die Schwächen des Systems schonungslos aufdeckt. Der identische Personenkreis benutzt die Pandemie wiederum als perfekte Ausrede, den gewünschten Reformstillstand weiter zu pflegen, weil angeblich sämtliche Ressourcen für die Bewältigung der Pandemie in Anspruch genommen werden. Mit dieser Scheuklappenmentalität ist die nächste Katastrophe regelrecht programmiert.

Gesundheitsmarkt wächst – Zahl der Pflegekräfte sinkt

Auf dem Höhepunkt der jüngsten Coronawellen traten erneut Versorgungsengpässe in unserem Gesundheitswesen auf. Wurden zu früheren Zeitpunkten der Pandemie schwer erkrankte Patienten aus dem europäischen Ausland zur Intensivbehandlung nach Deutschland eingeflogen, mussten nun Patienten aus dem innerdeutschen Süden in den hohen Norden geflogen werden. Während zu Beginn der Pandemie noch Beatmungsgeräte und Intensivbetten fehlten, stand beides dieses Mal zur Verfügung, aber das bereits vor Corona schon knapp bemessene und chronisch überlastete Pflegepersonal hat während der Pandemie weiter drastisch abgenommen.



Foto: Pixabay

Anders als bei windigen Masken-Deals sind die Kosten für Hygiene beim Ambulanten Operieren valide kalkuliert und exakt nachweisbar

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

Ambulantes Operieren und seine kostendeckende und leistungsgerechte Vergütung werden politisch bewusst einer expandierenden Gesundheitswirtschaft geopfert. Während Wirtschaftsministerien von einer ‚blühenden Gesundheitswirtschaft‘ und einem stark wachsenden Gesundheitsmarkt sprechen und sich somit vom Begriff eines solidarischen Gesundheitswesens verabschiedet haben, beklagt die Gesundheitspolitik ständig die angeblich zu hohen Kosten und staatlichen Zuschüsse, die aber erst dieses Wachstum außerhalb von Praxen und nichtprivatisierten Kliniken ermöglichen. Die Wirtschaftspolitik bejubelt den kontinuierlichen Zuwachs an Arbeitsplätzen im Gesundheitsmarkt, während die Gesundheitspolitik im eigentlichen Gesundheitswesen die Gehälter und Personalkosten in der Pflege und Ärzteschaft so gering wie möglich halten möchte. Wenn durch Stellenstreichungen und Nichtbesetzungen sowie leistungsungerechte Vergütungsmaßstäbe engagierte Menschen regelrecht aus der Patientenversorgung verdrängt werden, dann ist doch ganz klar, auf welchen patientenfernen Gebieten dieses ‚Gesundheitsmarkts‘ die meisten Arbeitsplätze entstehen. Während in Gesundheitsämtern und im öffentlichen Gesundheitswesen ebenfalls eine schon vor Corona bekannte Personalknappheit besteht und somit wichtige Aufgaben unerledigt sowie Intensivplätze und deren Hightech-Equipment aus Personalnot ungenutzt bleiben, funktioniert das administrative GKV-Regresswesen ohne jegliche Einschränkung perfektioniert weiter.

Leistungserschleichung bei Hygienekosten

Auf der anderen Seite fehlen weiterhin jegliches Interesse und politischer Wille zur Erstattung gestiegener Kosten für notwendige Hygienemaßnahmen in Arztpraxen und ambulanten OP-Einheiten, deren Kalkulation – anders als z.B. diverse windige Masken-Deals – auf validen Daten basiert. Dieses Verhalten ist nicht nur unseriös, es ist auch rechtsstaatswidrig und mit dem Delikt der Leistungserschleichung gleichzusetzen. Medizinischer Fortschritt, steigende Versorgungsqualität, bessere Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit gehen immer mit einer Kostendynamik einher, die gesondert und jeweils angepasst erstattet werden muss. Hier haben noch unter Spahns Vorgänger Hermann Gröhe die Kliniken 600 Millionen Euro zusätzlich für Hygienemaßnahmen erhalten, während Praxen nach wie vor leer ausgehen, die kontinuierlichen Kostensteigerungen ebenso kontinuierlich aus Eigenmitteln finanzieren und somit direkt zur Gewinnsteigerung der Gesundheitswirtschaft beitragen dürfen. Solche gesellschafts- und ▶



Die Dauerausrede, es gebe nicht genug Geld im System, wurde durch staatliche Corona-Rettungsschirme Lügen gestraft

sozialpolitischen Diskriminierungen müssen in 2022 ein Ende haben und dürfen nicht mehr kommentarlos durchgewunken werden. Auch hier wünsche ich mir eine geschlossene Fachärzteschaft, die zukünftig keinen Konflikten mehr aus dem Weg geht, die auf solchem politischen Fehlverhalten beruhen und auf eine Dauerschleife des Verzeihens in bisher bestens bewährter Kombination mit Verzichten bauen.

Die langjährige Dauerausrede, es gebe grundsätzlich nicht genügend Geld im System, insbesondere im Gesundheitswesen, um allen Ansprüchen und Forderungen gerecht zu werden, wird nicht erst seit Corona Lügen gestraft. Diverse Rettungsschirme für existenzgefährdete Branchen haben gezeigt, dass der Staat erhebliche finanzielle Spielräume hat, wenn nur der Druck von der Straße und der Einfluss von Lobbyisten ausreichend groß sind. Unser Gesundheitssystem hingegen befindet sich zunehmend in einen rettungswürdigen Zustand, wird aber nicht zu den wichtigsten Bereichen der Daseinsfürsorge gezählt, in die es lohnt nachhaltig zu investieren.

Hinzu kommt, dass die lockere Geldpolitik der Bundesregierung und der EU eine inflationäre Spirale in Gang gesetzt hat, welche Preise und somit auch die Kosten für Arztpraxen inklusive Mieten in immer kürzeren Abständen steigen lässt – bei gleichzeitig eingefrorenen Erlösen und Honoraren auf der Basis längst veralteter und zu gering bemessener betriebswirtschaftlicher Kalkulationen. Ehrliche Gewinne definieren sich immer noch aus Einnahmen minus Ausgaben. Es sei denn, man dealt mit Masken und ähnlichen hochwertigen Produkten, die in ausreichender Bevorratung zu bestellen man vorher nur lange genug vergessen hat. Oder man ordnet politisch den Kaufzwang bestimmter digitaler Produkte an, die nicht erst vom Laster fallen müssen, um überdurchschnittlich unzuverlässig und störanfällig zu sein. Solche Phänomene lassen das Gesundheitswesen erst zu einem hochlukrativen Markt für private Investoren werden, die sich zunehmend auch für Facharztsitze interessieren.

Bürokratie und Digitalisierung ersetzen keine Menschen

Statt eines überfälligen Bürokratieabbaus wurden gerade in den vergangenen 16 Jahren der Bürokratieausbau befeuert. Damit wurden wertvolle Ressourcen verheizt und dem Gemeinwohl entzogen. Über

solche Phänomene darf nicht weiter der Schleier des Verschweigens und einseitigen Verzeihens gelegt werden. Fehler müssen aufgearbeitet werden, um weitere zu verhindern, statt mit dem Regierungswechsel erneut eine politische Stunde Null einzuläuten. Immerhin war der aktuelle Bundesgesundheitsminister bis vor wenigen Wochen noch hinter dem Amtsvorgänger der zweitmächtigste Gesundheitspolitiker dieser Republik.

Dafür offenbart sich immer mehr die wahre Kosten-Nutzen-Relation der Spahn'schen Zwangsdigitalisierung des Gesundheitswesens. Ein personalisierter Konnektor zwischen Herstellern und zu ihrem zweifelhaften digitalen Glück gezwungenen Abnehmern scheint sich damit für höhere Ämter in der Hierarchie der nun größten Oppositionspartei qualifiziert zu haben. Nicht von ungefähr mehren sich in letzter Zeit Berichte über Qualitätsmängel, Systemabstürze und mangelnder digitaler Sicherheit in Praxen und Kliniken. Kaum vorstellbar, wohin eine zweite Amtszeit des dafür mitverantwortlichen Ministers geführt hätte – aber sehr gut vorstellbar, was ein regierungs- und koalitionsinternes Controlling alles hätten verhindern können. Mit einer kurzen Inventur und Abzählen von Impfeinheiten und deren Mindesthaltbarkeit ist es sicher nicht getan, auch nicht mit dem alleinigen Fokus auf Corona. Unser Gesundheitssystem zeichnet sich durch seine gewachsene Komplexität sowie durch fach- und sektorenübergreifende Versorgungsabläufe aus. Wer darin noch nie kontinuierlich und eigenverantwortlich gearbeitet hat, sollte sich auch nicht unerlaubten Zutritt durch die politische und branchenferne Hinter(zimmer)türe verschaffen dürfen.

Jüngste Zeitungsberichte geben berechtigte Hoffnung, dass in diesem Kontext noch einige Ungereimtheiten und Netzwerke ans Licht der Öffentlichkeit hervorgeholt werden. Vielleicht dürfen dann die zuständigen Justizorgane Ohren und Bleistifte spitzen.

Regresse sind respektlos und gefährden die Versorgung

Nicht nur der BAO hat seit über einem Jahrzehnt immer wieder auf den Pflegenotstand und auf den sich abzeichnenden Fachärztemangel hingewiesen – ohne jegliche politische Resonanz. Diese demonstrative Missachtung und fehlende Wertschätzung von pflegerischen und ärztlichen Kompetenz- und Leistungsträgern im Gesundheitswesen darf durchaus mit einem Mangel an Respekt und Wertschätzung gleichgestellt werden. Hier hätten sich führende Vertreterinnen der ärztlichen Selbstverwaltungsorgane in ihrem Drang nach Medienpräsenz und öffentlicher Pseudoschelche einmal mehr so richtig austoben können – inklusive des Ansinnens nach höchstrichterlichen Entscheidungen. Wenn nicht immer wieder engagierte und wahrscheinlich entsprechend verzweifelte Patienten und Angehörige den langen Marsch durch juristische Instanzen auf sich nehmen würden, dann stünde es noch schlechter um die Qualität und Quantität gerade bei der Behandlung komplexer sowie chronischer Krankheitsverläufe.

Mit dieser Feststellung verbinde ich auch meine Bitte an die lesende Kolleginnenschaft, bei Bedarf den Patienten beratend zur Seite zu stehen und sie in ihren Rechten zu unterstützen – etwa mit

einem Hinweis auf die zuständige Patientenbeauftragte der jeweiligen Landesregierung, die als steuerfinanzierte Einrichtungen ansonsten oft erst dann medienwirksam tätig werden, wenn es gegen Ärzte geht. Auch der Verweis auf nichtstaatliche Organisationen für Patientensicherheit und Patientenschutz kann ein wichtiger Tipp sein. Proaktiv lassen sich solche Kontaktdaten auf einem knapp formulierten Praxismerkblatt festhalten und bei Bedarf aushändigen. So wissen z. B. nicht alle Patienten, dass sie bei einem Ablehnungsbescheid durch ihre GKV das Recht auf Widerspruch haben, aber nach Ablauf der vorgegebenen Frist dieses unwiderruflich verwirken. Aber eine ähnliche Situation kennt jede Kassenarztpraxis aus ihren Quartalsabrechnungen und/oder Wirtschaftlichkeitsprüfungen, für die sich die Gegenseite selbst überdimensionierte Zeiträume von bis zu 16 Quartalen rückwirkend einräumt. Gleichheit vor dem Gesetz sieht anders aus – sie muss endlich wieder zu allgemein verbindlicher Gültigkeit gelangen!

Diese Überlegungen sollten keine bloße Utopie, sondern realistische Vorsätze für 2022 sein. Schließlich wurde uns allen Respekt versprochen. Aber vielleicht handelt sich hierbei ähnlich wie bei Gesundheit um ein imaginäres und nur zu Wahlkampfzwecken taugliches Allgemeingut, welches noch vor der Verfallsgrenze aus dem Dauerangebot und den Regalen des politischen Supermarktes genommen wurde.

Es droht ein Scheitern der Ambulantisierung der Medizin

Dieser Zustand kann aber keine Option für die derzeitige oder gar nächste Ärztegeneration sein, sondern befeuert nur noch den Ärztemangel und den Praxisrückgang weiter. Dabei haben sich die Ampel-Parteien die Ambulantisierung der Medizin auf ihren Koalitionswimpel geschrieben, wohl in der Hoffnung, dass auch dieses Mal ohne Gegenwind gelingt, was schon unter Seehofer geklappt hat: nämlich die Verlagerung von medizinischen Leistungen aus den kostenintensiven Kliniken in die bereits anämischen ambulanten Vertragsarztpraxen ohne Tarifrchte und dafür zusätzlich gestraft mit einer zahnlosen und mit sich selbst beschäftigten Selbstverwaltung.

Wie eine derartig staatlich verordnete medizinische Planwirtschaft in organisierte Verantwortungslosigkeit umschlagen kann, hat Corona gelehrt. Ursächlich dafür haben sich in den letzten Jahrzehnten im Gesundheitswesen Parallelstrukturen entwickelt, die kostenintensiv, völlig fachfremd und desinteressiert nur ihre eigene Existenzberechtigung im Auge haben. So lassen sich auch überfällige Strukturreformen wie eine sektorenübergreifende Patientenversorgung gekonnt und dauerhaft verhindern.

Bestärkt und belohnt werden unsolidarisches Verhalten und Gewinnmaximierung im Gesundheitssystem durch politische Signale wie die kompromisslose Verweigerung von Hygienezuschlägen und vor allem eines Corona-Bonus für Praxispersonal. Deshalb waren die Proteste der Medizinischen Fachgesellschaften (MFA) vor dem Brandenburger Tor die richtige Antwort. Die bewusste Ausgrenzung der MFA vom Corona-Unterstützungsregen ist im übrigen ein klarer Akt von Willkür und Verstoß gegen das Gleichheitsprinzip und Antidiskriminierungs-

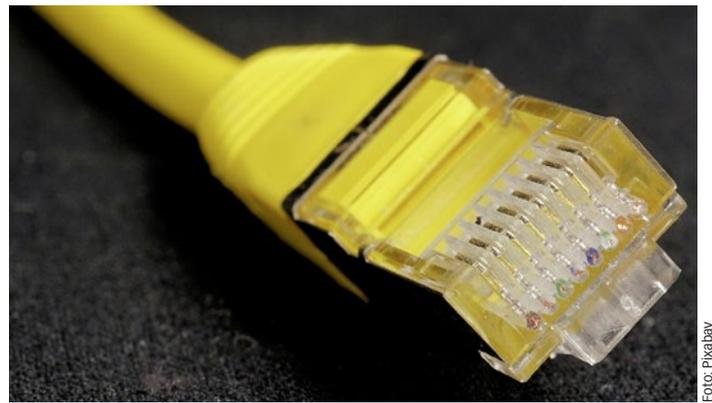


Foto: Pixabay

Die Politik muss Verantwortung und Haftung für eigenverschuldete Fehler bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens übernehmen

gesetz! Daher sind Gesundheitspolitik und Kostenträger zum Abarbeiten folgender Hausaufgabenliste ultimativ aufgefordert:

- ▶ Beendigung ihrer Schnäppchenmentalität und ökonomischen Geringschätzung gegenüber ambulanten medizinischen Leistungen durch niedergelassene Facharztpraxen, ambulante OP-Zentren und deren qualifizierte medizinische Fachkräfte,
- ▶ Rückwirkende Erstattung der Hygienekosten und Auszahlung der Corona-Boni an MFA und Praxisfachkräfte,
- ▶ Beendigung der Regresse gegen Vertragsärzte,
- ▶ Übernahme von Verantwortung und Haftung für eigenverschuldete Folgeschäden infolge von Fehlern bei der Digitalisierung,
- ▶ Wiedereinführung von Regionalität statt Zentralismus in der Gesundheitsversorgung,
- ▶ Auflösung des Gesundheitsfonds und Rückführung der Finanzmittel an die jeweiligen Gesundheitsregionen,
- ▶ Anerkennung, dass flächendeckende medizinische Versorgung auch die Existenz und Erstattung von Vorhaltekosten beinhaltet,
- ▶ Ein klares Bekenntnis, weder im klinischen noch ambulanten Versorgungsbereich durch bewusste Unterfinanzierung privaten Investoren den Zugang zum deutschen Gesundheitsmarkt noch weiter öffnen zu wollen,
- ▶ Implementierung eines reformierten EBM und des vorliegenden GOÄ-Entwurfs, wobei deren jeweilige Abrechnungspositionen immer mit einer höheren Vergütung und Kostenerstattung als bisher einhergehen (null Toleranz gegen Nullsummenspiele),
- ▶ Bezüglich des EBM und dessen OPS-Prozeduren ersatzweise Verpflichtung zur Übernahme der Konditionen von bereits ausformulierten und bewährten Strukturverträgen und/oder Verträgen auf Grundlage von Hybrid-DRG.

Wir dürfen auf die Antworten gespannt sein, wobei keine Reaktion auch eine klare Antwort sein wird. Dann allerdings ohne die erwartete devote Akzeptanz!

Mit freundlichen kollegialen Grüßen, Ihr Dr. Christian Deindl

BAO-Präsident

30 Jahre BAO

Rückblick auf drei bewegte Jahrzehnte Einsatz für das Ambulante Operieren

Anlass für die Gründung des Bundesverbandes Ambulantes Operieren im Januar 1992 in Bonn waren Sparmaßnahmen des damaligen Gesundheitsministers Horst Seehofer. Es folgten Jahres des Ringens um Förderverträge und auskömmliche Honorare. Heute ist der BAO ein gut vernetzter Dachverband mit klarer politischer Strategie.

Von Antje Thiel

Die Geschichte des Ambulanten Operierens in Deutschland hatte ihren Ursprung weit vor der Gründung des BAO. So ist es hierzulande bereits seit 1885 im Rahmen der Gesetzlichen Unfallversicherung möglich, in spezialisierten Praxen Unfälle ambulant zu operieren. Die Leitsätze für dieses Heilverfahren wurden 1911 präzisiert, der Begriff ‚Durchgangsarzt‘ erstmals 1925 eingeführt. Diese D-Ärzte waren die Wegbereiter des Ambulanten Operierens in Deutschland.

Diese und viele andere Daten hatte BAO-Ehrenpräsident und Gründungsmitglied Professor Jost Brökelmann für eine Veröffentlichung in der damaligen Verbandszeitschrift ‚BAO Depesche‘ im Frühjahr 2012 zusammengetragen. Sein ausführlicher Artikel (online zu finden unter www.arzt-in-europa.de/pages/20-Jahre-BAO.pdf) gibt Aufschluss über die Anfänge des Verbands und seine weitere Geschichte im Verlauf von 20 Jahren. So ist darin z.B. nachzulesen, dass 1977 die erste fachüber-

greifende Tagesklinik für Gynäkologie in Göttingen eröffnet und von der niedersächsischen Landesregierung auch als Tagesklinik anerkannt wurde. Man erfährt, dass 1979 auf Initiative des Hartmannbundes das erste Symposium für Ambulantes Operieren in Deutschland stattfand, in dem es um die ambulante Kinderchirurgie, Ambulantes Operieren in einer D-Arztpraxis und in der Ophthalmologie ging.

Kostendeckende Vergütung spielte anfangs keine große Rolle

Anfang der 1980er Jahre wurden erstmals OP-Zuschläge für ambulante Operationen in der GKV eingeführt. In den darauffolgenden Jahren motivierten die Erfolge des Ambulanten Operierens in Deutschland und in den USA eine wachsende Zahl von Oberärzten zur Niederlassung mit eigenen OP-Praxen. Im Jahr 1989 gründete sich der Velener Arbeitskreis Ambulante Chirurgie (VAAO), ein Zusammenschluss gynäkologischer Tageskliniken, im Folgejahr traf sich in Köln erstmals ein Arbeitskreis Ambulantes Operieren Nordrhein.

„Damals lockten Freiberuflichkeit, Unabhängigkeit und Belohnung durch Patientenzufriedenheit viele Oberärzte aus den Krankenhäusern in die Niederlassung; dabei spielte eine kostendeckende Vergütung der ambulanten Operationen keine wesentliche Rolle“, lautete Prof. Brökelmanns Zwischenfazit aus den Jahren unmittelbar vor der Gründung des BAO. Das änderte sich ab 1991, als Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer auf Ausgabenzuwächse im Gesundheitswesen mit harschen Sparprogrammen reagierte. Um die Gesundheitsausgaben zu stabilisieren, plante er ein neues Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), welches die Krankenhäuser für das Ambulante Operieren öffnen sollte. Dies war bis dato nur in Universitäts-Polikliniken und Belegkrankenhäusern möglich gewesen. Ambulante Operateure und Anästhesisten suchten deshalb nach politischer Rückendeckung und nach Möglichkeiten, sich zu einem Berufsverband zusammenzuschließen.

Am 11. Januar 1992 schlug im Hotel Residence in Bonn dann die Geburtsstunde des BAO. Der Verband war von seinem ersten Tag an interdisziplinär aufgestellt, wie die Liste seiner Gründungsmitglieder zeigt: Dr. Martin Bockmeyer und Dr. Rainer Lorenzen (HNO-Heilkunde), Prof. Jost Brökelmann und Dr. Helmut Dohnke (Gynäkologie), Dr. Georg

Keine Jubiläumsfeier in Nürnberg: Die Party wird nachgeholt im Rahmen des NARKA am 4. September 2022 in Berlin

So sehr sich alle auf die Jubiläumsfeier des BAO am 12. Februar 2022 in Nürnberg im Rahmen des Bundeskongress Chirurgie gefreut haben, so umsichtig und verantwortungsvoll galt es abzuwägen, diesen Termin in der aktuellen Situation wahrzunehmen oder zu stornieren. Aufgrund der Pandemielage, die in diesem Ausmaß zum Zeitpunkt der ursprünglichen Planung so nicht abzusehen war, gelangte der BAO-Vorstand zu der Überzeugung, den Termin am 12. Februar 2022 abzusagen. Es fanden im Rahmen des Bundeskongresses Chirurgie grundsätzlich keine Zusammenkünfte außerhalb des wissenschaftlichen Tagungsprogrammes statt.

Aber aufgeschoben ist nicht aufgehoben: Der neue Termin fällt in eine günstigere Jahreszeit, die erfahrungsgemäß nicht so drastisch von der Pandemie dominiert wird wie dies im Augenblick der Fall ist. So wird nach dem Nürnberger Kongress die nächste größere BAO-Veranstaltung mit eigenem Symposium, Mitgliederversammlung und Sitzung des erweiterten Präsidiums im Rahmen des NARKA-Kongresses vom 2. bis 4. September 2022 in Berlin stattfinden. Wenn die BAO-Veranstaltung am Vormittag des 4. September 2022 mittags beendet ist, wird sich nahtlos die 30-Jahrfeier anschließen. Soviel wird bereits heute verraten: Alle Gäste der Jubiläumsfeier erwartet in Berlin eine schwimmende Restauration.

Antje Thiel

Redaktionsleitung
 VMK Verlag für Medizinkommunikation GmbH
 Chirurgen Magazin + BAO Depesche
 Dachsweg 5
 25335 Elmshorn
 Tel.: 04121 2763634
 antje.thiel@vmk-online.de
 www.vmk-online.de



Foto: Thiel

Feldkamp, Dr. Peter Weil und Dr. Rolf Huber (Orthopädie), Dr. Jan Jürgens (MKG-Chirurgie), Dr. Helge Köttgen und Dr. Rainer Michaelis (Urologie), Dr. Michael Kubosch (Chirurgie), Dr. Arno de Pay und Dr. Christel Stoeckel-Heilenz (Anästhesie) sowie Dr. Josef Zimmermann (Augenheilkunde).

Aktion Phoenix sorgte für Schlagzeilen

Als Ziele formulierte der neu gegründete BAO die Förderung des Ambulanten Operierens, die Interessenvertretung der ambulant tätigen Operateure und Anästhesisten gegenüber der Kassenzulassung Bundesvereinigung (KBV), den Krankenkassen, den Privatversicherungen und den zuständigen Ministerien, die Öffentlichkeitsarbeit und die Förderung und Weiterentwicklung hochqualifizierter ärztlicher Tätigkeit in operativen Praxen und Tageskliniken. Doch zunächst einmal stand der Kampf um auskömmliche Honorare ganz oben auf der Agenda. Schon damals forderte der BAO betriebswirtschaftlich berechnete Komplexgebühren, ambulante Fallpauschalen in D-Mark und einen ‚ungedekelten Topf‘ für Ambulantes Operieren. Und damals wie heute wehrten sich die Krankenhäuser mit Händen und Füßen gegen die Forderung nach gleicher Vergütung für gleiche Leistungen.

Im März 1998 machte die Protestaktion ‚Phoenix‘ der niedergelassenen Operateure und Anästhesisten Schlagzeilen, an die sich auch viele Gründungsmitglieder des BNC gut erinnern können. Sogar der ‚Spiegel‘ berichtete: ‚Bei fünf Pfennig geht nichts mehr‘ (siehe Kurzlink tinyurl.com/2p8wbxwv) lautete die Schlagzeile seines Artikels, wonach im Kölner Raum zehn Prozent aller ambulanten OP-Praxen unter Bankaufsicht standen, in Niedersachsen jeder fünfte und in Thüringen sogar jeder dritte Praxisbetrieb.

Konfrontation kostete BAO-Präsident die Kassenzulassung

Aus Protest gegen die unzureichende Vergütung und um die wirtschaftliche Existenz ihrer Praxen zu retten, setzte ein Großteil der ambulanten Operateure und Anästhesisten auf Kostenerstattung anstelle der regulären KV-Abrechnung. Etliche von ihnen stellten immer deutlicher die Systemfrage und versuchten, sich aus dem KV-System herauszulösen – allen voran BAO-Präsident Prof. Brökelmann, der mit Verweis auf europäisches Recht dazu übergegangen war, GKV-Patientinnen im Vorfeld einer ambulanten Operation entweder auf eine Warteliste zu setzen oder sie als Privatpatientinnen mit Kostenerstattung und früherem OP-Termin zu behandeln. Nach diversen Disziplinarstrafen

Kampagne des LAO Berlin im Jahr 2009: Vergleich der Honorare für ambulante Operationen mit der Tiermedizin machte Furore



Ambulantes Operieren Schlechte Karten für Zweibeiner

Mit Beginn des neuen Jahres haben die gesetzlichen Krankenkassen die Honorare für ambulante Operateure und Narkoseärzte dramatisch gesenkt. Humanmediziner erzielen 2009 sogar weniger Einkünfte für ambulante Operationen als Tierärzte. Veterinäre können für eine Kniegelenkspiegelung mit Meniskusoperation beim Hund insgesamt 429,50 Euro abrechnen, ein hochqualifizierter ambulanter Operateur hingegen erhält für die gleiche Operation am Menschen nur 299,78 Euro.

Während die Kassen im ambulanten Bereich um jeden Preis sparen wollen, zeigen sie sich gegenüber den Krankenhäusern spendabel: Hier zahlen sie für eine Kniegelenkspiegelung mit Meniskusoperation bei stationärem Aufenthalt bereithaltig 1.560 Euro. Die Tabelle rechts zeigt weitere Beispiele für die Geldverschwendung der gesetzlichen Kassen.

Ambulante Operationen helfen, die hohen Kosten für unnötige stationäre Aufenthalte einzudämmen. Die Versicherten sind zufrieden mit dieser patientenfreundlichen Versorgungsform: 99 Prozent würden sich bei Bedarf wieder ambulant operieren lassen. Deshalb gilt in der Gesundheitspolitik bislang die Devise „ambulant vor stationär“. Doch die neuen Honorarsätze decken nicht einmal mehr die Kosten der ambulanten Operateure und Narkoseärzte: Sie können es sich mittlerweile nicht mehr leisten, gesetzlich Versicherte ambulant zu operieren.

Was bewegt die Krankenkassen, damit gegen die Interessen ihrer Versicherten und der Solidargemeinschaft zu handeln?

Diese Operationen werden von ambulanten Operateuren durchgeführt	Entsprechendes Honorar für den ambulanten Operateur (in Prozent des Preises oder im OP-Zentrum)	Dabei für das Krankenhaus im stationären Bereich
Ausschneidung der Gebärmutter (Abhyst.)	214,38 Euro	738,40 Euro
Entfernung von Nasenpolypen (Endonasal)	219,10 Euro	1.432,60 Euro
Nervenregang am Handgelenk (Karpal-tunnelsyndrom)	321,51 Euro	2.048,30 Euro

Mehr Informationen finden Sie im Internet unter www.laoberlin.de

Diese Anzeige wurde aus Rücksicht für die Inhalte von Veterinären und Operateuren erstellt.

Im Dezember 2009 erreichte der Landesverband Ambulantes Operieren (LAO) Berlin einen wichtigen Durchbruch für die ambulanten Operateure und Anästhesisten. In seiner Sitzung am 11. Dezember 2009 entschied das Schiedsamt, endlich den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) vom



Foto: BAO

11. März 2009 zum Ambulanten Operieren für Berlin umzusetzen. Damit floss zumindest die Vergütung für Operationen und Anästhesien, die bis zum 31. Dezember 2008 innerhalb der Strukturverträge gezahlt wurde. Der damalige Vorsitzende des LAO Berlin, Dr. Ansgar Pett, erklärte: „Dieser Beschluss ist ist nicht vom Himmel gefallen, sondern ist Resultat unserer Protestaktionen vom Jahresbeginn und unseres beharrlichen Insistierens. Die KV Berlin und die Krankenkassen werden sich im Januar 2010 zusammensetzen um die Nachvergütung zu berechnen.“

Die Protestaktionen des LAO Berlin war tatsächlich ungewöhnlich. In einer beispiellosen Kampagne schaltete der Landesverband großformatige Anzeigen in der regionalen und überregionalen Presse. Auch im Berliner U-Bahn-Fernsehen liefen Spots, in denen die Bevölkerung über die Unterfinanzierung des Ambulanten Operierens aufmerksam gemacht wurde.

Aufhänger der Kampagne war der Vergleich zwischen den OP-Honoraren beim Ambulanten Operieren in der Humanmedizin mit den entsprechenden tierärztlichen Honoraren. Für Humanmediziner fiel er desolat aus: Während Veterinäre für eine Kniegelenkspiegelung mit Meniskusoperation beim Hund insgesamt 429,50 Euro abrechnen konnten, erzielte ein hochqualifizierter ambulanter Operateur für die gleiche Operation am Menschen nur 299,78 Euro. Die Kassen wollten im ambulanten Bereich um jeden Preis sparen, zeigten sich gegenüber den Krankenhäusern hingegen spendabel: Hier beliefen sich die Ausgaben für eine Kniegelenkspiegelung mit Meniskusoperation bei stationärem Aufenthalt auf 1.560 Euro. Der Vorwurf des LAO Berlin: Die neuen Honorarsätze decken nicht einmal mehr die Kosten der ambulanten Operateure und Narkoseärzte: Sie können es sich mittlerweile nicht mehr leisten, gesetzlich Versicherte ambulant zu operieren.

Die Öffentlichkeitswirksame Kampagne hatte der LAO Berlin aus Rücklagen finanziert, die er für die Unterstützung notleidender Anästhesisten und Operateure gebildet hatte.

und gerichtlichen Auseinandersetzungen verlor er 1998 sogar seine vertragsärztliche Zulassung.

Im Jahr 1999 übernahm mit dem Bremer Chirurgen Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg ein neuer BAO-Präsident das Ruder. Dieser begrüßte grundsätzlich zwar die vom Gesetzgeber geplante stärkere Verlagerung stationärer Operationen in den ambulanten Bereich, verlangte vor der Weiterentwicklung des § 115b SGB V aber zunächst eine eindeutige

Grußwort zum Jubiläum:

Dr. Andreas Gassen, Kassenärztliche Bundesvereinigung

Das Potenzial der ambulanten Versorgung, insbesondere des ambulanten Operierens, ist in Deutschland noch längst nicht ausgeschöpft. Mit dem Gesetzesauftrag zur Reform des Paragraphen 115b SGB V, einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationärer Eingriffe und stationärer Behandlungen sowie eine einheitliche Vergütung zu definieren, eröffnet sich eine reelle Chance auf die berühmten ‚gleich langen Spieße‘. Allen Akteuren, und mittlerweile auch der Politik, ist klar, dass die Ambulantisierung nicht aufzuhalten und sowohl im Hinblick auf Ressourcenallokation als auch auf die Patientenversorgung sinnvoll ist.

Der Bundesverband für Ambulantes Operieren engagiert sich seit 30 Jahren für diese Ziele und für die Kooperation aller Fachgebiete über die Sektorengrenzen hinweg – was sich gerade in der Corona-Pandemie eindrucksvoll bewährt hat. Ich gratuliere dem BAO sehr herzlich zum Jubiläum und freue mich auf die Fortsetzung unserer bewährten Zusammenarbeit.



Foto: KBV

Grußwort zum Jubiläum: **Dr. Dirk Heinrich und Dr. Helmut Weinhart, Spitzenverband Fachärzte (SpiFa)**

Der BAO feiert sein 30-jähriges Bestehen, dazu gratulieren wir herzlich. Der BAO ist langjähriges SpiFa-Mitglied, war mit einer der Gründungsakteure und vertritt nun seit 30 Jahren erfolgreich die Interessen unterschiedlichster Fachgruppen des ambulanten Operierens gegenüber den Krankenkassen und der Selbstverwaltung. Der BAO und Herr Dr. Neumann waren auch maßgeblich daran beteiligt, den Schnittstellenausschuss ambulant/stationär des SpiFa ins Leben zu rufen.

Diese Zusammenarbeit hat u. a. maßgeblich dazu beigetragen, dass der SpiFa als erster und einziger Verband ein ausgewogenes Konzept für die Struktur und Vergütung ärztlich intersektoraler Leistungen entwickeln konnte, dessen Grundidee mit dem Konzept der Hybrid-DRG nun von der Bundespolitik aufgegriffen wurde. Die Zusammenarbeit von BAO und SpiFa bleibt umso mehr gefordert, damit auch die Ausgestaltung bevorstehender Reformen im Sinne von Fachärztinnen und Fachärzten erfolgt. Wir wünschen dem BAO weiterhin viel Erfolg und freuen uns auf viele Jahre weiterer guter Zusammenarbeit.



Foto: SpiFa

Klärung der Frage, wie die weitere Leistungsverlagerung finanziert werden soll. Stationsersetzende Leistungen seien nicht Bestandteil des Sicherstellungsauftrages der Vertragsärzte und könnten daher auch nicht im Rahmen einer budgetierten Versorgung erbracht werden, betonte Dr. Rüggeberg. Im Zusammenhang mit dem für Ende 2000 erstmals avisierten Katalog ambulanter und stationsersetzender Leistungen (AOP-Katalog), der von der KBV, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen ausgehandelt wurde, befürchtete der BAO zudem, dass dieser Katalog nur ein enges operatives Spektrum definieren würde, das weit hinter dem bereits etablierten Leistungsumfang zurückbleiben würde.

Kassen kündigten reihenweise bewährte Strukturverträge

Im Jahr 2002 legte der BAO erstmals eine Auswertung von Daten des Qualitätssicherungssystems AQS1 vor. Eingeflossen waren die Fragebögen von über 40.000 Ärzten sowie mehr als 20.000 Patienten und betrafen ambulante Eingriffe aus den Jahren 2001 bis 2004. Aus der Analyse ergab sich eine Zufriedenheitsrate von über 80 Prozent, wobei 97,8 Prozent der Befragten erklärten, sich bei Bedarf erneut ambulant operieren lassen zu wollen. Zudem gaben 98,8 Prozent an, dass sie ihre Praxisklinik weiterempfehlen würden.

Für die Krankenkassen wiederum tat sich ein ernstes Dilemma auf: Sie befürworteten zwar die vergleichsweise günstigen ambulanten Eingriffe und wollten sie grundsätzlich auch finanziell fördern. Doch sie mussten gleichzeitig feststellen, dass die im Gegenzug erhofften Einsparungen im stationären Bereich ausgeblieben waren. Mitte der 2000er Jahre gingen daher immer mehr Krankenkassen dazu über, bewährte Strukturverträge zu kündigen, die den ambulanten Operateuren und Anästhesisten bis dato feste Euro-Preise und extrabudgetäre Vergütung beschert hatten. Die ambulanten Operationen fielen infolgedessen unter den Deckel der Regelleistungsvolumina (RLV). Parallel dazu befanden sich die Punktwerte nach der Einführung des neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) im freien Fall – bei den Berliner Anästhesisten etwa lag der Punktwert nur noch zwischen zwei und vier Cent.

Die OP-Praxen mochten weder der schwer nachvollziehbaren Kassen-Logik – ‚Erhoffte Einsparungen im stationären Sektor bleiben aus, deshalb werden die Ausgaben im ambulanten Sektor gesenkt‘ – folgen, noch die dramatischen Punktwertverluste akzeptieren. In etlichen Bundesländern gingen ambulante Operateure und Anästhesisten daher nach dem Vorbild der ‚Aktion Phoenix‘ erneut auf die Barrikaden. Sie boten ihren Patienten ab dem Zeitpunkt der Budgetauschöpfung eine sofortige Operation nur noch auf Privatrechnung an, die zur Kostenerstattung bei der Krankenkasse eingereicht werden sollte. Alternativ trösteten sie Patienten mit Verweis auf die desaströsen finanziellen Rahmenbedingungen auf das nächste Quartal. Der BAO empfahl seinen Mitgliedern bundesweit, bei Punktwerten unter 4,1 Cent nur noch im Notfall zu operieren und bei planbaren Eingriffen den Patienten Kostenvorschläge auf Basis eines Punktwerts von 5,11 Cent zur Genehmigung durch die Krankenkasse mitzugeben.

AOP = Operation + Narkose + Patientenzufriedenheit

Im Mai 2009 wählten die Mitglieder des BAO den Münchener Chirurgen Dr. Axel Neumann zu ihrem neuen Präsidenten. Diesem war es zunächst ein großes Anliegen, die Fachgruppe der Anästhesisten zurück ins Boot zu holen. Seither pflegen Operateure und Anästhesisten im BAO eine starke und vertrauensvolle Partnerschaft, die sich nicht zuletzt in der Präsenz des BAO beim jährlichen NARKA-Kongress zeigt. Natürlich widmete auch Dr. Neumann dem Kampf um auskömmliche Honorare für das Ambulante Operieren viel Zeit und Energie. Denn die Kassen, mittlerweile vertreten durch ihren gemeinsamen Spitzenverband, weigerten sich hartnäckig, die im Frühjahr 2009 vom Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossenen leistungsbezogenen Zuschläge für einzelne belegärztliche Leistungen und das Ambulante Operieren zu zahlen – obwohl diese in mehreren politischen und juristischen Instanzen unbeanstandet geblieben waren.

Neben seinem politischen Engagement brachte Dr. Neumann auch die Versorgungsforschung voran. Im Frühjahr 2010 präsentierte der BAO im Rahmen einer vielbeachteten Pressekonferenz in Berlin gleich zwei Studien, die dem Ambulanten Operieren hohe Ergebnisqualität und ein immenses Einsparpotenzial für das Gesundheitswesen bescheinigten. Dies war zum einen eine Studie der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) und der KV Bayerns, in der die Versorgungsqualität ausgewählter ambulanter Eingriffe anhand der Parameter Patientenzufriedenheit und Häufigkeit unerwünschter postoperativer Ereignisse untersucht worden war. Die Auswertung ergab eine mit 98 Prozent sehr hohe Patientenzufriedenheit und minimale Komplikationsraten.

Studien und Gutachten belegten Qualität und Kosteneffizienz

Die zweite Publikation war ein Gutachten des Bayreuther Gesundheitsökonomen Professor Peter Oberender, der dem Ambulanten Operieren ein Einsparpotenzial von jährlich bis zu 520 Millionen Euro attestierte. Das Gutachten hatte die Kosten von 25 häufigen ambulanten Eingriffen aller Fachgebiete für den ambulanten und den stationären Sektor verglichen. Während die arthroskopische Operation von Meniskusschäden am Kniegelenk in anderen europäischen Ländern in durchschnittlich 90 % der Fälle ambulant erbracht wurde, betrug die entsprechende Quote in Deutschland nur 32,5 %. „Allein für die Meniskus-OP berechneten die Gutachter in drei verschiedenen Szenarien der Verlagerung von Eingriffen aus dem stationären in den ambulanten Bereich Einsparpotenziale von jährlich 5,3 bis 38,9 Millionen Euro“, verdeutlichte BAO-Präsident Dr. Neumann gegenüber der Presse.

Die Gutachter empfahlen daher die verstärkte Nutzung der Möglichkeiten des Ambulanten Operierens durch gezielte Förderung, Verbesserung der Infrastrukturen (Pflege, Transport, Nachsorge) und Anpassung der Vergütungssysteme, um den Anreiz zur stationären Aufnahme und Behandlung durch die Leistungserbringer zu beseitigen. Eine Förderung des Ambulanten Operierens könnte dem Oberender-Gutachten zufolge insbesondere durch Fallpauschalen erfolgen, die mit Systematik und Höhe der DRG-Entgelte von Krankenhäusern direkt vergleichbar sind.

Ähnliche Erkenntnisse lieferte Ende 2010 das vielzitierte ‚Wille-Gutachten‘, das im Auftrag des Deutschen Facharztverbandes (DFV) und der Berufsverbände der ‚Potsdamer Runde‘ – Vorläufer-Organisation des heutigen SpiFa – erstellt wurde. Darin belegte Professor Eberhard Wille vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), dass die Versorgung an der Schnittstelle zwischen Kliniken und ambulanten Facharztpraxen an Bedeutung gewinnt und gleichzeitig enormes Potenzial für mehr Effizienz im Gesundheitswesen birgt. Der Mannheimer Volkswirtschaftler widersprach damit dem regelmäßigen Vorwurf der Krankenkassen, die ambulante Facharztschiene sei überflüssig und teuer: „Ineffizienz in der ambulanten Facharztmedizin lässt sich mit den vorliegenden Daten nicht belegen“, betonte Prof. Wille bei der Präsentation des Gutachtens beim 15. Deutschen Fachärztetag des DFV im Oktober 2010 in Berlin. ▶

10 Jahre BV-ASV: Grußwort des BAO an den Bundesverband Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung

Beide Unterzeichner gratulieren als Gründungsmitglieder dem BV-ASV zu seiner einmaligen Erfolgsgeschichte. Wie bei früheren Projekten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) hat Dr. Axel Munte auch hier seine gesundheitspolitisch innovativen Forderungen mit hohen Qualitätsansprüchen verbunden und dem Ziel einer bedarfsgerechten ambulanten Patientenversorgung. Zu dieser zählt auch das Ambulante Operieren als eines der ersten ambulanten spezialärztlichen Versorgungsmodelle in der Kassenmedizin. Erinnerung sei an das gemeinsame versorgungswissenschaftliche Forschungsprojekt von BAO, KVB und LMU München über die Prozess- und Ergebnisqualität beim Ambulanten Operieren.

Munte konnte damit gesetzliche Krankenkassen überzeugen, die Qualitätskosten von ambulanten Operateuren und Anästhesisten durch Qualitätszuschläge zu refinanzieren. Erstmals wurde anerkannt, wie hochwertig und zugleich sicher spezialisierte ambulante stationersetzende Facharztmedizin ist. Gleiche Maßstäbe gelten für die Philosophie und Umsetzung der von Munte und seinem Gründungsteam initiierten Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), deren Regelwerk außerhalb eines antiquierten KV-Systems adäquate Patienten orientierte Medizin, zukünftige Innovationen sowie leistungsgerechte und kostendeckende Erlöse garantiert. Beinahe hätten auch die ambulanten Operateure und Anästhesisten den Quantensprung in diese neue Versorgungs- und Vergütungssystematik geschafft. Dies war von der Gesundheitspolitik nicht gewollt – wie auch sicher nicht alle gehofft haben, dass dieser Munte-Coup außerhalb des starren KV-Systems von so langer Dauer sein wird.

Um so mehr erfreut sich Munte an der ASV-Kind seiner kontinuierlichen quantitativen und qualitativen Wachstumsprozesse. Wer in einem schnellleibigen, sprunghaften und zum Teil auch dysfunktionalen Gesundheitswesen zehn Jahre mit einem so klaren Konzept und Durchhaltewillen überstanden hat wie die ASV und ihr dafür verantwortliches Team, der hat seine Unentbehrlichkeit mehr als einmal bewiesen. So möchte der BAO der ASV und dem BV-ASV noch viele weitere erfolgreiche Jahrzehnte wünschen und ihrem Gründungsvater und Ideengeber Dr. Axel Munte dazu gratulieren, mit gutem Gewissen diese etablierte Institution in bewährte Nachfolgerhände gegeben zu haben. Die ASV ist der Wirklichkeit gewordene Beweis, dass hochspezialisierte Medizin in Facharztpraxen erfolgreich angeboten werden kann, wenn über die ärztliche Expertise hinaus auch Ordnungspolitik und Kostenträger sich ebenso verantwortungsvoll und nachhaltig miteinbringen.

**Dr. Christian Deindl, BAO Präsident
und Dr. Axel Neumann, BAO Vizepräsident**

Impressionen vom letzten großen Jubiläum: **Feier anlässlich des 20-jährigen Bestehens des BAO im März 2012 in Nürnberg**



Die ehemaligen BAO-Präsidenten Dr. Jörg Rüggeberg und Prof. Jost Brökelmann, Geschäftsstellenleiterin Edith Bussjäger, BAO-Präsident Dr. Axel Neumann und der ehemalige BAO-Vizepräsident Dr. Wolfgang Rulf



Austausch über Verbandsgrenzen hinweg: der LAOH-Vorsitzende Dr. Thomas Wiederspahn-Wilz, der BNC-Vorsitzende Dr. Dieter Haack und BDA-Referatsleiter Elmar Mertens



Auch die Medien interessierten sich für den runden Geburtstag: BAO-Präsident Dr. Axel Neumann im Interview für das bayerische Regionalfernsehen



Interdisziplinärer Austausch: BAO-Pressereferent Dr. Jörg Hennefrühd (Gynäkologie) mit Dr. Jürgen Lambert und Dr. Dieter Mentges (Anästhesie) sowie Dr. Michael Rinker (Augenheilkunde)



Interdisziplinärer Austausch: Dr. Stefan Feiler und Dr. Helmut Weinhart (Orthopädie / Unfallchirurgie) mit Dr. Petra Tietze-Schnur (Anästhesie) und Dr. Geneva Aflissah (Neurochirurgie)



Der Leiter des Referats für vertragsärztliche Anästhesie im BDA, Elmar Mertens, war über viele Jahre das Gesicht des NARKA, an dem auch der BAO jedes Jahr aktiv mitwirkt

Foto: BAO

Im Jahr 2011 schloss sich der BAO – ebenso wie der Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC) erstmals dem BNC-Jahreskongress an, der seither ‚Bundekongress Chirurgie‘ heißt und jährlich regelmäßig über 1.000 Teilnehmer nach Nürnberg lockt. Politisch standen intensive Diskussionen über die geplante Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) auf der Agenda. Dabei stand eine Zeitlang auch eine Aufnahme des Ambulanten Operierens in die ASV im Raum. Dank des Einsatzes des BAO war sie im ursprünglich formulierten und vom Ministerium bereits absegneten Gesetzestext sogar vorgesehen, scheiterte dann aber doch am Widerstand der Krankenkassen, die mit dem Vorwurf ‚nicht steuerbarer Mengenausweitungen‘ erneut Stimmung gegen die ambulanten Operateure und Anästhesisten machte.

Fehlende Zuschläge für OP-Hygiene verzerren Wettbewerb

An dieser grundsätzlichen Abwehrhaltung änderte auch das nächste positive öffentliche Votum zugunsten des Ambulanten Operierens nichts: Im Juni 2012 bescheinigte ein SVR-Sondergutachten Deutschland im Vergleich zum europäischen Ausland abermals Nachholbedarf beim Ambulanten Operieren und zudem ungleiche Wettbewerbsbedingungen an den Sektorengrenzen. Diese Wettbewerbsverzerrung verstärkte sich im Laufe der Jahre zusätzlich durch verschärfte Hygieneanforderungen auch im ambulanten Bereich, die nicht durch Honoraranpassungen kompensiert wurden. Im Frühjahr wurde der

hieraus resultierende finanzielle Mehraufwand durch den BAO-Fachreferenten für Hygiene, Dr. Rainer Woischke, erstmals in einem Gutachten kalkuliert und auf 55 Euro pro Eingriff beziffert – ein Zuschlag, den die Krankenkassen den ambulanten OP-Praxen bis heute verweigern.

Mitte 2016 rückten BNC und BAO noch ein bisschen enger zusammen, indem sie ihre beiden Verbandsorgane zu einer gemeinsamen Publikation vereinten. Die gemeinsame Verbandszeitschrift ‚Chirurgen Magazin + BAO Depesche‘ bringt seither die politische Geschlossenheit der beiden Verbände verbindlich zum Ausdruck und verschafft ihnen gegenüber Kassen und Politik Gehör als überzeugte Verfechter einer ambulanten und freiberuflichen Facharztmedizin. Seit der Wahl eines neuen Präsidiums im Sommer 2021 steht nun der Kinderchirurg Dr. Christian Deindl an der Spitze des BAO, zugleich stellte der Verband die Weichen für eine neue, zukunftsorientierte Strategie.

Unzählige weitere Themen – es seien nur die Stichworte Digitalisierung, Nachwuchsmangel, Feminisierung der Medizin, sektorenübergreifende Versorgung und die Spahn'sche Regelungswut genannt – müssen in diesem Rückblick auf 30 Jahre BAO-Geschichte unberücksichtigt bleiben. An der systematischen Benachteiligung und Unterfinanzierung des Ambulanten Operierens scheint sich über drei Jahrzehnte nicht allzu viel geändert zu haben. Doch am entschlossenen Eintreten des BAO für diese patientenfreundliche, sichere und kosteneffiziente Versorgungsform eben auch nicht.

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

Qualitätssicherung

Tragische Einzelfälle oder auch Fehler im System?

In den vergangenen Monaten gab es mehrfach Nachrichten über Todesfälle bei Kindern im Zusammenhang mit ambulanten Operationen bzw. Anästhesien. Was sagen sie über die Sicherheit ambulanter Narkosen bei Kindern aus? Und was bedeuten die furchtbaren Schlagzeilen für die Versorgungsform des Ambulanten Operierens?

Von Antje Thiel

Es sind wenige schwarze Schafe, die das Image einer an sich sehr sicheren Versorgungsform diskreditieren. Davon sind BAO-Präsident Dr. Christian Deindl (Kinderchirurg aus Nürnberg) und der BDA-Referatsleiter Jörg Karst (niedergelassener Anästhesist aus Berlin), fest überzeugt. Im Interview erläutern sie, worauf es bei ambulanten Anästhesien im Kindesalter ankommt und warum es mehr valide Daten zur Qualität ambulanter Operationen und Narkosen braucht.

Wie ordnen Sie die beiden jüngsten Todesfälle (siehe Kasten) ein?

Karst: Jede Komplikation ist dramatisch und relevant. Sie ist dramatisch für die Eltern und auch für den beteiligten Kollegen. Sollte sich der Verdacht erhärten, dass in einem der Fälle verunreinigtes Propofol zum Einsatz kam, kann man wohl von einem Behandlungsfehler ausgehen. Es ist eine Grundprämisse, nicht mit Propofol-Spritzen zu arbeiten, die schon länger liegen oder bei mehreren Patienten zum Einsatz kommen. Bei dem anderen Fall stellt sich die Frage nach der Strukturqualität, die für uns so extrem wichtig ist. In den Anforderungen an einen anästhesiologischen Arbeitsplatz, die dieses Jahr noch einmal neu aufgelegt werden, ist der Aufwachraum im Sinne der Patientensicherheit tatsächlich als ein Ort definiert, der allergrößte Aufmerksamkeit fordert. Das trifft aber nicht unbedingt nur den Anästhesisten. Anästhesist

und Operateur müssen sich regelmäßig darüber austauschen, ob ihr gemeinsamer Arbeitsplatz den vorgesehenen Qualitätsanforderungen genügt. Dafür eignen sich beispielsweise regelmäßige strukturierte Qualitätszirkel, das ist gelebtes Qualitätsmanagement.

Welche Vorsichtsmaßnahmen gelten speziell für ambulante Narkosen in der Kinderchirurgie?

Deindl: Man darf nie vergessen, dass es sich gerade bei kleinen Kindern um eine sehr vulnerable Patientengruppe handelt. Kinder sollten – entsprechend den Empfehlungen der Fachgesellschaft für Kinderchirurgie – für eine ambulante Operation mindestens sechs Monate bis ein Jahr alt sein. Persönlich sehe ich die Grenze fließend und in bestimmten Fällen sogar eher bei einem Jahr, sofern keine Kontraindikationen vorliegen und das Kind altersentsprechend entwickelt ist. Es ist wichtig, dass das Kind völlig infektfrei und zuverlässig nüchtern ist, was von den Eltern leider nicht immer ganz ernst genommen wird. Mir ist außerdem wichtig, dass die Kinder vorab noch einmal vom Kinderarzt gesehen werden, da die Eltern nicht immer alle für Operation und Narkose relevanten Punkte genau benennen können. Neben den medizinischen Ausschlusskriterien kommt es natürlich vor allem auf die Strukturqualität an. Hier spielt das Personal eine sehr große Rolle. Angelerntes Personal ist kein qualifiziertes Personal. Wer ein Kind im Aufwachraum betreut, muss wissen, auf welche Dinge zu achten ist – was es also z.B. bedeutet, wenn ein Kind brachykard wird. Denn der kindliche Organismus kann zwar vieles eine lange Zeit kompensieren, doch dann kann sich sein Zustand schnell verschlechtern.

Wie häufig sind strukturelle Mängel bei ambulanten Kindernarkosen Ihrer Beobachtung nach?

Karst: Diese tragischen Fälle heizen natürlich die Diskussion an. Doch sie sind glücklicherweise sehr exotisch und selten, das muss man immer wieder betonen. Der größte Teil der Kolleginnen und Kollegen arbeitet sauber, eine ambulante Operation ist per se erst einmal sicher. Allerdings gibt es – wie in jeder Branche – auch schwarze Schafe. Wir versuchen sie von Seiten der Berufsverbände zu erreichen, doch manche entziehen

In den Schlagzeilen: Todesfälle nach ambulanten Narkosen

Im Mai 2021 berichtete die Presse (siehe Kurzlink tinyurl.com/2p8t8axu zur Hessischen Niedersächsischen Allgemeinen), dass im April ein dreijähriger Junge nach einer ambulanten OP in Kassel gestorben ist. Gegen den Operateur und auch den Anästhesisten wird ermittelt, es steht der Verdacht im Raum, das Kind sei nach der OP nicht ausreichend überwacht worden, ggf. sei auch die Sauerstoffkonzentration im Blut nicht überwacht worden.

Anfang Dezember 2021 gelangte ein weiterer Fall in die Schlagzeilen: In einer Zahnklinik im hessischen Kronberg starb im September ein vierjähriges Mädchen, nachdem es eine Narkose erhalten hatte (siehe Kurzlink tinyurl.com/muv6hnw8 zu einem Bericht der Hessenschau). Es steht der Verdacht im Raum, es sei verunreinigtes Narkosemittel verabreicht worden, denn am selben Tag kamen drei weitere Kinder, die in der Praxis operiert wurden, wegen septischer Schocks ins Krankenhaus.

sich einfach jeglichen Qualitätssicherungsmaßnahmen wie etwa Peer Reviews. Generell möchte ich aber betonen, dass es bei Operationen, die von zwei Fachärzten für Humanmedizin durchgeführt werden, kaum Probleme gibt. Schwierig wird es, wenn niedergelassene Anästhesisten ihre Karriere mit Narkosen in zahnärztlichen Praxen beginnen. In der Zahnmedizin wird in der Ausbildung einfach nicht dasselbe Wissen über Physiologie oder Anästhesie vermittelt wie in der Humanmedizin. Wenn also ein Zahnarzt oder eine Zahnärztin sagt, dass eine zahnmedizinische Fachangestellte die postoperative Überwachung im Aufwachraum übernehmen kann, dann sollte man hellhörig werden. Gelegentlich wird einem in Zahnarztpraxen ein benachbarter Raum mit einer Klappliege als Aufwachraum angeboten, auf solche Kompromisse darf man sich einfach nicht einlassen. Wir fordern deshalb, dass die Strukturqualität auch bei zahnärztlichen Operationen und Narkosen der eines ambulanten Operationszentrums entspricht.



Foto: Deindl

„Kleine Kinder sind eine sehr vulnerable Patientengruppe.“
Dr. Christian Deindl

Strukturqualität kostet allerdings auch viel Geld ...

Deindl: Geld darf niemals eine Entschuldigung für fatale Versäumnisse sein. Man darf bei der Sicherheit keine Kompromisse eingehen. Der Anästhesist, mit dem ich 25 Jahre lang zusammengearbeitet habe, ist von der Mentalität her ein ganz anderer Typ als ich. Aber es gab keinen Fall, in dem wir uns nicht einig waren, wenn einer von uns beiden Bedenken hatte und meinte: „Das Kind gefällt mir nicht.“ Eine kurzfristige OP-Absage hinterlässt natürlich eine Lücke, die sich nur unter großem Mehraufwand kompensieren lässt. Zumal die Strukturqualität beim Ambulanten Operieren ohnehin nicht ausreichend vergütet wird. Deshalb sollte man diese Fälle durchaus zum Anlass nehmen, auf die Honorierung von Qualität hinzuweisen. Ohne auskömmliche Honorare leiden Struktur- und Prozessqualität – und in seltenen Extremfällen leidet auch die Ergebnisqualität.

Karst: Ich kann das nur unterstreichen: Grundsätzlich darf Qualität keine wirtschaftliche Frage sein. Wenn ich den Patienten vor mir sehe und feststelle, dass meine Leistung nicht ausreichend gut honoriert wird, dann darf ich diese Leistung im Zweifelsfall eben nicht erbringen. Für mich gilt in der Zusammenarbeit mit Operateuren ebenfalls, dass nicht operiert wird, wenn einer der beiden Beteiligten ein schlechtes Gefühl bei dem Patienten hat. Da darf es keine Diskussionen geben.

Welches Licht werfen die furchtbaren Todesfälle generell auf das die Versorgungsform des Ambulanten Operierens?

Deindl: Ich erlebe auf Seiten der Patienten auch nach solchen Fällen eigentlich keine Verunsicherung oder Misstrauen gegenüber den ambulanten Strukturen. Es sind vielmehr einzelne Klinikabteilungen für Anästhesie, die in der Vergangenheit regelmäßig versucht haben, unsere Arbeit zu diskreditieren. Die Angriffe kamen und kommen zum Teil immer noch eher aus dieser Richtung.



Foto: Karst

„Grundsätzlich darf Qualität keine wirtschaftliche Frage sein.“ Jörg Karst

Karst: Ich beobachte ebenfalls, dass dieses ‚Schmuddel-Image‘ immer noch von vielen Kolleginnen und Kollegen aus den Kliniken gepflegt wird. Da hält sich hartnäckig das Narrativ, dass Niedergelassene unsauber arbeiten und nur kleine Eingriffe am Küchentisch durchführen. Und das wird ausgeschlachtet. Dann wabern Geschichten durch die Welt, wonach jeder Notarzt schon mal Patienten aus einem ambulanten OP-Zentrum abgeholt hat, oder dass man

als Anästhesist im ambulanten Bereich immer zwei OP-Säle parallel betreuen muss... anstatt dass die Klinikkollegen mal in einem ambulanten OP-Zentrum hospitieren und sehen, wie es wirklich läuft! Dabei gibt es auch in den Krankenhäusern Qualitätsmängel: Wenn aufgrund von Personalmangel eine Pflegekraft für zwei Stationen zuständig ist, können auch dort Fehler passieren.

Können die niedergelassenen Operateure und Anästhesisten diese Vorurteile denn mit validen Zahlen entkräften?

Deindl: Im Grunde würde eine Auswertung der mit AQS1 erhobenen Daten ausreichen. Leider gibt es viele Kollegen, die zwar gute Arbeit leisten, aber kein Interesse daran haben, ihre Daten zu erheben. Doch bevor man eine bessere Honorierung für die Strukturqualität fordert, muss man nun einmal in Vorleistung gehen und seine Qualität belegen.

Karst: Im Vergleich zum hausärztlichen Bereich sind wir Fachärzte in der Versorgungsforschung extrem schlecht aufgestellt. Wir müssen unsere Daten sammeln und unsere Qualität belegen. Wenn wir das nicht können, stehen wir da wie ein Feldherr ohne Truppen. ◀

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen: Standards in der ambulanten Kinderanästhesie

Maßgeblich für die Qualitätssicherung bei ambulanten Kinderanästhesien sind nach wie vor folgende Publikationen:

Arbeitskreis der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (Strauß J et al.: Empfehlungen zur ambulante Anästhesie bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern. *Anästhesie Intensivmedizin* 2007 (48): 68–70, siehe Kurzlink tinyurl.com/2fa3v6ys) und **Europäische Vereinigung für Kinderanästhesie (FEAP)**: Empfehlungen für anästhesiologische Versorgung von Kindern in Europa (*Anästhesie Intensivmedizin* 2007 (48): 107–108). Daraus ergeben sich folgende Forderungen:

1. Die Einrichtung sollte jährlich eine bestimmte Mindestzahl an Eingriffen durchführen (mehr als 200 Eingriffe an Kindern im Alter unter 3 Jahren, mehr als 400 Eingriffe an Kindern im Alter über 5 Jahren).
2. Keine ambulanten Operationen bei Kindern jünger als 3 Monate
3. Mindestmaß an Ausbildung: siehe Empfehlungen der FEAPA
4. Kindergerechte Umgebung
5. Einbeziehung der Bezugspersonen bei der Prämedikation und Einleitung sowie im Aufwachraum
6. Erstellung abteilungsinterner Standards (z. B. für adäquate postoperative Analgesie)

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

HCV Hessen

Jan Henniger
Gotenstr. 6–8, 65929 Frankfurt
Telefon 069 310646-15
www.hcv-ev.de

ANC Mecklenburg-Vorpommern

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

ANC Mittelfranken

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

ANC Niederbayern

Dr. Albert Solleder
St.-Elisabeth-Str. 23, 94315 Straubing
Telefon 09421 710777-0

ANC Niedersachsen

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

ANC Nordrhein

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

ANC Oberbayern

Dr. Michaela Keller
Theatinerstr. 29
80333 München
Telefon 089 221050

ANC Oberfranken

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

ANC Oberpfalz

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

ANC Rheinland-Pfalz

Dr. Lutz Riedel
Fontanestr. 83, 55127 Mainz
Telefon 0179 9461302

ANC Sachsen

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

ANC Sachsen-Anhalt

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

ANC Schleswig-Holstein

Dr. Bertram Wittrin
Holtenauer 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

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

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

2. Vorsitzender

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

Schatzmeisterin

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

Beisitzer

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

ANC Thüringen

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

ANC Unterfranken

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

ANC Westfalen-Lippe

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

BNKD Berufsverband der niedergelassenen Kinderchirurgen

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

Beisitzer

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

Ehrenvorsitzender

Dr. Dieter Haack

BNC Geschäftsstelle

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

Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO): Kontakt zu den Regionalverbänden und zur Geschäftsstelle**Landesverbände Ambulantes Operieren (LAO)****LAO Bayern e.V.**

Dr. Helmut Weinhart
Gautinger Str. 9, 82319 Starnberg
Telefon 08151 652465
www.laobayern.de

LAO Berlin e.V.

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

LAO Brandenburg e.V.

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

LAO Hamburg e.V.

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

LAO Niedersachsen e.V.

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

Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO)**Präsident**

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

Vizepräsident

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

Schatzmeister / Synopsis PKG

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

Schriftführer

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

Beisitzer internat. Beziehung / IAAS

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

Beisitzerin

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

Beisitzer / IT

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

Beisitzer / AND

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

Ehrenpräsident

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

BAO Geschäftsstelle**Geschäftsführerin**

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

Mitgliederverwaltung

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

ANC Nordrhein

Gemeinsame Erklärung: Impfungen gegen SARS-CoV-2 durch Apotheker unnötig

Die Vorsitzenden der Berufsverbände der Gynäkologen, der Orthopäden, der Chirurgen, der HNO-Ärzte, der Dermatologen, der Urologen und der Anästhesisten in Nordrhein halten eine hohe Impfquote der Bevölkerung und das Anstreben einer ‚Herdenimmunität‘ gegen SARS-CoV-2 medizinisch und gesellschaftlich für höchst wichtig und notwendig.

In einer gemeinsamen Presseerklärung erklärten die Vorsitzenden aber, sie seien aber der festen Überzeugung, dass die niedergelassenen Hausärzte und Fachärzte sowie – wenn erforderlich – die Impfzentren problemlos in der Lage sind, dieses Ziel zu erreichen. Die Kenntnisse und die Infrastruktur seien vorhanden und den Patienten bestens bekannt. „Eine Impfung durch Apotheker ist weder sachlich erforderlich noch medizinisch vertretbar. Apotheker haben keine Fachkenntnisse in der Behandlung von Kranken, die unbedingt erforderlich sind,



Foto: Pixabay

und verfügen in der Regel nicht über geeignete Räumlichkeiten und Notfallausrüstung“, heißt es in der Erklärung wörtlich.

Weiterhin betonten die Berufsverbände: „Dennoch nehmen wir die Änderungen durch die Politik kritisch zur Kenntnis und stellen auch unsererseits Handlungsbedarf in der Zusammenarbeit zwischen Apothekern und Ärzten fest. Seit langem wäre es notwendig, bestimmte Arzneimittel und Materialien in den Praxen vorzuhalten und den Patienten schnell und unbürokratisch in geeigneten Mengen zuzuteilen.“

Dieses sei international üblich und würde die Versorgung für viele Ältere und Menschen mit Behinderungen erheblich verbessern.“

Kontakt: ANC Nordrhein, Dr. Manfred Weisweiler

Tel.: 02451 9106810, dr.weisweiler-geilenkirchen@t-online.de

Medtronic

Gut leben auf gesunden Beinen

Krampfadern modern therapiert - Fakten, auf die es ankommt.

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

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

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

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

Kontaktieren Sie uns telefonisch unter 0 800-0868700 oder via E-Mail unter: krampfadern@medtronic.com

90%
Verschlussrate
nach 5 Jahren



ANC Oberbayern

Erste ANC mit einer weiblichen Vorstandsspitze

Dass die Chirurgie nach wie vor eine männerdominierte Fachrichtung ist, konnte man auch an der Besetzung der Vorstandsposten in den regionalen ANC lang Zeit ablesen. Bislang waren alle ANC-Vorsitzenden männlichen Geschlechts – doch nun wurde in der ANC Oberbayern mit der Münchener Chirurgin Dr. Michaela Keller erstmals eine Frau an die Spitze der regionalen Interessenvertretung gewählt.

Sie ist mit Jahresbeginn überhaupt erst Praxischefin geworden, nachdem sie zuvor sechs Jahre lang als angestellte Ärztin in der Praxis ihres Vaters mitgearbeitet hatte. Nun hat sie die proktologische Praxis auch ganz offiziell übernommen – und den Vorsitz einer ANC im Dornröschenschlaf gleich mit. „Als ich im Dezember zum ersten Mal bei der Mitgliederversammlung der ANC Oberbayern war, gab es sogar Diskussionen, ob man die ANC nicht auflösen sollte“, erzählt Dr. Michaela Keller. Doch damit wollte sie sich nicht abfinden, schließlich hatte sich bereits ihr Vater, Dr. Josef Keller, viele Jahre lang in der ANC engagiert. „Ich habe mir gesagt, dass ich es eben versuchen muss. Und bin dann einfach ins kalte Wasser gesprungen“, sagt sie und ist gleichzeitig froh, dass sie mit dem BNC auf die Unterstützung eines übergeordneten Verbandes zählen kann.

Die Aussicht, als erste Frau in der Geschichte des Verbandes einer ANC vorzustehen, schreckte sie dabei nicht: „Ich habe die Chirurgie nie als starre Männerdomäne empfunden“, meint Dr. Keller. Und auch die



Foto: Keller

Erste Frau an der Spitze einer ANC: Dr. Michaela Keller

Mehrfachbelastung – Führung ihrer Praxis, Erziehung ihres vierjährigen Sohnes und nun auch noch das Ehrenamt in der ANC – bringt sie nicht aus der Ruhe: „Heutzutage sollte es doch kein Problem mehr sein,

Familie und Chirurgie unter einen Hut zu bringen. Bei uns zu Hause zumindest muss jeder anpacken.“

Dr. Kellers erstes Ziel für die ANC-Arbeit ist es, die Kontakte und Netzwerke innerhalb der ANC wiederzubeleben: „Ich möchte möglichst viele meiner Kolleginnen und Kollegen bald kennen lernen und erfahren, was deren Sorgen und Wünsche an die ANC sind.“ Gibt es Bedarf an Fortbildungen? Wünschen sich die Mitglieder Online-Qualitätszirkel? Oder eher gemeinsame politische Aktionen? Oder vor allem Beratung in betriebswirtschaftlichen Fragen? Angesichts der Altersstruktur der ANC-Mitglieder stehen vermutlich auch Themen wie die erfolgreiche Praxis-

abgabe hoch im Kurs. „Doch welche fachlichen und politischen Interessen die Mitglieder sonst haben, weiß ich noch nicht“, sagt die neue ANC-Vorsitzende. Darüber hinaus möchte Dr. Keller auch mehr jüngere Kolleginnen und Kollegen zum Beitritt in die ANC bewegen: „Ein weiterer jüngerer Kollege ist gerade erst kürzlich Mitglied geworden – ich hoffe, ihm folgen noch weitere nach!“, freut sie sich.

Kontakt: ANC Oberbayern, Dr. Michaela Keller

Tel.: 089 221050, m.keller@proctologie-muenchen.de

ANC Süd-Württemberg

Neuer Vorstand streckt Fühler in Richtung Universitäten aus

Auch im Südwesten der Republik hat sich ein neuer ANC-Vorstand formiert. Bei der jüngsten Mitgliederversammlung hat der niedergelassene Chirurg Dr. Ralf Kretschmer den Posten des ersten Vorsitzenden von Dr. Dirk Albrecht übernommen. Mit seinen 65 Jahren gehört der neue ANC-Vorsitzende zwar selbst nicht unbedingt zum chirurgischen Nachwuchs. „Ich bin eigentlich eher am Ende meiner Laufbahn angelangt. Aber ich wollte verhindern, dass die ANC-Arbeit einschläft“, erzählt Dr. Kretschmer, der zu Beginn seiner niedergelassenen Tätigkeit selbst schon viel von der regionalen Interessenvertretung profitiert hat.

„Damals war es eher ungewöhnlich, dass Kollegen, die ja eigentlich miteinander konkurrieren, sich zusammenschließen und einander vertrauen“, erinnert er sich an die Anfänge. Was es bedeutet, sich im ANC-Vorstand zu engagieren, weiß er nach 14 Jahren als Fortbildungsbeauftragter der ANC genau. Nun also ist der Ravensburger erster Vor-



Foto: Kretschmer

Der neue Vorsitzende der ANC Süd-Württemberg, Dr. Ralf Kretschmer

sitzender und möchte nach Absprache mit seinen Vorstandskollegen beim ärztlichen Nachwuchs für das Fach Chirurgie und die Niederlassung werben: „Wir möchten den jungen Leuten klarmachen, dass die Praxistätigkeit sehr vielfältig ist und bei weitem nicht nur aus Abszessen und eingewachsenen Fußnägeln besteht“, erzählt er. Das fachliche Spektrum kann anspruchsvolle Felder wie die Hernienchirurgie, endoskopisches Operieren, Proktologie, Hand- und Fußchirurgie umfassen. Bestes Beispiel ist Dr. Kretschmers eigene Praxis mit 4,5 Arztstühlen, zwei OP-Sälen und breitem Eingriffsspektrum.

Damit sich der ärztliche Nachwuchs für die Chirurgie begeistert, braucht es aus seiner Sicht eine vernünftige Weiterbildungsordnung. „Es ist gut, dass der ehemalige BNC-Vorsitzende Dr. Christoph Schüürmann den Facharzt für Allgemeinchirurgie verteidigt hat“, betont Dr. Kretschmer. Der neue ANC-Vorstand möchte jedenfalls die Fühler in ►

Richtung Universitäten ausstrecken, um bereits bei den Medizinstudierenden Interesse an Hospitationen zu wecken: „Bei uns in den ambulanten Praxen lernt man das Nähen schneller als im Krankenhaus.“

Daneben möchte er seine Kolleginnen und Kollegen in Sachen Praxisführung beraten: „Niedergelassene müssen darin geschult werden, ihre Praxen nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten zu führen, ohne dass dabei ethisch bedenkliche Medizin herauskommt“, meint Dr. Kretschmer. Dazu gehören auch Abrechnungstipps und die Kontaktpflege zu Ansprechpersonen bei den Krankenkassen. Ein besonders heißes Eisen sind in seinen Augen die steigenden Hygienekosten in den Praxen: „Wir unterliegen in Sachen Hygiene denselben Vorgaben wie die Kliniken, müssen aber sämtliches Equipment selbst finanzieren, während die Krankenhäuser trotz dualer Finanzierung mit ihren DRG deutlich mehr abrechnen können als wir. Vielleicht gibt es ja einen Weg, auch für unsere Praxen eine ‚duale Finanzierung‘ zu ermöglichen?“ Ein weiteres Ziel ist die Einrichtung von Einkaufsgemeinschaften für chirurgische Praxen: „Wir haben alle sehr hohe Kosten für Praxis- und Sprechstundenbedarf – bei gemeinsamem Einkauf hätten wir sicherlich eine bessere Verhandlungsposition gegenüber den Firmen.“

Kontakt: ANC Süd-Württemberg, Dr. Ralf Kretschmer

Tel.: 0172 8935677, dr.kretschmer@dreilaenderklinik.de

ANC Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen Gründungsversammlung für neue ANC Mitteldeutschland geplant

Für den 25. März 2022 laden die ANC Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen zu einer gemeinsamen Mitgliederversammlung ein. Zentraler Tagesordnungspunkt ist der geplante Zusammenschluss der drei Regionalverbände zu einer gemeinsamen ANC Mitteldeutschland. Die Veranstaltung findet von 17:00 bis 19:00 Uhr im Dorint-Hotel Erfurt statt. Anschließend wird zu einem Essen geladen.

Kontakt: Informationen erteilt stellvertretend für alle drei ANC der Vorsitzende der ANC Sachsen, Dr. Gunter Linke, Tel.: 0351 4715807, drslink@web.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 Personalia, wenn Sie mit einer politischen Aktion für Wirbel sorgen, wenn Sie Selektivverträge aushandeln, wenn Sie innerhalb Ihrer KV für die Interessen Ihrer Fachgruppen kämpfen oder wenn Sie im Zuge einzelner Projekte mit anderen Verbänden kooperieren.

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

Chirurgen Magazin + BAO Depesche 105: Autoren gesucht



In eigener Sache

Autoren gesucht zum Thema Kinderchirurgie in Heft 105 – Ausgabe 3.2022

Für Ausgabe 3.2022, die Ende August 2022 erscheinen wird, möchten wir uns in der Rubrik ‚Medizin‘ schwerpunktmäßig mit dem Thema Kinderchirurgie beschäftigen. Wir suchen Autorinnen und Autoren, die aus der Praxis für die Praxis unter Berücksichtigung der aktuellen Studienlage über die Kinderchirurgie (interdisziplinäre Diagnostik und Therapie, Kindertraumatologie, Frakturbehandlung, häufige und seltene Indikationen, Kinderanästhesie, perioperatives Management etc.) berichten mögen. Wir freuen uns über allgemeine Überlegungen und Hintergrundberichte ebenso wie persönliche Erfahrungen oder Kasuistiken.

Darüber planen wir für dieses Heft auch Berichterstattung über die Ergebnisse des 126. Deutschen Ärztetages, über den Hauptstadtkongress Gesundheit und über den Status Quo bei der neuen GOÄ. 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. Juli 2022, bitte nehmen Sie aber möglichst frühzeitig Kontakt mit uns auf.

Kontakt:

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

ANC Schleswig-Holstein

Ein Berufsverband bietet mehr als nur Vergünstigungen bei Versicherungen

Am 24. November 2021 hat die Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Chirurgen (ANC) Schleswig-Holstein einen neuen Vorstand gewählt. Neuer Vorsitzender ist Dr. Bertram Wittrin (siehe auch Seite 38), der bisherige Vorsitzende Dr. Matthias Tennie bleibt der ANC als zweiter Vorsitzender erhalten, als Schatzmeister wurde Dr. Martin Bues in seinem Amt bestätigt. Der neue Vorsitzende ist mit einer chirurgischen Praxis in Kiel niedergelassen und hat sich auf Varizenbehandlung spezialisiert.

„Ich habe mich bereiterklärt, das Amt zu übernehmen, weil auch die regionale berufspolitische Arbeit wichtig ist“, erklärt Dr. Wittrin. Die Mitgliedschaft in einem Berufsverband bedeutet für ihn mehr als nur ein paar Vergünstigungen beim Abschluss von Versicherungen: „Ich möchte den Gemeinschaftsgeist und den Kontakt untereinander stärken, meine Kolleginnen und Kollegen mit ins Boot holen und dafür sorgen, dass sie sich in der ANC aufgehoben fühlen.“ Daher hat sich Dr. Wittrin vorgenommen, möglichst rasch alle ANC-Mitglieder im Norden auch persönlich kennen zu lernen. Doch es geht dem neuen ANC-Chef nicht nur um Zusammengehörigkeitsgefühl, sondern



Foto: Wittrin

Neuer ANC-Chef im hohen Norden: Dr. Bertram Wittrin

auch um eine Verbesserung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen vertragsärztlicher chirurgischer Arbeit. Dafür ist es ihm wichtig, dass sich Praxen ihre Rolle als kleine und mittlere Unternehmen (KMU) bewusst machen und ihre wirtschaftlichen Belange aktiv steuern anstatt nur auf veränderte Rahmenbedingungen zu reagieren. „Für eine fundierte wirtschaftliche Folgenabschätzung unternehmerischer Entscheidungen ist es aber dringend erforderlich, die Kostenstrukturen in unseren Praxen zu kennen“, betont Dr. Wittrin.

Momente der Entscheidung und Weichenstellung gibt es im Leben niedergelassener Ärztinnen und Ärzte schließlich immer wieder – sei es, wenn die Praxisräume saniert werden müssen, wenn es um die Frage der Aufnahme von Praxispartnern oder die Praxismachfolge geht, oder auch nur wenn man unmittelbar nach der Niederlassung noch seinen eigenen Platz in der Versorgungslandschaft finden und ein Netzwerk knüpfen muss.

Kontakt: ANC Schleswig-Holstein, Dr. Bertram Wittrin

Tel.: 0431 56707, bw@praxis-wittrin.de

ANC Baden-Württemberg Nord

Chirurgische Interessenvertretung stärken und Facharztverträge ausrollen

Bei ihrer Mitgliederversammlung am 16. Oktober 2021 haben die Delegierten der ANC Baden-Württemberg Nord einen neuen Vorstand gewählt. Neuer ANC-Chef ist der bisherige zweite Vorsitzende, Dr. Andreas Lang aus Bad Friedrichshall. Sein Vorgänger, Dr. Frido Mütsch, bleibt dem ANC-Vorstand nach seinem Rückzug aus dem aktiven Berufsleben als stellvertretender Vorsitzender erhalten. Der neue Vorstand möchte vor allem gern jüngere Kolleginnen und Kollegen für die Arbeit in der ANC gewinnen. Kein ganz leichtes Unterfangen, denn: „Die meisten, die sich derzeit mit einem chirurgischen Sitz niederlassen, sind Orthopäden und Unfallchirurgen“, erklärt Dr. Lang, „entsprechend sind sie – wenn überhaupt – schon in einem anderen Berufsverband organisiert.“ Viszeralchirurgen hingegen ließen sich nur selten nieder, sodass es insgesamt einfach weniger potenzielle Neumitglieder gebe.

Dabei gibt es genug zu tun. So gelte es, den seinerzeit von Dr. Mütsch maßgeblich mitgestalteten Facharztvertrag Orthopädie und Unfallchirurgie in Baden-Württemberg zu erhalten und weiterzuentwickeln. „Ideal wäre es, wenn der Facharztvertrag bundesweit ausgerollt würde“, meint Dr. Lang, „denn er bringt mehr Geld ein als die Regelversorgung und unterliegt zudem nicht der Budgetierung.“ Das gilt

auch für den neuen Selektivvertrag ‚Ortho-Hero‘ zur Behandlung von Rücken- und Kniebeschwerden für BKK-Versicherte (siehe [Kurmlink tinyurl.com/395tnr33](https://tinyurl.com/395tnr33)). Er wurde vom Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), der KV Baden-Württemberg und der BKK

entwickelt, kommt Dr. Lang zufolge aber auch für viele niedergelassene Chirurgen infrage.

Ausdrücklich lobt Dr. Lang die gute Zusammenarbeit mit dem BVOU: „Nicht nur meine chirurgischen Kollegen, auch die Vorstände des BVOU wohnen alle in der Nähe, wir haben also einen kurzen Draht und sind in ständigem Kontakt.“ Er stellt aber auch klar, dass die Integration der beiden Fachgebiete unter dem gemeinsamen Dach der Chirurgie nicht zulasten der Chirurgen erfolgen sollte. „Immerhin landen Patienten auch mit orthopädischen Beschwerden oft in unseren Praxen, weil Orthopäden in der Termination ihrer Sprechstunden häufig deutlich restriktiver sind und wir Chirurgen es von Haus aus eher gewohnt sind, mehr Akutfälle zu behandeln“, betont der neue ANC-Vorsitzende.



Foto: Lang

Neuer Vorsitzende der ANC Baden-Württemberg Nord ist Dr. Andreas Lang

Kontakt: ANC Baden-Württemberg Nord, Dr. Andreas Lang

Tel.: 0172 7248392, alangdoc@gmx.de

Bitte einsenden an den

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

per Mail an info@bncev.de
oder faxen an: 04532 2687561

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 Chirurgenliste auf der Homepage www.bncev.de, die Abrechnung von Mitgliedsbeiträgen (soweit die BNC Geschäftsstelle von den Mitgliedsvereinen (ANC) dazu beauftragt wurde), die Zusendung von Mitgliederrundschreiben, der Verbandszeitschrift Chirurgen Magazin + BAO Depesche und des BNC-SPOT sowie die Information der Mitglieder über die Tätigkeit des Vereins, Kongresse und Projekte.

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

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

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



Aktuelles zum Arztrecht vom BNC-Justiziar

Worauf Jobsharing-Praxen bei der Abrechnung achten sollten

Einerseits können Berufsausübungsgemeinschaften, in denen angestellte Ärztinnen und Ärzte auf Jobsharing-Basis arbeiten, durchaus den sogenannten BAG-Zuschlag für sich beanspruchen. Andererseits kennt die Selbstverwaltung kein Pardon, wenn bei der Leistungsmenge die Jobsharing-Obergrenzen überschritten werden.

Von Jörg Hohmann

BAG-Zuschlag auch für Praxen mit Job-Sharing-Angestellten

Praxen mit Jobsharing-Angestellten sind nach einem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) nicht von dem sogenannten BAG-Zuschlag ausgeschlossen. Damit konnte sich ein Arzt gegen die Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) durchsetzen, der eine angestellte Ärztin gleicher Fachrichtung als Jobsharing-Angestellte bei sich beschäftigte und den 10-prozentigen Zuschlag auf sein Regelleistungsvolumen (RLV) begehrte. Bei einem Jobsharing teilen sich Ärzte eine Zulassung, da der Planungsbereich der Praxis wegen Überversorgung gesperrt ist, weswegen besondere Regelungen zur Begrenzung des Umfangs abrechenbarer Leistungen gelten.

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der KVB regelt eine Begrenzung der zum vollen Punktwert vergüteten Leistungen der Arztpraxis auf der Grundlage von RLV. Das RLV ist bei Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Fachrichtung um 10 Prozent zu erhöhen („BAG-Zuschlag“). Die KV hatte jedoch das Honorar ohne Berücksichtigung dieses Zuschlags festgesetzt. Dagegen erhobene Rechtsmittel bis hin zur Entscheidung des Landessozialgerichts (LSG) blieben ohne Erfolg. Das LSG führte aus, der Zuschlag sei 2019 zum Ausgleich von Fall-

zählungsverlusten eingeführt worden, die aufgrund der im HVM geregelten Berechnungswerte bei Jobsharing-Praxen nicht auftreten würden. Zudem sei die für das Jobsharing geltende Leistungsbegrenzung mit einem BAG-Zuschlag nicht zu vereinbaren und auch aus der Systematik des HVM folge die Unanwendbarkeit der Bestimmungen zum Zuschlag.

Diese Entscheidung wurde vom BSG-Senat kassiert. Die entsprechende HVM-Vorschrift sei reversibles Recht, weil in mindestens in einem weiteren KV-Bezirk inhaltsgleiche Vorschriften gälten. Nach der entsprechenden HVM-Regelung werde das praxisbezogene RLV bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent erhöht. Die klägerische Praxis gehöre zu Praxen mit angestellten Ärzten, die nicht von dem Zuschlag ausgeschlossen sei. Eine solche Einschränkung könne zwar ohne Verstoß gegen höherrangiges Recht im HVM geregelt werden. Der betroffene HVM enthalte eine solche einschränkende Regelung jedoch nicht und auch unter systematischen Gesichtspunkten sowie unter Berücksichtigung von Sinn und Zweck sei eine vom Wortlaut abweichende Auslegung nicht zu begründen. Der Umstand, dass für die Ermittlung des praxisbezogenen RLV für Jobsharing-Anstellungen besondere Regelungen gelten und für den ‚Juniorpartner‘ kein eigenes RLV gebildet werde, rechtfertige keine

andere Beurteilung. Ausgangspunkt für die Erhöhung des RLV um 10 Prozent sei allein das RLV der Arztpraxis. Über ein solches verfügen auch Jobsharing-Praxen. Der HVM mache den Zuschlag nicht davon abhängig, wie das praxisbezogene RLV ermittelt wurde.

Zudem könne die KV ihre Auffassung auch nicht mit Erfolg darauf stützen, dass bei Jobsharing-Praxen keine ‚Fallzählungsverluste‘ auftreten würden, die auszugleichen seien. Das folge bereits daraus, dass auf der Grundlage des §87b Absatz 2 S.2 SGB V und des Teils D der Vorgaben der KBV gemäß §87b Absatz 4 geregelten sogenannten BAG-Zuschlag der Förderung von Kooperationen dienen und deshalb nicht auf das Ziel eines Ausgleichs von Fallzählungsverlusten reduziert werden könne. Außerdem könne auch nicht eingewandt werden, dass Jobsharing-Konstellationen angesichts der für diese geltenden besonderen Regelungen zur Leistungsbegrenzung von der Zuschlagsregelung nach Sinn und Zweck nicht erfasst werden sollten. Die Begrenzung des Umfangs der von Jobsharing-Praxen abrechenbaren Leistungen stehe eine Erhöhung des Anteils der innerhalb des RLV zum vollen Punktwert vergüteten Leistungen nicht entgegen. Das zeige auch die Verwaltungspraxis anderer KVen, die Jobsharing-Praxen auf der Grundlage einer inhaltsgleichen Regelung im HVM nicht vom Anspruch auf den Kooperationszuschlag ausschließen.

Urteil des BSG vom 17.03.2021 – Aktenzeichen B 6 KA 32/19 R

Konsequenzen der Überschreitung der Jobsharing-Obergrenze

Honorarabrechnungen oberhalb der vom Zulassungsausschuss festgesetzten Obergrenzen einer Jobsharing-Praxis sind sachlich-rechnerisch zu berücksichtigen, Honorarzahlforderungen oberhalb der Obergrenze sind zurückzufordern. Mit dieser Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) wurde die Klage einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) gegen die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH) endgültig zurückgewiesen. Die Praxis hatte sich gegen sachlich-rechnerische Berichtigungen wegen Überschreitung der Jobsharing-Obergrenzen für die Quartale IV/2004 bis III/2009 (Leistungsjahre 6 bis 10 nach Beginn des Jobsharings) gewandt. Der Zulassungsausschuss hatte das Gesamtpunktvolumen auf der Grundlage der Aufsatzquartale IV/1997 bis II/1998 festgesetzt. Anträge auf Anpassung des Gesamtpunktvolumens blieben erfolglos.

Bereits Widerspruch und Klage blieben erfolglos. Die Berufung hatte insoweit Erfolg, als das Landessozialgericht (LSG) die Berechnung der Rückforderung beanstandete und niedrigere Rückforderungsbeträge festsetzte. Die KVH hatte zur Berechnung der Rückforderung die Über- und Unterschreitungen der quartalsbezogenen Obergrenze für jedes Leistungsjahr saldiert und den Saldo mit einem aus den Punktwerten der vier Quartale des Leistungsjahres gebildeten Mischpunktwert multipliziert.

Nach der Entscheidung des LSG sind die Über- und Unterschreitungen mit dem im jeweiligen Quartal geltenden Punktwert zu multiplizieren und erst so die ermittelten Honorarbeträge je Leistungsjahr zu saldieren. Die BAG verfolgte ihr Ziel mit der Revision weiter, weil

Jörg Hohmann

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

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



Foto: Hohmann

belegärztliche Leistungen der Fachgruppe nicht berücksichtigt worden seien. Die Honorarberichtigung sei aus Vertrauensschutzgründen unzulässig, weil die Ärzte die Anpassungsfaktoren nicht mitgeteilt hätten und die sachlich-rechnerische Berichtigung wegen Überschreitung der Jobsharing-Obergrenzen entgegen ihrer Ankündigung im Honorarbescheid nicht unmittelbar im Anschluss an das jeweilige Leistungsjahr vorgenommen wurden. Damit sei es nicht möglich gewesen, eine Überschreitung der Jobsharing-Obergrenzen zu erkennen und sich darauf einzurichten.

Der BSG-Senat verwarf die Revision und stellte fest, dass Überschreitungen der Obergrenzen des Jobsharings sachlich-rechnerisch zu berichtigen und Honorarzahlforderungen oberhalb der Obergrenzen zurückzufordern seien. Die beklagte KV sei an die Festsetzung der Obergrenze des Wachstums der Praxis durch die Zulassungsgremien gebunden und habe dieser Bindung korrekt Rechnung getragen.

Maßgebliche Anpassungsfaktoren habe die KV zutreffend ermittelt. Die Einbeziehung der belegärztlichen Leistungen in die Ermittlung der Abrechnungswerte der Fachgruppe sei nicht geboten, weil die Allgemeinärzte, die nicht belegärztlich tätig seien, die für die BAG maßgebliche Fachgruppe bildeten. Auch einer Berücksichtigung von Änderungen des EBM zum 1. April 2005 bzw. 1. Januar 2008 im Wege der begehrten Transcodierung hätte es nicht bedurft.

Auch Vertrauensschutz stehe den sachlich-rechnerischen Berichtigungen nicht entgegen. Die Frist für den Erlass der Berichtigungsbescheide habe die KV gewahrt und auch zu keinem Zeitpunkt bei der BAG den Eindruck erweckt, sie müsse nicht mehr mit einer Korrektur rechnen. Vertrauensschutz ergebe sich auch nicht aus dem Umstand, dass die KV die Anpassungsfaktoren erst mit den Berichtigungsbescheiden mitgeteilt habe. Der BAG habe bewusst sein müssen, wie deutlich sie jeweils die mit dem Jobsharing verbundenen Obergrenzen überschritten habe.

Ergänzend wies der Senat darauf hin, dass er auch die Auffassung des LSG für richtig halte, dass die Rückforderung durch Multiplikation der für das jeweilige Quartal ermittelten Überschreitung der Obergrenzen in Punkten mit dem jeweiligen Quartalspunktwert zu berechnen sei. Die Bildung eines Mischpunktwertes bezogen auf jeweils ein Jahr, wie sie die KVH ursprünglich für richtig gehalten habe, werde dem Quartalsbezug der vertragsärztlichen Abrechnung nicht gerecht.

Urteil des BSG vom 14.07.2021 – Aktenzeichen B 6 KA 12/20 R

Aktuelles zum Arztrecht vom BNC-Justiziar

Leserfrage: CPM auf Kassenrezept – Was tun bei Streit mit den Kostenträgern?

Motorbetriebene Bewegungsschienen können nach Eingriffen an Schulter- oder Kniegelenk dazu beitragen, den alltagsrelevanten Bewegungsumfang zu verbessern. Sie können daher ohne Weiteres zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden, wie der Gemeinsame Bundesausschuss zuletzt 2019 klargestellt hat.

Von Jörg Hohmann

Frage: Ich bin als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie D-Arzt in Niedersachsen tätig. In meiner Praxis führe ich unter anderem arthroskopische Operationen an Knie- und Schultergelenk durch. In der postoperativen Nachbehandlung meiner Patienten – insbesondere bei Versorgungen am Schultergelenk wie Refixation der Supraspinatussehne – ist eine Therapie mittels Bewegungsschiene inkludiert. In meinem eigenen Patientenkollektiv kann ich definitiv sagen, dass gerade am Schultergelenk, aber auch nach Operationen des vorderen Kreuzbandes am Kniegelenk, eine solche Nachbehandlung einen erheblichen Benefit für die Patienten bedeutet. Leider haben wir seit einigen Monaten erhebliche Probleme mit den Verordnungen der Bewegungsschienen bzw. des Bewegungsstuhls mit einer Krankenkasse. Kategorisch wird seit geraumer Zeit keine einzige der Verordnungen mehr genehmigt, sondern immer eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst erzwungen. Bis hier eine Prüfung nach Aktenlage erfolgt ist, dauert es mehrere Wochen, teilweise auch Monate. Wir haben gute Erfahrungen z.B. mit der Firma DJO als Lieferant für die Bewegungsschienen gemacht. Dieser hat uns mitgeteilt, dass abgesehen von unserer Praxis kaum ablehnende Bescheide oder Prüfungen durch den Medizinischen Dienst erfolgen. Die Krankenkasse hat bislang nicht auf entsprechende Schreiben reagiert und scheint hier auf dem Rücken der Patienten wichtige Versorgungen nicht genehmigen zu wollen. Welche rechtlichen Schritte kann ich hier gegen die Kasse einleiten?

Antwort: Motorbetriebene Bewegungsschienen dienen der passiven Bewegung am Knie- und Schultergelenk nach Verletzung oder Schädigung des Gelenks. Die infrage kommenden Geräte sind im Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes unter Nr. 32 ‚Therapeutische Bewegungsgeräte‘ gelistet. Der Einsatz der Bewegungsschienen kann sowohl im Rahmen einer konservativen Behandlung, als auch nach operativen Eingriffen erfolgen. Voraussetzung ist, dass eine wesentliche funktionelle Beeinträchtigung eines Knie- oder Schultergelenkes vorliegt, bei der eine deutliche Verbesserung des alltagsrelevanten Bewegungsumfangs – trotz regelmäßiger Maßnahmen der physikalischen Therapie – nur durch die zusätzliche Anwendung einer motorbetriebenen Bewegungsschiene erreicht werden kann. Der Einsatz muss in ein entsprechendes Behandlungskonzept eingebunden sein. Diese Methode ist in den entsprechenden Praxen seit Jahren etabliert.

Immer wieder treten erhebliche Probleme mit den Verordnungen der Bewegungsschienen bzw. dem Bewegungsstuhl seitens einiger Krankenkassen auf. Teils werden die Verordnungen abgelehnt, teils werden diese nicht einfach genehmigt, sondern es werden Wochen oder Monate dauernde Prüfungen durch den Medizinischen Dienst erwirkt.

Dabei ist die Rechtslage klar: Der häusliche Einsatz motorbetriebener Bewegungsschienen nach Interventionen am Knie- oder Schultergelenk bleibt Kassenleistung. Dies geht aus dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ‚Richtlinie



Foto: DJO

Methoden vertragsärztliche Versorgung: Häuslicher Einsatz von motorbetriebenen Bewegungsschienen (continuous passive motion, CPM) nach Interventionen am Kniegelenk und am Schultergelenk' vom 20. Juni 2019 hervor, veröffentlicht im Bundesanzeiger am 4. September 2019 und am 5. September 2019 in Kraft getreten.

Grundsätzlich kann der G-BA prüfen, ob bestimmte vertragsärztliche Leistungen weiterhin zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden sollen. Auf Antrag des GKV-Spitzenverbandes hatte der G-BA eine solche Prüfung für den Einsatz motorbetriebener Bewegungsschienen nach Interventionen an Knie- und Schultergelenken durchgeführt. Im Ergebnis hat der G-BA die CPM-Schienen in die Anlage I ‚Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden‘ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, dort Nr. 31 aufgenommen und so für eine Verordnungs- und Erstattungsfähigkeit gesorgt.

Bereits zu Beginn der 2000er Jahre wurden große Übersichtsarbeiten zur CPM-Therapie publiziert, die neben positiven Effekten auf die Knorpelregeneration [1] belegen: „Durch die Gelenkbewegung wird die Blut- und Lymphzirkulation angeregt und Ergüsse oder Einblutungen schneller abgebaut. Dies kann auch einem Thromboserisiko entgegenwirken. Zudem werden durch die kontinuierliche Bewegung die Bänder gestärkt und die Bandheilung beschleunigt“ [2]. Leitlinien der orthopädischen und unfallchirurgischen Fachgesellschaften sowie weitere Fachliteratur empfehlen einheitlich den Einsatz von CPM-Motorbewegungsschienen bei den unterschiedlichsten Indikationen. In den tragenden Gründen zu dem oben genannten Beschluss hat der G-BA umfangreich den medizinischen Nutzen, die Bedeutung, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Methode festgestellt (siehe Kasten).

Somit können niedergelassene Ärzte CPM-Schienen auf einem Muster-16-Vordruck verordnen, im Krankenhaus tätige Ärzte können zur Sicherung des OP-Ergebnisses im Rahmen des Entlassmanagements bereits während des stationären Aufenthalts ihren Patienten CPM als Hilfsmittel für die nachstationäre Versorgung (häusliche Anwendung) verordnen. Grundlage dafür ist die 2. Änderungsvereinbarung zu dem bestehenden Rahmenvertrag zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Die Änderungsvereinbarung gilt ab dem 1.1.2019 und regelt in ihrem § 6 Absatz 3 Satz 3: „Für die unmittelbar im Zusammenhang mit einer Krankenhausentlassung erforderliche Versorgung mit Hilfsmitteln kann die Verordnung bereits vor dem Entlasstag erfolgen; in diesem Fall ist zusätzlich zur Angabe des Ausfertigungsdatums das voraussichtliche Entlassdatum im Verordnungsfeld anzugeben.“

Soweit Krankenkassen in solchen Fällen Anträge auf Übernahme der Kosten für eine verordnete CPM-Schiene verschleppen oder ablehnen, gibt es für diese Situation klare Empfehlungen:

1. Zunächst ist ein [Kostenübernahmeantrag durch den Versicherten](#) zu stellen. Nach § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V gilt eine beantragte Leistung als genehmigt, wenn eine Krankenkasse über den Leistungsantrag nicht innerhalb von drei Wochen bzw. bei Einschaltung

Jörg Hohmann

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

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



Foto: Hohmann

des Medizinischen Dienstes nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags entscheidet und diese Verzögerung nicht hinreichend begründet wird. Der Versicherte kann sich dann die Leistung selbst beschaffen und Ersatz für die Mietkosten – zumindest bis zur Entscheidung der Krankenkasse – verlangen (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 26.05.2020 – Aktenzeichen B 1 KR 9/18).

- 2. Widerspruch einlegen.** Der Ablehnung möglichst sofort schriftlich widersprechen. Zur Begründung kann auf den oben genannten Beschluss des G-BA und auch auf ein Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 25.05.2011 – Aktenzeichen S 73 KR 1416/09 – verwiesen werden.
- Soweit die CPM-Schiene schnellstmöglich zur Verfügung stehen soll, um den Erfolg der Behandlung nicht zu gefährden, kommt die **Beantragung einer einstweiligen Anordnung** beim zuständigen Sozialgericht vor Ort in Betracht.
- Bleibt die Kasse bei der Ablehnung, ist es möglich und zumeist auch erfolgversprechend, bei dem beim zuständigen Sozialgericht vor Ort eine **Verpflichtungsklage** zu erheben. ◀

Literatur

- O'Driscoll SW, Giori NJ. Continuous passive motion (CPM): theory and principles of clinical application. J Rehabil Res Dev. 2000 Mar–Apr;37(2): 179–88. Erratum in: J Rehabil Res Dev 2001 Mar–Apr; 38(2): 291. PMID: 10850824.
- Michael, J. W.-P. et al. Effektivität der postoperativen Behandlung mittels motorisierter Bewegungsschienen (CPM) bei Patienten mit Ruptur der Rotatorenmanschette. Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie 2005; 143 (04): 438–445, DOI: 10.1055/s-2005-836806

Eindeutige Rechtslage: [Das sagt der G-BA zu CPM-Schienen](#)

So lautet das Fazit des G-BA: „Nach erfolgter Prüfung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und positiver Feststellung von Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit gemäß § 135 Absatz 1 SGB V darf die folgende Methode in der vertragsärztlichen Versorgung weiterhin zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden: Häuslicher Einsatz von motorbetriebenen Bewegungsschienen (CPM) zur konservativen Behandlung oder nach operativen Eingriffen am Kniegelenk und am Schultergelenk. Der Einsatz motorenbetriebener Bewegungsschienen ist indiziert, wenn ein alltagsrelevanter Bewegungsumfang des betroffenen Gelenks trotz regelmäßig einzusetzender Maßnahmen der physikalischen Therapie (insbesondere Krankengymnastik) und der erlernten Eigenübungen der Patientin oder des Patienten nur durch die zusätzliche Anwendung dieser Schienen erreicht werden kann.“

Kurzlink zum Beschluss des G-BA: <https://tinyurl.com/4ka48jt8>

Aktuelles zum Arztrecht vom BAO-Justiziar

Geimpft oder nicht geimpft – diese Frage beschäftigt derzeit viele Praxen

Die demnächst geltende sektorale Impfpflicht für Unternehmen und Einrichtungen im Gesundheitswesen ist streng genommen eine Immunisierungspflicht. Doch im Endeffekt bedeutet sie, dass Angestellte und Praxisinhaber ab dem 16. März 2022 gegen Corona geimpft sein müssen um die gesetzlichen Vorgaben zu erfüllen.

Von Dr. Maximilian Koddebusch und Dr. Ralf Großbötting

Erst vor wenigen Wochen hat das Bundesverfassungsgericht die grundlegenden gesetzgeberischen Maßnahmen der Vergangenheit zur Eindämmung der Corona-Pandemie in Gestalt des flächendeckenden Lockdowns als grundgesetzkonform abgesegnet. Diesen Rückenwind nutzt nun die Ampel-Koalition, um neuartigen Virusvarianten und hohen Inzidenzwerten mit weiteren Maßnahmen entgegenzutreten.

Die kürzlich noch rigoros und parteiübergreifend abgelehnte allgemeine Impfpflicht wird noch kontrovers diskutiert. Was es dagegen bereits gibt, ist die sektorenbezogene Impfpflicht für Unternehmen und Einrichtungen der Gesundheitsbranche. Den grundlegenden Gedanken hinter dieser sektoralen Pflicht skizziert der Gesetzgeber im Entwurf des mittlerweile verkündeten Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 wie folgt: „Dem Personal in den Gesundheitsberufen und Berufen, die Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen betreuen, kommt eine besondere Verantwortung zu, da es intensiven und engen Kontakt zu Personengruppen mit einem hohen Risiko für einen schweren, schwersten oder gar tödlichen COVID-19-Krankheitsverlauf hat. Ein verlässlicher Schutz vor dem Coronavirus SARS-CoV-2 durch eine sehr hohe Impfquote bei dem Personal in diesen Berufen ist besonders wichtig, denn so wird das Risiko gesenkt, dass sich die besonders vulnerablen Personengruppen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizieren.“ (Bundestags-Drucksache 20/188, S. 2)

Wenngleich das Gesetz bereits seit dem 12.12.2021 gilt, ist die Verunsicherung in Arztpraxen nach wie vor enorm: Welche Auswirkungen sind in meiner Praxis zu erwarten? Kann ich auf andere Impfstoffe warten? Bin ich als Praxisinhaberin für meine Mitarbeiter verantwortlich? Ob und inwiefern die in das Infektionsschutzgesetz (IFSG) implementierten Regelungen verfassungskonform oder grundgesetzwidrig sind, kann nur das Bundesverfassungsgericht entscheiden. Allein diesem Gericht kommt eine Normenverwerfungskompetenz zu. Angesichts der Tragweite der Vorgaben und der Vielzahl betroffener Grundrechtsträger ist auch davon auszugehen, dass das Bundesverfassungs-

gericht die Gelegenheit erhalten wird, sich hierzu zu äußern. Bis dahin können jedoch noch einige Monate vergehen. Solange die gesetzlichen Regelungen nicht höchstrichterlich gekippt werden, ist das Gesetz in der Welt und daher auch anzuwenden. Vor diesem Hintergrund tut jeder Arzt und jede Ärztin gut daran, sich mit dessen Inhalten vertraut zu machen und sich auf dessen Umsetzung vorzubereiten.

Vorbehaltlich der näheren Ausformungen des Gesetzes durch erste arbeits- und verwaltungsgerichtliche Entscheidungen seien nachfolgend einige Schlaglichter auf sich aufdrängende Fragen geworfen, die in der Beratungspraxis der Verfasser bereits regelmäßig auftauchen.

Gilt die Impfpflicht überhaupt für die Arztpraxis?

Ja, unter die in den Geltungsbereich einbezogenen Einrichtungen fallen unter anderem auch Arzt- und Zahnarztpraxen (§ 20a Abs. 1 S. 1 Nr. 1 Buchst. h) IFSG).

Was bedeutet ‚Impfpflicht‘?

Der Alltagsbegriff ‚Impfpflicht‘ ist ein wenig irreführend: Konkret müssen nach den gesetzlichen Vorgaben Personen, die in den Anwendungsbereich des insoweit grundlegenden § 20a Abs. 1 IFSG fallen, „entweder geimpfte oder genesene Personen“ nach näherer Maßgabe der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in deren jeweils geltender Fassung sein. Das gilt dann nicht, wenn eine Person aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus geimpft werden kann. Wegen der Einbeziehung auch genesener Personen liegt eher eine Immunisierungs- als eine Impfpflicht vor.

Streng genommen ließe sich die Pflicht nämlich auch durch einen fortlaufenden Genesenenstatus erfüllen, was indes die unrealistische Situation ständig wiederkehrender Infektionen voraussetzen würde. Die Impfung ist dagegen der einzige Weg, um die geforderte Immunisierung aktiv ohne Infektionsnotwendigkeit und damit nachhaltig und eigenständig herbeiführen zu können. So betrachtet ist der Begriff ‚Impfpflicht‘ also wiederum durchaus nachvollziehbar.



Ab wann gilt die Impfpflicht?

Das die Impfpflicht vermittelnde Gesetz ist bereits am 12.12.2021 in Kraft getreten. Jeder, der in einer Gesundheitseinrichtung tätig wird, muss eine geimpfte oder eine genesene Person sein. Diese Regelungswirkung gilt aber erst ab dem 15.03.2022. Ab diesem Tag muss also jeder, der in einer Arztpraxis arbeitet, geimpft oder genesen sein, wenn er nicht ausweislich eines ärztlichen Zeugnisses wegen einer medizinischen Kontraindikation nicht impfbar ist.

Dürfen Ungeimpfte ab 16.3.2022 nicht mehr arbeiten?

Diese Frage muss differenziert beantwortet werden. Mittlerweile kristallisiert sich eine Auslegung der gesetzlichen Vorschriften als herrschendes Verständnis heraus, die folgende Systematik vorgibt:

a) Neue Tätigkeit. Personen, die ab dem 16.03.2022 neu in einer Arztpraxis tätig werden sollen, dürfen dies nicht ohne Immunisierungsnachweis. Die Impfpflicht jedenfalls in Bezug auf diese Personen ist nach dem Willen des Gesetzgebers als „gesetzliche Tätigkeitsvoraussetzung“ (Bundestags-Drucksache 20/188, S. 40) ausgestaltet. Infolgedessen ist die zugrundeliegende gesetzliche Vorgabe in § 20a Abs. 3, Sätze 4 und 5 IFSG, ganz eindeutig und lässt keinen Spielraum für Interpretationen: Eine Person, die keinen Nachweis einer Immunisierung und kein ärztliches Zeugnis darüber vorlegt, dass sie aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden kann, darf nicht in einer Arztpraxis beschäftigt oder tätig werden. Wer über keinen Nachweis verfügt, darf natürlich erst recht nicht tätig werden.

Es bedarf hinsichtlich solcher Personen keiner gesonderten Untersagungsverfügung durch das Gesundheitsamt oder eine sonstige öffentliche Stelle. Die gesetzliche Pflicht wirkt aus sich heraus und muss nicht individuell angeordnet werden. Das heißt im Umkehrschluss, dass die Eingehung von neuen Anstellungsverhältnissen ab dem 16.03.2022 nur dann erfolgen sollte, wenn die einzustellende Kraft über die notwendige Immunisierung verfügt.

b) Vorbestehende Tätigkeit. Anders verhält es sich mit Personen, die bereits vor dem 15.03.2022 in der ärztlichen Praxis beschäftigt waren. Diese Personen müssen der Leitung der Arztpraxis bis zum Ablauf des 15.03.2022 einen entsprechenden Immunisierungsnachweis oder ein Zeugnis über eine medizinische Impfkongtraindikation vorlegen. Legt eine Mitarbeiterin keinen derartigen Nachweis vor, hat eine Praxisinhaberin als Leitung der betreffenden Arztpraxis unverzüglich nach dem Ablauf des 15.03.2022 das lokal zuständige Gesundheitsamt hierüber unter Übermittlung der betreffenden personenbezogenen Daten zu benachrichtigen. Infolge dieser Benachrichtigung kann das Gesundheitsamt selbst Nachweise von dieser Mitarbeiterin anfordern oder, bei Zweifeln an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit an einem ärztlichen Zeugnis über eine Impfungskongtraindikation, eine ärztliche Untersuchung zur Überprüfung anordnen.

Werden keine Nachweise vorgelegt oder wird der Anordnung zur Vornahme einer ärztlichen Untersuchung nicht Folge geleistet, kann das Gesundheitsamt im nächsten Schritt untersagen, dass die betref-

Dr. Maximilian Koddebusch

Rechtsanwalt, KWM LAW
Albersloher Weg 10c
48155 Münster
Tel.: 0251 53599-0
Fax: 0251 53599-10
koddebusch@kwm-law.de
www.kwm-law.de



Foto: kwm

Dr. Ralf Großbörling

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht
KWM LAW
Unter den Linden 24/Friedrichstr. 155-156
10117 Berlin
Tel.: 030 206143-3
Fax: 030 206143-40
grossboelting@kwm-law.de
www.kwm-law.de



Foto: Großbörling

fende Mitarbeiterin die Arztpraxis weiterhin betritt oder darin tätig wird. Die Informationspflicht der Leitung der Arztpraxis gegenüber dem Gesundheitsamt gilt übrigens nicht nur für beschäftigtes Personal, sondern auch für die leitende Praxisinhaberin selbst, weil das Gesetz insoweit lediglich auf die Tätigkeit in der Praxis Bezug nimmt und kein Anstellungsverhältnis voraussetzt (siehe auch weiter unten).

Erfüllt eine Erstimpfung die Voraussetzungen?

Nein, jedenfalls nicht unter Berücksichtigung der bislang zugelassenen Impfstoffe. Der notwendige Impfnachweis ist nach § 2 Nr. 3 der bereits angesprochenen COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung – leicht verkürzt – ein Nachweis hinsichtlich des Vorliegens eines vollständigen Impfschutzes gegen das Coronavirus, wenn die zugrunde liegenden Schutzimpfungen den vom Paul-Ehrlich-Institut (PEI) im Benehmen mit dem Robert Koch-Institut (RKI) im Internet [1] veröffentlichten Vorgaben hinsichtlich der dort näher benannten Kriterien entsprechen. Die Verordnung verweist also explizit auf die Veröffentlichungen auf der vorzitierten Internetseite des PEI.

Die dort hinterlegten Anforderungen für den vollständigen Impfschutz sehen derzeit – Stand 26.01.2022 – ausnahmslos eine zweifache Impfung vor. Die zulässigen Kreuzimpfungen der Impfstoffe verschiedener Hersteller sowie die zu wählenden Intervallzeiten sind dort ebenfalls veröffentlicht. Das bedeutet insbesondere für Personen, die derzeit lediglich einmal mit dem Impfstoff des Herstellers Janssen-Cilag/Johnson & Johnson geimpft worden sind, dass dieser Impfstatus den rechtlichen Anforderungen nicht mehr gerecht wird. Hierbei handelt es sich um eine kommunikative Kehrtwende, da der Impfstoff dieses Herstellers ursprünglich unter der Prämisse verabreicht worden war, dass eine einmalige Impfung hiermit für die Herstellung des vollständigen Impfschutzes ausreiche.

Muss der Immunisierungsstatus im März 2022 einmalig dokumentiert werden oder ist dies eine laufende Pflicht?

Die Nachweise, mit denen die Immunisierung einer Person belegt wird, können zeitlich begrenzt werden. Auf der für die Regelung der Impfung vorgesehenen Internetseite des PEI [1] ist aktuell – Stand 26.01.2022 – lediglich ein Hinweis hinterlegt, dass „noch keine Angaben zu Auffrischimpfungen und entsprechenden Intervallzeiten veröffentlicht“ sind. Es ist aber damit zu rechnen, dass hier in Kürze nähere Informationen publiziert werden, die dann als Richtschnur für die Erforderlichkeit etwaiger weiterer Impfungen gelten. Mit Blick auf Genesenennachweise sind dagegen gemäß § 2 Nr. 5 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung die Verlautbarungen des RKI [2] maßgeblich.

Der Genesenenstatus hängt hiernach von dem Datum des positiven PCR-Tests ab. Das Datum der Testabnahme muss mindestens 28 Tage und darf höchstens 90 Tage zurückliegen. Nur innerhalb dieses Zeitkorridors kann man als genesene Person gelten. Soweit ein Impf- oder Genesenennachweis ab dem 16.03.2022 seine Gültigkeit verliert, muss innerhalb eines Monats ab dem Ablaufdatum ein neuer Nachweis vorgelegt werden. Dieser Nachweis ist – wie auch der Ersteinachweis – bei der Leitung der Arztpraxis einzureichen, die ihrerseits das Gesundheitsamt zu verständigen hat, wenn ein fälliger Folgenachweis nicht binnen der geltenden Monatsfrist vorgelegt worden ist. Daraus folgt, dass ein Praxisinhaber den Immunisierungsstatus seiner Angestellten stets im Auge behalten muss. Insoweit ist es ratsam, ein Immunisierungsverzeichnis anzulegen und dieses fortlaufend zu aktualisieren.

Kann man auf die Zulassung der Totimpfstoffe warten?

Ein solches Warten ist mit Blick auf die klaren gesetzlichen Regelungen hoch risikoreich. Bevor es Totimpfstoffe wie insbesondere derjenige des Herstellers Valneva auf die maßgebliche Veröffentlichungsdomain des PEI schaffen, muss die arzneimittelrechtliche Zulassung erteilt worden sein. Erst wenn die Totimpfstoffe die notwendigen Zulassungsverfahren durchlaufen und formell in die beim PEI geführte Liste aufgenommen worden sind, kann mit ihnen der Impfnachweis erworben werden.

Ob und wann die Zulassungen erteilt werden, ist derzeit nicht absehbar. Wenngleich der Hersteller Valneva nach eigenen Angaben mit einer Zulassung noch im ersten Quartal 2022 rechnet, muss der Impfstoff selbst noch geliefert werden. Ferner müssen gegebenenfalls mehrere Impfungen verabreicht werden, bis der vollständige Impfschutz erreicht ist. Auch die für die Impfungen anderer Hersteller vorgesehene ‚Wirkdauer‘ von 14 Tagen nach der Verabreichung der letzten Einzelimpfung dürfte gewahrt werden müssen.

Angesichts dieser Unwägbarkeiten kann ein Warten auf den neuen Impfstoff daher dazu führen, dass eine Immunisierung zum 15. März 2022 und damit die Erfüllung der Impfpflicht nicht mehr fristgerecht möglich ist.

Gilt die Impfpflicht auch für Praxisinhaber?

Auch Inhaber einer ärztlichen Praxis unterliegen der Impfpflicht. Die Impfpflicht ist gerade keine arbeitsrechtliche Regelung, sondern eine Vorgabe aus dem Infektionsschutzgesetz. Die Verankerung der Normen im Infektionsschutzrecht zeigt bereits die Zielrichtung: Es geht insoweit um eine Abwehr von Gefahren für die Allgemeinheit. Aus diesem Grund wäre die formale Anknüpfung an das Bestehen eines Arbeitsverhältnisses nicht sinnvoll gewesen. Folgerichtig muss nicht nur jeder Arbeitnehmer eine geimpfte oder eine genesene Person sein, sondern jede Person, die in einer Arztpraxis ab dem 15.03.2022 tätig wird. Es bedarf also nur eines ‚Tätigwerdens‘ und nicht eines formalen Beschäftigungsverhältnisses.

Tätig in diesem Sinne wird auch ein Praxisinhaber. Hieraus folgt außerdem, dass die Pflicht des Praxisinhabers, Informationen über nicht immunisierte Personen, die in seiner Praxis tätig werden, an das Gesundheitsamt zu übermitteln, ihn selbst einschließt. Erfüllt ein Praxisinhaber also selbst nicht die Immunisierungspflicht, hat er auch dies dem Gesundheitsamt mitzuteilen.

Wie verhält es sich mit Dienstleistern?

Auch diesbezüglich gilt, dass die Impfpflicht nicht an das Vorliegen eines Arbeitsverhältnisses anknüpft, sondern an die Tätigkeit in der ärztlichen Praxis. Es ist daher ohne Bedeutung, in welchem Rechtsverhältnis derjenige, der in der Praxis arbeitet, zum Praxisinhaber steht. Hierzu aus der Gesetzesbegründung: „Die Art der Beschäftigung (Arbeitsvertrag, Leiharbeitsverhältnis, Praktikum, Beamtenverhältnis etc.) ist ohne Bedeutung. Bei den erfassten Personen handelt es sich beispielsweise um medizinisches bzw. Pflege- und Betreuungspersonal [...], aber auch andere dort tätige Personen wie zum Beispiel Hausmeister oder Transport-, Küchen- oder Reinigungspersonal. Erfasst sind auch Auszubildende, Personen, welche ihren Freiwilligendienst [...] ableisten, ehrenamtlich Tätige, Praktikanten sowie Zeitarbeitskräfte.“ (Bundestags-Drucksache 20/188, S. 38)

Muss also jede Person, die die Praxis betritt, immunisiert sein?

Nein. Die Impfpflicht gilt zum einen nicht für die in der Arztpraxis behandelten Patienten. Zum anderen gibt es eine weitere Einschränkung: „Erfasst werden nicht nur zeitlich ganz vorübergehend (nicht nur jeweils wenige Minuten, sondern über einen längeren Zeitraum) in den Einrichtungen und Unternehmen tätige Personen.“ (Bundestags-Drucksache 20/188, S. 38) Bezweckt wird mit dieser mehrdeutigen und daher eher unglücklichen gesetzgeberischen Formulierung ein Ausschluss von Personen, die – wie etwa Briefträger, Laborkuriere oder Paketdienste – die Praxis lediglich für wenige Minuten betreten, diese aber nach Verrichtung ihrer Aufgaben umgehend wieder verlassen.

Ist das Homeoffice eine Alternative?

Wenn sichergestellt ist, dass eine Person ab dem 16.03.2022 ausschließlich aus dem von der Praxis räumlich getrennten Homeoffice

arbeitet, wird man diese Person nicht als in einer Arztpraxis tätige Person qualifizieren können. Die Erledigung von in einer Arztpraxis typischerweise anfallenden Arbeiten dürfte jedoch kaum ohne Einschränkungen aus dem Homeoffice heraus möglich sein.

Allenfalls für nicht immunisierte Verwaltungs- oder Abrechnungskräfte kann das Homeoffice daher ein Lösungsansatz sein; eine Sprechstundenassistentin dagegen wird ihre Arbeit kaum von zu Hause aus verrichten können. Auch für Angestellte, bei denen eine Homeoffice-Tätigkeit grundsätzlich denkbar ist, muss aber gewährleistet sein, dass diese die Praxis fortan nicht mehr betreten, um dort zu arbeiten, da ansonsten auch diesbezüglich die Pflicht zur Information des Gesundheitsamtes greift.

Was passiert mit dem Arbeitsverhältnis von Ungeimpften?

Wer keinen Immunisierungsnachweis vorlegen kann, darf ab dem 16.03.2022 nicht mehr neu seine Tätigkeit in einer Arztpraxis aufnehmen. Das dürfte auch für Praxisneueröffnungen gelten, wenn der Inhaber der neu gegründeten Praxis nicht über einen entsprechenden Impfschutz verfügt. Über Personal, das dem Inhaber einer Praxis keinen Immunisierungsnachweis vorlegt, muss der Praxisinhaber dem Gesundheitsamt Bericht erstatten. Soweit keine behördliche Untersagung der Tätigkeit erfolgt, kann das Anstellungsverhältnis nach Auffassung der Verfasser wie bisher fortgeführt werden. Der betreffende Mitarbeiter erscheint zum Dienst und verrichtet – wie arbeitsvertraglich geschuldet – seine Tätigkeiten. Das ändert aber nichts daran, dass dieser Mitarbeiter seine gesetzliche Immunisierungspflicht verletzt.

Erlässt das Gesundheitsamt deswegen eine Verbotsverfügung gegen den Mitarbeiter, darf dieser – je nach dem konkreten Inhalt der Verbotsverfügung – die Praxis nicht mehr betreten oder darin nicht mehr tätig werden. Hiergegen lässt sich gegebenenfalls verwaltungsrechtlich vorgehen. Da die vorgesehenen Rechtsmittel des Widerspruchs und der Anfechtungsklage aber keine aufschiebende Wirkung gegen das Verbot entfalten, ändert die Einlegung solcher Rechtsmittel nichts an der Geltung der Untersagung, bis diese nicht aufgehoben worden ist.

Das Anstellungsverhältnis wird durch eine solche behördliche Verbotsverfügung zwar noch nicht beendet. Dazu bedürfte es einer Kündigung oder einer sonstigen Beendigung, etwa durch den Abschluss eines Aufhebungsvertrages. Da arbeitsrechtlich aber der Grundsatz „ohne Arbeit kein Lohn“ gilt, bleibt es nicht nur bei der fehlenden Arbeitsleistung. Der Mitarbeiter erwirbt kehrseitig auch keinen Gehaltsanspruch. Sobald der volle Impfschutz erlangt ist, darf und muss der Arbeitnehmer wieder zur Arbeit erscheinen, wenn das Anstellungsverhältnis nicht zwischenzeitlich beendet worden ist und das Gesundheitsamt infolge der zwischenzeitlich herbeigeführten Immunisierung – was zu erwarten wäre – seine Verbotsverfügung aufhebt.

Droht nicht-immunisierten Arbeitnehmern die Kündigung?

Sobald ein Arbeitnehmer mit einem behördlichen Tätigkeitsverbot belegt wird, ist es ihm rechtlich untersagt, seine Tätigkeit weiterhin zu verrichten. Arbeitnehmer, die in der Praxis nicht eingesetzt wer-

den dürfen, sind für einen Arbeitgeber allenfalls kurzfristig tragbar, danach aber nicht mehr. Da zwischen dem Inkrafttreten des Gesetzes am 12.12.2021 und dem Wirkungsdatum der Impfpflicht am 15.03.2022 ausreichend Zeit für die eigene Immunisierung bleibt, hat es jeder Arbeitnehmer selbst in der Hand, die ab diesem Tag greifende Immunisierungspflicht zu erfüllen.

Kommt ein Arbeitnehmer der Immunisierungspflicht nicht nach und erhält er infolgedessen eine behördliche Tätigkeitsuntersagung oder ein Praxisbetretungsverbot, wird der Arbeitgeber kaum um eine Kündigung umhinkommen und juristisch voraussichtlich auch berechtigt sein, eine solche auszusprechen. Insoweit werden jedoch immer die Umstände des Einzelfalls zu berücksichtigen sein.

Droht eine Sperrzeit für das Arbeitslosengeld?

Es ist durchaus denkbar, dass Arbeitnehmer, die wegen einer nicht fristgerecht herbeigeführten Immunisierung und eines darauf fußenden behördlichen Tätigkeitsverbots gekündigt werden, für den sich an das Ende des Anstellungsverhältnisses anschließenden Bezug von Arbeitslosengeld eine Sperrzeit hinnehmen müssen. Hintergründig ist, dass die ausgesprochene Kündigung im Regelfall eine verhaltensbedingte Kündigung sein dürfte. Da der Arbeitnehmer den Kündigungsgrund durch die Nichtbefolgung der gesetzlichen Frist eigenverantwortlich gesetzt hat, kann sich die zuständige Agentur für Arbeit so positionieren, dass die für solche Fälle vorgesehene Sperrzeit zu verhängen ist.

Welche Maßnahmen drohen bei weiterer Tätigkeit ohne Immunisierung?

Wer in einer Arztpraxis entgegen einer vollziehbaren behördlichen Tätigkeitsuntersagung tätig wird, begeht eine Ordnungswidrigkeit, die in jedem Einzelfall mit einem Bußgeld in Höhe von bis zu 2.500,00 Euro sanktioniert werden kann. Ordnungswidrig handeln überdies auch Praxisinhaber, die es unterlassen, die personenbezogenen Daten der bei ihnen tätigen nicht-immunisierten Personen an das Gesundheitsamt weiterzugeben.

Ungeachtet dieser repressiven Dimension potenzieller Sanktionsinstrumente handelt es sich bei den gesetzlichen Verboten und den Anordnungen der Gesundheitsämter um Regelungen aus dem Gefahrenabwehrrecht, deren Einhaltung von der jeweils zuständigen Stelle auch durchgesetzt werden kann. Man spricht diesbezüglich vom Verwaltungsvollstreckungsverfahren, in dem beispielsweise Zwangsgelder verhängt werden können. Die Verwaltungsbehörde kann nach ihrem Ermessen die Ebene rein monetärer Instrumentarien auch verlassen und zur Durchsetzung von Tätigkeitsverboten sogar unmittelbaren Zwang anwenden. Auch eine zwangsweise Praxisschließung erscheint in diesem Lichte durchaus denkbar, wenn der Praxisinhaber selbst Adressat der Verbotsverfügung ist. ◀

Liste der zitierten Links:

1. www.pei.de/impfstoffe/covid-19
2. www.rki.de/covid-19-genesenennachweis

Praxisteam

Medizinische Fachangestellte am Limit: Kann Corona-Bonus den Exit verhindern?

Als gerecht empfindet es fast niemand, dass bis dato nur Pflegekräfte in Kliniken mit einer Sonderprämie für ihre Leistungen in der COVID-19-Pandemie bedacht wurden. Doch auch die regulären Gehälter für MFA sind in Krankenhäusern oftmals deutlich attraktiver. Das verschärft den Fachkräftemangel in den Arztpraxen.

Von Antje Thiel

Die Botschaften auf den Plakaten sind unmissverständlich: „Wir sind am Puls. Sie auch, Herr Lauterbach?“, heißt es beispielsweise oder „Wir sind der Blutdruck unserer Praxen“. In einem weiteren Motiv (siehe unten) hievt eine Medizinische Fachangestellte (MFA) einen Sack Kohle und fordert damit – analog zu den Pflegekräften – einen Corona-Bonus für sich und ihre Kolleginnen und Kollegen.

Sieben verschiedene Plakatmotive hat die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) gestalten lassen, in denen sie nachdrücklich die Forderung nach mehr Wertschätzung für MFA unterstützt. Ärztinnen und Ärzte können die Plakate kostenlos auf der Website der KVWL herunterladen (siehe Kurzlink tinyurl.com/ypwfy2x), ausdrucken und z. B. in den Wartezimmern ihrer Praxen aufhängen. Von der KVWL hieß es dazu: „Unser Standpunkt ist klar: Ohne die Medizinischen Fachangestellten hätten wir in der Corona-Pandemie keine Chance. Sie sind eine elementare Stütze, um diese Krise gemeinsam

zu bewältigen. Deshalb müssen ihre Leistungen endlich anerkannt werden – erst recht von der Bundesregierung.“ Der KVWL-Vorstandsvorsitzende Dr. Dirk Spelmeyer ergänzte: „Warum sollte es beim steuerfinanzierten Corona-Bonus eine Unterscheidung zwischen den Pflegekräften in Krankenhäusern oder Altenheimen und den Medizinischen Fachangestellten geben? Das ergibt keinen Sinn. Wir sollten mit dieser Ungleichbehandlung nicht weitere Gräben schaffen, sondern lieber über gemeinsame Brücken gehen.“

Wertvolle Leistungen werden dauerhaft nicht anerkannt

Mit dieser Haltung ist die KVWL nicht allein – im Gegenteil. Seit Ende vergangenen Jahres macht der Verband Medizinischer Fachberufe (VMF) mobil, hat Brandbriefe an das Bundesgesundheitsministerium sowie die Gesundheitsministerkonferenz verfasst und mehrere Protestkundgebungen am Brandenburger Tor in Berlin organisiert. Die VMF-Vorsitzende Hannelore König mahnte, MFA in den niedergelassenen Praxen seien seit Beginn der Pandemie besonders belastet. Neben der ambulanten ärztlichen Versorgung kümmerten sie sich auch um die Versorgung von mehr als 90 Prozent der COVID-Patientinnen und -Patienten.

„Sie fangen die Überlastungen des öffentlichen Gesundheitswesens auf, sichern den Schutzwall vor den Kliniken, setzen die ständigen Änderungen in der Impf- und Teststrategie um, baden zudem die Kommunikationsfehler zwischen Wissenschaft und Politik aus. Denn die Anfragen ebenso wie Beschwerden und Drohungen dazu landen als erste Kontaktpersonen bei ihnen. 2020, 2021 wurden Boni an Kliniken und Pflegeeinrichtungen ausgeschüttet, 2022 sind weitere geplant. Nur das große Engagement der Beschäftigten in den Arzt- und Zahnarztpraxen in der Pandemie und ihre wertvollen Leistungen werden dauerhaft nicht anerkannt.“ Aktuell müssen Arztpraxen Corona-Sonderzahlungen aus eigenen Mitteln auszahlen. Die Frist für die Gewährung einer solchen steuer- und sozialabgabenfreien Prämie endet am 31. März 2022.



Foto: KVWL

Eines von insgesamt sieben Plakatmotiven, mit denen die KVWL um mehr Wertschätzung und Anerkennung für MFA wirbt

Ebenso wie der VMF sind auch unzählige Ärztekammern, KVen und die KBV-Vertreterversammlung sowie diverse ärztliche Berufsverbände der Auffassung, dass die Bundesregierung nicht nur dem Pflegepersonal in den Krankenhäusern, sondern auch den MFA in den Arztpraxen mit einem staatlichen Corona-Bonus für ihren Einsatz im Zuge der Corona-Pandemie danken sollte. In der Politik gibt man sich zwar grundsätzlich aufgeschlossen. So signalisierten die Landesgesundheitsminister bereits Anfang Dezember 2021 Unterstützung. Und auch Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach gab Mitte Januar bei der Bundespressekonferenz zu Protokoll, er halte einen staatlichen Bonus für MFA für „diskussionswürdig“ und sei hierzu im Austausch mit der KBV. Über den Stand dieser Gespräche dringt allerdings ebenso wenig nach außen wie über die mögliche Höhe eines solchen Bonus oder den genauen Kreis der Empfänger.

MFA ist der beliebteste Ausbildungsberuf unter jungen Frauen

Derweil verschärft sich der Fachkräftemangel im vertragsärztlichen Bereich: Immer mehr Arztpraxen müssen ihre Sprechzeiten reduzieren, weil sie nicht genug Personal haben – oder weil sie ihre bewährten Kräfte mit familienfreundlichen Arbeitszeiten davon abhalten wollen, lukrativere Jobangebote in Krankenhäusern anzunehmen. Denn dorthin wandern immer mehr qualifizierte MFA mittlerweile ab. Da hilft es auch nicht, dass die Ausbildung zur MFA aktuell auf Rang 1 der beliebtesten Ausbildungsberufe junger Frauen in Deutschland steht. Über 17.150 Ausbildungsverträge zur MFA seien laut Bundesinstitut für Berufsbildung im vergangenen Jahr abgeschlossen worden, meldete jüngst der Virchowbund.

Das sei zwar einerseits eine gute Nachricht, „denn wir brauchen den Nachwuchs dringend, um den Fachkräftemangel in den Arztpraxen abzufedern“, heißt in einer Mitteilung des Verbandes. Doch gleichzeitig wanderten zu viele der MFA, die mühsam in den Praxen qualifiziert würden, nach abgeschlossener Ausbildung zu Krankenkassen und in andere Berufe oder aber in die Kliniken ab. Das komplexe Vergütungssystem im Gesundheitswesen bevorteile die Krankenhäuser, sodass diese deutlich höhere Gehälter nach Ausbildungsende zahlen könnten, kritisierte der Virchowbund: „Auch die niedergelassenen Ärzte würden ihren MFA gerne wettbewerbsfähige Gehälter zahlen. De facto sind aber die wenigsten Praxen dazu in der Lage, da die seit Jahren stark steigenden Personalkosten schlicht nicht gegenfinanziert werden. Daran muss der Gesetzgeber schleunigst etwas ändern, anderenfalls werden zunehmend Praxen aus Personalmangel aufgeben müssen.“

Tatsächlich verweist der VMF auf eine Studie des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts (WSI) der Hans Böckler-Stiftung, wonach MFA zu den 50 Berufen mit einer besonders hohen Wahrscheinlichkeit für Stundenlöhne unter 12 Euro zählen, weil längst nicht alle Praxen nach Tarif zahlen. Daher hat der VMF eine Online-Umfrage gestartet, in der neben den tatsächlich gezahlten Gehältern auch abgefragt wurde, welche Perspektiven MFA für sich selbst in ihrem Beruf sehen. Die Umfrage lief bis Mitte Februar 2022, über die Ergebnisse werden wir in einer der nächsten Ausgaben berichten. ◀

Fortbildung: Termine für das Praxisteam

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

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

Information und Anmeldung:

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

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

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

Information und Anmeldung:

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

26. März – 21. Mai 2022, Stuttgart

7. Mai – 25. Juni 2022, Köln

3. September – 15. Oktober 2022, Hannover

Fachzertifikat – Ambulantes Operieren für Medizinische Fachangestellte und Medizinisches Assistenzpersonal

60-Stunden-Kurs auf Basis des Curriculums der Bundesärztekammer.

Inhalte u. a.: Rechtliche, medizinische und strukturelle Grundlagen, präoperatives Management, Infektionsprophylaxe, Medizinprodukte in der Anwendung

Information und Anmeldung:

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

15. Mai 2022, Tuttlingen

29. September 2022, Berlin

7. Dezember 2022, Bochum

Abschlusskolloquium bundesweite Blended-Learning- Kurse zur Hygienebeauftragten MFA

Nach den Richtlinien und dem Curriculum der DGKH. Abschluss mit dem Zertifikat ‚Hygienebeauftragte MFA‘. 5 Online-Lernmodule, 1 Präsenztage. Mitglieder des BNC und des BAO erhalten 20 % Rabatt auf die Kursgebühren!

Information und Anmeldung:

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

1. Juni 2022, Jena

Auffrischkurs 1 zum Erwerb der Sachkunde gemäß MPBetreibV für die Aufbereitung von Medizinprodukten

Inhalte u. a.: Multiresistente Erreger, Aufklärung von Infektketten, Routinekontrollen, Anwendung und Arbeitsschutz, Schwerpunkte bei Praxisbegehungen

Information und Anmeldung:

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

24. Juni 2022, Hamburg

30. September 2022, Köln

Kurs Aufbereitung von Medizinprodukten für MFA

Nach dem Curriculum der Bundesärztekammer. Nur 1 Tag statt 3 Tage Präsenz. Mitglieder des BNC und des BAO erhalten 20 % Rabatt auf die Kursgebühren!

Information und Anmeldung:

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

Praxismanagement

Sicher jonglieren mit den eigenen Zahlen: Controlling in der chirurgischen Praxis

Nur wer die betriebswirtschaftlichen Kennzahlen seiner Arztpraxis kennt, kann fundierte und strategisch sinnvolle Entscheidungen über Leistungsspektrum oder strategische Ausrichtung seines Betriebs treffen. Der versierte Umgang mit den erforderlichen Daten lässt sich in einer Reihe einfacher Schritte erlernen.

Von Dr. Bertram Wittrin und Kai-Uwe Groß

Praxiscontrolling – das klingt für viele nach drögen Zahlen und Erbsenzählerei, mit denen man nicht seine wertvolle ärztliche Arbeitszeit verschwenden möchte. Doch die wirtschaftliche Dynamik und steigende Anforderungen an chirurgische Praxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) erfordern ein effizientes Controlling, ohne das eine Arztpraxis wie auch jedes andere Unternehmen eine betriebswirtschaftliche Blackbox wäre.

Dabei kann es tatsächlich sogar spannend sein, sich mit den eigenen Zahlen auseinanderzusetzen. Schließlich liefern sie einem internen Aufschluss über die Finanz- und Liquiditätssituation sowie die Umsatz-, Gewinn- und Vermögenssituation. Ein externes Controlling wiederum verschafft einem Überblick über die Wettbewerbs- und Marktsituation, die Erlösentwicklung und das Kundenverhalten. In einer Arztpraxis beruht das Controlling zunächst auf der betriebswirtschaftlichen Auswertung (BWA) seitens der Steuerkanzlei. In dieser sind wichtige Kennzahlen ablesbar, darunter z.B. GKV- und Privatumsatz, Kostenstruktur und Liquidität.

Aus dem Praxisverwaltungssystem (PVS) wiederum lassen sich die abgerechneten Leistungen im GKV- und PKV-Bereich ermitteln. Ergänzt werden die Daten durch die Abrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV, jeweils quartalsweise mit sechs Monaten Nachlauf). Die vorhandenen wirtschaftlich relevanten Jahreskennzahlen lassen sich also wie folgt unterteilen:

Von der Steuerkanzlei

a. Aufstellung summatorischer Einzelkosten (Summen- und Saldenkonten, SuSa). Diese können auch für verschiedene Kostenstellen spezifisch dargestellt werden. Grundsätzlich lassen sich fixe und variable Kosten unterscheiden, zum Beispiel für:

- ▶ Anästhesie,
- ▶ Praxisbedarf, Medikamente, Material,
- ▶ Löhne und Gehälter,
- ▶ Gesetzliche Sozialaufwendungen, freiwillige soziale Aufwendungen (lohnsteuerfrei),
- ▶ Beiträge zur Berufsgenossenschaft,
- ▶ Versorgungskassen betriebliche Arbeitnehmerversorgung (BAV),
- ▶ Pauschale Steuer für Aushilfen,
- ▶ Miete für die Praxisräumlichkeiten sowie Garage bzw. Stellplatz,
- ▶ Gas, Strom und Wasser,
- ▶ Reinigung, ggf. Fremdreinigung,
- ▶ Instandhaltung betrieblicher Räume, sonstige Raumkosten,
- ▶ Versicherungen,
- ▶ Berufshaftpflicht,
- ▶ Beiträge/Gebühren (z.B. Gebühren für die KV),
- ▶ Nutzungsentgelt für externen OP.

b. Kosten (Gesamtausgaben) aus der betriebswirtschaftlichen Analyse (BWA) unter Zusammenführung der SuSa, zum Beispiel für:

- ▶ Praxis-/Laborbedarf,
- ▶ Personalkosten,
- ▶ Raumkosten,
- ▶ Gebühren, Beiträge und Versicherungen,
- ▶ Kraftfahrzeug,
- ▶ Fortbildungskosten,
- ▶ Krankenhausabgaben,
- ▶ Reparatur und Instandhaltung,
- ▶ Miete, Leasing und Wartung,
- ▶ Bürokosten,
- ▶ Sonstige Kosten.



Foto: Pixabay

c. Beispiel für verschiedene Umsätze:

- ▶ KV-Einnahmen,
- ▶ BG-Einnahmen,
- ▶ PKV-Einnahmen,
- ▶ Einnahmen aus individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL),
- ▶ Einnahmen aus Verträgen zur Integrierten Versorgung (IV).

d. Berechnung des Praxis-Gewinns: Dessen Summe ergibt sich aus den gesamten Praxisumsätzen abzüglich der Gesamtausgaben. Hier sind allerdings die Entnahmen des Praxisinhabers bzw. der Praxisinhaberin inklusive möglicher Risikoaufschläge und Investitionsrücklagebildungen auf der Kostenseite zusätzlich zu berücksichtigen.

Analyse der PVS-Daten

Aus der statistischen Aufbereitung der Daten aus dem Praxisverwaltungssystem (PVS) oder praxisinterner Erfassung ergeben sich die

a. Patientinnen- und Patientenzahlen:

- ▶ GKV-Patientinnen und -Patienten (Gesamtzahl, Neu-/Altpatienten)
- ▶ PKV-Patientinnen und -Patienten (Gesamtzahl, Neu-/Altpatienten)
- ▶ Spezifische Patientinnen und Patienten (mit Operation, IGeL, IV-Vertragsteilnehmer, etc.) und



Foto: Pixabay

b. Leistungszahlen:

- ▶ Leistungsstatistik, Leistungen pro Patient bzw. Patientin,
- ▶ Anzahl der Operationen,
- ▶ Anzahl spezifischer Leistungen (OP-, IV-Leistungen und IGeL etc.)

Schlussfolgerungen aus den Daten

Aus der Kombination der vorliegenden Daten entsteht ein differenziertes Abbild der Leistungsfähigkeit einer chirurgischen Praxis, welches auf ihrem Leistungsspektrum basiert. Rückblickend lassen ▶

Dr. Bertram Wittrin: Mein persönlicher Weg in der Niederlassung

Schon immer wollte ich meine Patientinnen und Patienten nach meinen eigenen Vorstellungen bestmöglich behandeln können. Deshalb wollte ich als niedergelassener Arzt freiberuflich tätig sein und selbstverantwortlich meine berufliche Tätigkeit gestalten. Die sich daraus ergebenden Aufgaben sind manchmal herausfordernd. Doch eine Vision, Geduld und Zielstrebigkeit ermöglichen uns eine nachhaltig befriedigende Tätigkeit im Wirtschaftsbetrieb Arztpraxis. Am Ende meiner beruflichen Laufbahn möchte ich meine Praxis veräußern können. Es gehören ein Quantum Glück für die richtigen Entscheidungen und das richtige Timing dazu. Dies sind die für mich relevanten Meilensteine meiner Niederlassung:

2005: Niederlassung (Übernahme der Praxis des Vaters, belegärztlich mit Spezialisierung „Venen- und Enddarmkrankungen“). Erlangen der Zusatzbezeichnungen Phlebologie und Proktologie. 2009 Einführen der endovenösen Kathetherapien zur Behandlung der Varikosis. Seit 2017 Superspezialisierung auf die Therapie der Varikosis.

2009: Gründung eines Lymphnetzes mit interprofessioneller Vernetzung lokal und national. Erreichen einer landesweiten Bekanntheit, dadurch Problematik durch massiven Zulauf und Bindung von Patienten mit chronischem Ödem und Lipödem. Hier war eine kommunikativ anspruchsvolle Rückführung der Patienten in die hausärztliche Versorgung erforderlich.

2016: Einbruch in die Praxis mit Diebstahl des Operationsinstrumentariums und der proktologischen Instrumente. In der Folge entschloss ich mich dazu, die Proktologie aufzugeben und die entsprechenden Patienten an die spezialisierten Kollegen weiterzuleiten. Außerdem gab ich die Instrumentenaufbereitung auf und stellte auf Einweginstrumentarium und Einweg-Abdecksets um.

Entwicklung des Praxisstandortes. Die Praxis befindet sich mit eigenem Operationsraum im ersten Stock eines Altbau-Mehrfamilienhauses. Es bestand ein Sanierungsstau, wiederholt war der Praxisablauf durch Rohrbrüche im Bereich der Wasser- und Abwasserentsorgung eingeschränkt. Nach Wechsel des Eigentümers war eine Kernsanierung des Gebäudes vorgesehen, die Wohnungen wurden entmietet, die Räumlichkeiten an die Stadt zwischenvermietet und passager zur Unterbringung von Flüchtlingen genutzt. Bei laufendem Praxisbetrieb wurde im Dach und einigen Stockwerken mit Abbrucharbeiten begonnen. Mit mir erfolgte

keine Einigung bezüglich des Vorgehens. Ich war aufgrund der Umstände gezwungen, mir einen alternativen Praxisort zu suchen. Also mietete ich in meinem Belegkrankenhaus drei nicht genutzte Patientenzimmer und konnte an diesem Standort unter eingeschränkten Bedingungen meine Praxistätigkeit weiterführen. Der Umbau sollte sechs bis neun Monate dauern. Nach zwei Jahren und einem einigenden Rechtsstreit konnte ich dann in meine angestammte Praxis zurückziehen. Daraus ergaben sich folgende Konsequenzen: Forcierung der Praxisausrichtung mit Optimierung der Praxisorganisation. Gelungener Restart an angestammtem Standort mit auf die Ausrichtung optimiertem Grundriss unter Beibehaltung des genehmigten Operationsraumes. Der neue Mietvertrag gibt langfristig Sicherheit und ermöglicht die Aufnahme eines Praxispartners und die Praxisübergabe.

Praxispartner- und Nachfolgegewinnung. Von Beginn an in der Einzelpraxis hatte ich langfristig doch eine kooperative gemeinschaftliche Tätigkeit vor Augen. Dies kam für mich jedoch erst in Frage nach fertiger konzeptioneller und räumlicher Ausgestaltung meiner Praxisidee. Daraus ergab sich folgende Konsequenz: Durch meine konsequente Spezialisierung bin ich als potenzieller Partner attraktiv geworden. So habe ich nach anfänglicher Anstellung seit 1. Januar 2022 den gewünschten Praxispartner an meiner Seite.

Praxis als Wirtschaftsbetrieb. Mit Beginn der Anstellung meines Kollegen kam die Corona-Pandemie, in Folge derer die Patientenzahlen einbrachen. Ich musste mir Gedanken über die wirtschaftliche Lage machen und dies transparent mit meinem Kollegen diskutieren können. Daraus ergaben sich folgende Konsequenzen:

- ▶ Fortlaufende Investition in eine Internetfirma zur Patientengewinnung,
- ▶ Einführung eines Praxiscontrollings auf Prozesskostenebene (siehe Fließtext),
- ▶ Weiterentwicklung dieses Projektes und Mitgründer der Firma controlguide.med GbR.

Tätigkeit im Berufsverband. Mit der Freiberuflichkeit verbunden ist für mich eine Mitarbeit in den Berufsverbänden. Aktuell bin ich der gewählte erste Vorsitzende im ANC Schleswig-Holstein. Mein Ziel sind wirtschaftlich starke chirurgische Praxen. Nur diese sind handlungsfähig und lassen sich auch in Zukunft aktiv steuern.



Foto: Pixabay

sich die Daten seitens der Steuerkanzlei mit denen anderer chirurgischer Praxen vergleichen. Mit relativ einfachen Mitteln ergibt sich so eine Orientierung in Bezug auf die eigene Position am Markt. Schwieriger hingegen ist es, die sich aus den Daten ergebenden möglichen Konsequenzen abzuleiten: Sind die Gewinne zu gering, die Umsätze zu gering, die Kosten zu hoch, so stellt sich für die einzelne Praxis die Frage, an welchen Schrauben man drehen soll.

Um an den Stellschrauben zu drehen, wäre es gut zu wissen, welche Leistungen seitens der Praxis mit welchem Aufwand erbracht werden oder erbracht werden können. Nur so lässt sich unter Berücksichtigung eines angenommenen Erlöses die Wirtschaftlichkeit einer Leistung beurteilen. Hier kann die Prozesskostenrechnung die substantziellen Antworten geben:

Gewinn (Leistung) = Umsatz (Leistung) – Kosten (Leistung)

Man sollte meinen, dass eigentlich jeder Praxisinhaber und jede Praxisinhaberin diese wirklich einfache Rechnung selbst herleiten kann, oder? Doch Hand auf's Herz: Wer kennt schon die exakten Kosten der Leistung einer Praxis? Um sie zu ermitteln, benötigt man bereits eine etwas komplexere Formel:

Kosten (Leistung) = Σ [Kosten für Personal (Arzt + MFA), Infrastrukturanteil, Material] + Gemeinkostenanteil

Zu den Kosten für die Infrastruktur zählen dabei z.B. das Sonographiegerät, die Kosten des OP-Saals und die Kosten für die Sterilgut-aufbereitung. Unter Gemeinkosten wiederum versteht man Kosten, die nicht spezifisch einer Leistung zugewiesen werden können. Hierunter fallen z.B. Versicherungen oder Fortbildungskosten.

Die Kosten für die erbrachte Leistung hängen also auch von der Anzahl der Leistungen (Infrastruktur) wie auch der Gesamtzahl aller erbrachten Leistungen (Gemeinkosten) ab.

Damit kommt man zur entscheidenden Frage: Was bedeutet eigentlich Leistung? Als Ärztinnen und Ärzte sind bei dem Begriff Leistung geprägt durch die Definitionen der Leistungskataloge seitens GKV und PKV. Diese Leistungsdefinitionen unterscheiden sich in der Systematik

völlig und sind nicht vergleichbar. Nur die abgerechnete Leistung zählt und wird gezahlt. Teilweise sind erbrachte Leistungen nicht abrechenbar, weil sie definitionsgemäß nicht abrechenbar sind oder als fakultativer Teil eines Leistungskomplexes aus der Dokumentation fallen.

Erbrachte Leistung ist nicht gleich abgerechnete Leistung

Machen Sie einmal den Praxistest für einen Tag: Überlegen Sie, welche Arbeiten (Leistungen im praxisinternen Sinne) Sie im Patientenkontext voraussichtlich durchführen werden und schreiben Sie diese Tätigkeiten auf eine Liste, zum Beispiel:

- ▶ Untersuchung und Beratung eines Neupatienten (kurz/lang),
- ▶ Kontrolluntersuchung (kurz/lang),
- ▶ Operationsaufklärung,
- ▶ Operation A 30 min,
- ▶ Operation B 60 min.

Erweitern Sie die Liste im Tagesverlauf bei Bedarf. Am Ende eines Tages haben Sie eine Liste mit den Tätigkeiten, die Sie tatsächlich durchgeführt haben. Vergleichen Sie nun die Tagesliste dieser Patientinnen und Patienten mit den tatsächlich abgerechneten Leistungen. Sie werden feststellen, dass Ihre Tätigkeit sich nur abstrakt in den abgerechneten Leistungen wiederfindet. Lassen Sie den Tag und die Leistungen auf Ihrer Liste noch einmal Revue passieren und Sie stellen fest, dass Sie jeder Ihrer Tätigkeiten einen spezifischen Aufwand (Personal, Infrastruktur, Material) zuordnen könnten. Mit diesem Wissen haben Sie die Grundlage, um ein an den Prozesskosten orientiertes Controlling in Ihrer Einheit implementieren zu können.

Welche Vorteile bietet ein modernes Praxiscontrolling?

Ein Praxiscontrolling bietet unmittelbare und mittelbare Vorteile. Diese sind im Folgenden aufgeführt.

Zu den **unmittelbaren Vorteilen** zählen das Bewusstsein und die Transparenz über die

- ▶ Tatsächlich erbrachten Behandlungen,
- ▶ Leistungsspezifische Kostenverursachung,
- ▶ Leistungsspezifische Erlössituation.

Hierdurch erhält der Praxisinhaber bzw. die Praxisinhaberin jederzeit eine positive Rückmeldung und ein begründetes Sicherheitsgefühl für seine erfolgreiche Praxisführung.

Zu den **mittelbaren Vorteilen** zählt der Umstand, dass die gewonnenen Erkenntnisse die Grundlage bilden, um Arztpraxen leistungs-basiert zu steuern und so auf zukünftige Veränderungen vorzubereiten. Diese können beispielsweise sein

- ▶ Veränderte Leistungen in Art und Anzahl,
- ▶ Kosten und Erlöse,
- ▶ Anstellung eines Arztes bzw. einer Ärztin,
- ▶ Praxisveräußerung,
- ▶ Investitionserfordernisse,
- ▶ Teilnahme an IV-Verträgen.

Insgesamt bieten die Erkenntnisse aus diesen Überlegungen eine plausible Entscheidungsgrundlage, die über das Bauchgefühl hinausgeht und mit den Stakeholdern geteilt und erörtert werden kann.

Welche Schritte sind zur Implementierung erforderlich?

Einen möglichen Einstieg ins Praxiscontrolling bietet ein Online-Seminar. Ziel des ersten Schrittes ist es, Leistungen identifizieren und systematisch erfassen zu können. Ergebnis dieses Schrittes ist ein vollständiges Abbild der Behandlungen in Art und Anzahl. Der zweite Schritt richtet den Blick auf die Praxiskosten. Diese werden analysiert, interpretiert und verursachungsgerecht den Behandlungen zugewiesen. Nach diesen beiden Schritten liegt bereits ein erstes Ergebnis über die jeweiligen Behandlungskosten vor.

Durch das Hinterlegen der durchschnittlichen Behandlungshonore je Behandlung wird der Deckungsbeitrag und Überschuss für jede Behandlung ausweisbar. Eine monatliche oder quartalsweise Aktualisierung der Fallzahlen und Kostendaten gewährleistet eine fortlaufende Aktualität der Kalkulationsergebnisse.

Welche Faktoren sind für ein Praxiscontrolling bedeutend?

Liquidität erfordert eine laufende Überprüfung sämtlicher Einnahmen und Ausgaben und deren Ursache. Hierbei sollten leistungsspezifische Deckungsbeiträge ermittelt und ‚negative‘ Einzelleistungen identifiziert werden. Grundlage ist eine aktuelle und ganzheitliche Leistungserfassung und Kostenrechnung in der Arztpraxis.

Fixkosten zu bewerten und zu steuern bedeutet Kapazitätsauslastungen und Bearbeitungsschritte zu identifizieren und diese ggf. anzupassen.

Personalkosten aktiv zu steuern bedeutet, das Personalstundenaufkommen an den Leistungszahlen auszurichten. Das Ziel ist, möglichst stabile Personalkosten je Behandlungsart zu erzielen.

Periodisches Controlling bedeutet Leistungszahlen und Praxiskosten gegenüberzustellen und die sogenannte ‚Performance‘ der Arztpraxis zu bewerten. Anhand der Datenhistorie im Monats-, Quartals- und Jahresverlauf können Veränderungen sofort erkannt werden.

Szenarien-Berechnungen helfen die Auswirkungen erwarteter Kostensteigerungen für Personal, Praxis- und Servicekosten auf die Behandlungskosten zu ermitteln. Zudem kann der Einfluss unterschiedlicher Leistungszahlen auf die Behandlungskosten, Deckungsbeiträge und Überschüsse aufgezeigt werden.

Unterstützung für Praxen und MVZ bei der Implementierung

Um chirurgische Praxen beim Umgang mit ihren betriebswirtschaftlichen Daten zu unterstützen, haben die Autoren eine webbasierte Software entwickelt, welche ein umfangreiches, leistungs-, finanz- und kennzahlenbasiertes Controlling zur Verfügung stellt. Eine zusätzliche Installation von Hard- oder Software ist nicht erforderlich.

Die von den Autoren gegründete controlguide.med GbR kann die benötigten Daten in die Software einpflegen und alle notwendigen individuellen Anpassungen vornehmen. Sobald die grundlegenden

Dr. Bertram Wittrin

Facharzt für Chirurgie, Phlebologie
 Venenzentrum Nord/controlguide.med GbR
 Holtenuauer Straße 73
 24105 Kiel
 Tel.: 0431 567073
 bw@praxis-wittrin.de
 www.praxis-wittrin.de



Foto: Wittrin

Kai-Uwe Groß

Master of Business Consulting, Dipl.-Ing. (FH)
 controlguide.med GbR
 Holtenuauer Straße 73
 24105 Kiel
 Tel.: 0431 57097097
 kg@controlguide.de
 www.controlguide.de
 https://med.controlguide.de



Foto: Groß

Daten (Leistungsdaten und BWA) aus der Praxis- und Buchhaltungssoftware übernommen wurden, stellt die Controlling-Software die beschriebenen Ergebnisse vollständig zur Verfügung.

Das Programm kann für Praxen und MVZ jeder Größe eingesetzt werden und verfügt über eine Vielzahl vordefinierter Behandlungsabläufe. Der geringe laufende Zeitaufwand erfordert keine zusätzliche Arbeitskraft. Es werden keine personenbezogenen Daten benötigt, damit entfällt die Diskussion um den Datenschutz.

Kostenlose Webinare zum Einstieg

Interessierte können sich in einem individuellen Gespräch oder im Rahmen der kostenlosen Webinare (4.3.2022, 16.3.2022, 18.3.2022 und 23.3.2022, Anmeldung über office@controlguide.de) informieren. ◀



Foto: Pixabay



Stambolis, B.: Überlebenswege deutsch-jüdischer Ärzte und Ärztinnen. Gießen: PsychoSozial-Verlag, 2021. 180 Seiten, kartoniert, 24,90 Euro



Hirt, B. et al.: Anatomie und Biomechanik der Hand. Stuttgart: Thieme Verlag, 2022. 4. Auflage, 131 Seiten, gebunden, 69,99 Euro



Klemm, H.-T. und Wich, M. (Hg.): Ärztliche Begutachtung. Berlin: DeGruyter Verlag, 2021. 397 Seiten, gebunden, 102,95 Euro



Zacharowski, K. und Marx, G.: Checkliste Anästhesie. Stuttgart: Thieme Verlag, 2021. 382 Seiten, kartoniert, 129,99 Euro

Überlebenswege deutsch-jüdischer Ärzte und Ärztinnen

Der Chirurg Max Marcus (1892 bis 1983) war einer jener hochqualifizierten deutschen Juden und Jüdinnen, die vor dem NS-Unrechtsregime nach Palästina/Israel flohen. Dort setzten sie Standards in medizinischen Kernfächern wie Chirurgie, Innerer Medizin oder Kinderheilkunde. Sie trugen zur internationalen Reputation des Gesundheitswesens in ihrer Wahlheimat Israel bei.

Das vorliegende Buch der Historikerin Barbara Stambolis beleuchtet auf Basis von Quellenrecherchen und umfangreichen privaten Briefwechseln zeit-, medizin- und migrationsgeschichtliche Fragen nach dem Individuellen und Exemplarischen des Lebensweges von Max Marcus. Es blickt auf Karrierewege und kollegiale Vernetzungen, skizziert Fluchtwege und Neuanfänge. Zugleich konstatiert es Erfahrungen von Ausgrenzung und Auseinandersetzungen mit Heimatverlust und Neubehimung. Es erhellt zeitgeschichtliche Hintergründe, generationale Zusammenhänge und deckt aufschlussreiches, erstmals ausgewertetes Quellenmaterial auf.

Fazit: Anlass für die Recherchen der Autorin waren ein Symposium 2021 und zahlreiche Veranstaltungen zu 1.700 Jahren jüdischen Lebens in Deutschland. Herausgekommen ist ein Werk, das nachdenklich stimmt.

Anatomie und Biomechanik der Hand

Fundierte Kenntnisse der Anatomie und Biomechanik der Hand sind unverzichtbare Grundlage für eine gute handchirurgische Behandlung. Allerdings sind die anatomischen Verhältnisse der Hand sehr komplex und werden oft nur unvollständig vermittelt. Vor allem das Zusammenspiel der unterschiedlichen Strukturen, wie z. B. im distalen Radioulnargelenk oder triangulären fibrokartilaginären Komplex, kommt häufig zu kurz.

Genau diese Lücken möchten die Autoren des vorliegenden Werks schließen. Sie liefern einen umfassenden Einblick in die spezifische Anatomie der Hand und ihre Funktionsweise. Im ersten Teil des Buches helfen klinische Bezüge und detaillierte Bilder, die komplexen Strukturen zu begreifen. Direkten Praxisbezug gibt es dann im zweiten Teil des Werks, in dem Leserinnen und Leser mit der ‚Anatomie in vivo‘ das Gelernte durch Ertasten vertiefen können. Für die 4. Auflage wurden alle Beiträge überarbeitet und zudem durch zahlreiche Abbildungen ergänzt. Der Inhalt des Buches steht auch digital in der Wissensplattform eRef zur Verfügung (Zugangscode im Buch).

Fazit: Ein zuverlässiges Handwerkszeug für alle, die Handverletzungen sicher diagnostizieren und zielgerichtet behandeln wollen.

Ärztliche Begutachtung

Das ärztliche Sachverständigengutachten ist in rechtlichen Auseinandersetzungen regelmäßig eine unverzichtbare Grundlage für die Suche nach der ‚richtigen‘ Entscheidung. Dies gilt in Haftungsfällen mit Personenschäden ebenso wie in Unfall-, Kranken-, Renten- oder Berufsunfähigkeitsversicherung. Auch bei der Begutachtung gelten die Regeln der ärztlichen Kunst, sorgfältig, mit Expertise und wissenschaftsbasiert zu handeln.

Dies zu unterstützen, ist der Anspruch, den die Autoren des vorliegenden Buches an sich gestellt haben. Ihr Werk orientiert sich an den Modulen I und II des Curriculums ‚Medizinische Begutachtung‘ der Bundesärztekammer. Mediziner und Juristen erläutern darin gemeinsam die Anforderungen, die an ein ärztliches Gutachten zu stellen sind. Behandelt werden u. a. Aspekte wie die Zustandsbegutachtung, Kausalitäts- und Beweisregeln im Straf-, Zivil- und Sozialrecht, soziales Entschädigungsrecht und spezielle Begutachtungsfragen in der privaten, Berufsunfähigkeits- oder Pflegeversicherung.

Fazit: Die Synthese aus ärztlichem und juristischem Wissen macht das Buch für Rechtsanwender, ärztliche Gutachter und auch Sachbearbeiter der Kostenträger zu einer hilfreichen Lektüre.

Checkliste Anästhesie

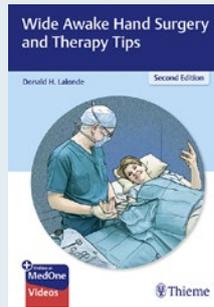
Ärztinnen und Ärzte in der anästhesiologischen Weiterbildung brauchen komprimierte Informationen, um ihr Wissen auf hohem Niveau einsetzen zu können – insbesondere angesichts der Tatsache, dass immer häufiger auch schwierige Operationen ambulant durchgeführt werden.

Das vorliegende Werk im praktischen Kitteltaschenformat bietet mit seinen farblich markierten Teilen schnelle Orientierung. Es erklärt im grauen Teil die gängigsten Methoden der Anästhesie wie etwa zur Atemwegssicherung sowie verschiedene Verfahren der Regionalanästhesie. Im blauen Teil werden Anästhesietechniken bei verschiedenen Krankheitsbildern vorgestellt – darunter allgemeine Problematiken der Patienten oder die Anästhesie bei speziellen Eingriffen. Im roten Teil kommen besonders häufige oder schwierige Komplikationen wie z. B. die maligne Hyperthermie oder anaphylaktische Reaktionen zur Sprache. Der grüne Teil geht auf die Besonderheiten der Kinderanästhesie ein. Der Inhalt des Buches steht Lesern zudem auch digital in der Wissensplattform eRef zur Verfügung (Zugangscode im Buch).

Fazit: Ein praktischer Helfer nach dem bewährten Checklisten-Konzept, um auch auf schwierige Fragen schnell die passende Antwort zu finden.



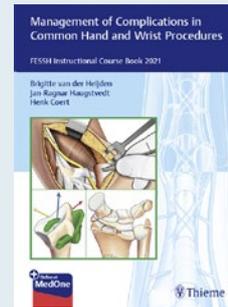
Fischer, G.: Die Arztpraxis. Erlöse optimieren, Kosten reduzieren. Landsberg: Ecomed-Storck Verlag, 2021. 148 Seiten, kartoniert, 29,99 Euro



Lalonde, D.H.: Wide Awake Hand Surgery. Stuttgart: Thieme Verlag, 2022, 2. Auflage. 425 Seiten, kartoniert, 99,99 Euro



Schulz, M.: Notfälle. Begegnungen eines Arztes im Einsatz. Hamburg: Charles Verlag, 2020. 126 Seiten, gebunden, 14 Euro



Van der Heijden, B. et al.: Management of Complications in Common Hand and Wrist Procedures. Stuttgart: Thieme Verlag, 2021. 266 Seiten, gebunden, 129,99 Euro

Die Arztpraxis. Erlöse optimieren, Kosten reduzieren

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte beklagen häufig eine zu geringe Vergütung ihrer Leistungen durch die Krankenkassen. Aber auch im vertragsärztlichen Bereich können sie die Erlössituation in ihrer Praxis verbessern, etwa durch Optimierung der Honorarabrechnungen, Senkung der Ausgaben oder durch zusätzliche Angebote außerhalb der Kassenleistungen.

Das vorliegende Büchlein von Dr. Guntram Fischer, der auch für dieses Magazin bereits mehrfach als Autor tätig war, erklärt mit vielen Praxisbeispielen praxisnah die Grundlagen. Die einzelnen Themen werden auch für Ärztinnen und Ärzte ohne betriebswirtschaftliche Vorbildung verständlich dargestellt. Ziel ist die Optimierung der Erlössituation in kassenärztlichen Praxen. Behandelt werden Themen wie Optimierungen innerhalb der KV-Praxis, die Erweiterung des Praxisspektrums, Perspektiven außerhalb der Praxistätigkeit sowie intelligente Nutzung von Technik und Räumlichkeiten.

Fazit: Eine kompakte Möglichkeit, sich einen Überblick über die vielfältigen Möglichkeiten der ärztlichen Berufsausübung in der Niederlassung zu verschaffen.

Wide Awake Hand Surgery

WALANT (Wide Awake Local Anesthesia No Tourniquet) steht für eine Anästhesiemethode, bei der der Patient durch die Verwendung eines lokalen Betäubungsmittels mit Adrenalin während der Operation wach bleiben und ggf. sogar mithelfen kann. Sie eignet sich für Eingriffe an den Extremitäten und kann zu einem erleichterten OP-Verlauf, besseren OP-Ergebnissen, reduzierten OP-Risiken sowie geringeren Schmerzen führen.

Das vorliegende englischsprachige Werk vermittelt in seiner zweiten Auflage die wichtigsten und neuesten Erkenntnisse rund um den Einsatz von WALANT in der Handchirurgie. Die Autoren stammen aus 15 Nationen und schildern, wie man WALANT in Einrichtungen implementiert und sich die Vorzüge der Methode zunutze macht. In der Neuauflage wurden Kapitel zur Plattenosteosynthese an Handgelenk, Unterarm, Ellenbogen, Schulter, Fibula, Sprunggelenk und Fuß ergänzt. Der Inhalt des Buches steht – ebenso wie über 500 Lehrvideos – zudem auch digital in der Wissensplattform medone.thieme.com zur Verfügung (Zugangscode im Buch). Die Links zu den jeweiligen Videos finden sich am Rand der betreffenden Kapitel.

Fazit: Ein kompakter Einblick in eine innovative Methode, die unnötige Kosten und Risiken vermeiden und OP-Ergebnisse verbessern helfen kann.

Notfälle. Begegnungen eines Arztes im Einsatz

Notfallbesuch eines Arztes im Gefängnis, im Luxushotel, im Bordell und in den unterschiedlichsten Wohnungen der Stadt. Alle, die besucht werden, sind krank – sonst hätten sie keinen Arzt gerufen. Sie alle haben aber auch ihre eigene Geschichte, die den Arzt oft über die Begegnung hinaus begleitet. Der Autor wechselte nach einem Studium der Politik und Geschichte in die Medizin, arbeitete als niedergelassener Allgemeinmediziner und leitete zehn Jahre lang den ärztlichen Bereitschaftsdienst in Frankfurt.

Im vorliegenden Buch präsentiert er seine Begegnungen. Da verliert bei einer Abschiedsfeier ein Mann die Kontrolle. Da diskutieren Prostituierte über Gesetzeslücken. Da verstecken sich Eltern vor dem eigenen Sohn in der Garage. Die alte Dame wird von ihrem verheirateten Liebhaber versetzt und findet einen Ausweg. Hinter der biedereren Hausfrau verbirgt sich eine Künstlerin – die Situationen, in die der Autor hineingerät, sind so faszinierend, tragisch und berührend, dass er sie aufschreiben musste.

Fazit: Ein unterhaltsames Büchlein mit anrührenden Anekdoten, das sich auch gut zum Verschenken eignet.

Management of Complications in Common Hand and Wrist Procedures

Komplikationen während oder nach der Operation können sowohl den Operateur als auch den Patienten massiv belasten. Viele Lehrbücher listen sie zwar auf, widmen sich aber nur am Rande ihrer Prävention, ihren Auswirkungen und Lösungsansätzen zum Umgang mit ihnen.

Diesem Mangel wollen die Autoren des vorliegenden englischsprachigen Werks abhelfen, das als Lehrbuch des Jahres 2021 der Europäischen Gesellschaft für Handchirurgie (FESSH) erschienen ist. Die internationalen Expertinnen und Experten für Handchirurgie vermitteln darin umfassend und detailliert, was handchirurgisch Interessierte über die Vermeidung und die Beseitigung von Komplikationen wissen sollten. Dazu gehört unter anderem auch die sorgfältig geplante Handtherapie, mithilfe derer sich das Risiko für komplexe regionale Schmerzsyndrome (CPRS) verringern lässt. Der Inhalt des Buches steht auch digital in der Wissensplattform medone.thieme.com zur Verfügung (Zugangscode im Buch).

Fazit: Eine Fundgrube für alle Operateurinnen und Operateure, die in der plastischen, orthopädischen, Trauma- oder Handchirurgie tätig sind und ihren Umgang mit Komplikationen strukturiert reflektieren möchten.

Wichtiger Hinweis!

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

März 2022

6.–11.3.2022, Garmisch-Patenkirchen

Seminarkongress Anästhesiologie

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

Information und Anmeldung:

Lücke Kongresse GmbH, Postfach 1711, 29657 Walsrode, Tel.: 05161 789536
info@luecke-kongresse.de, www.luecke-garmisch.de

11.–12.3.2022, Erlangen

13. Erlanger Seminar für praktische Fußchirurgie

Aufbaukurs am Präparat (2. Zertifizierungsgrad)

Information und Anmeldung:

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

11.–12.3.2022, Online-Veranstaltung

18. Hernientage

Themen u. a.: Status und Update von Herniamed, primäre Bauchwand- und Hiatushernien, komplexe Bauchwandhernien

Information und Anmeldung:

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

17.–19.3.2022, München

48. Deutscher Koloproktologen-Kongress

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

Information und Anmeldung:

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

19.3.2022, Gera

Geraer Symposium Chirurgie

Motto: Das hat Hand und Fuß

Themen u. a.: Nervensonographie bei Kompressionssyndromen, Denervation des Handgelenks, postoperative und posttraumatische Handtherapie, Strahlentherapie an Hand und Fuß, Bildgebung an Hand und Fuß, Bandagen und Orthesen, Anästhesieverfahren, Vor- und Rückfußchirurgie, Unguis incarnatus

Information und Anmeldung:

Verein zur Förderung der Ambulanten Chirurgie e.V.
Schmelzhüttenstr. 4, 07545 Gera, Tel.: 0365 8301560, Fax: 0365 8301561
chirurgieverein.gera@gmx.de, www.chirurgieverein-gera.de

28.–30.3.2022, Tuttlingen

Trainingskurs laparoskopische Gynäkologie

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

Information und Anmeldung:

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

April 2022

6.–8.4.2022, Leipzig/Hybrid-Kongress

139. Deutscher Chirurgen-Kongress

Motto: Identität bewahren – Wissen mehrren – Wandel gestalten

Information und Anmeldung:

wikonekt GmbH, Hagenauer Straße 53, 65203 Wiesbaden
Tel: 0611 204809-0, Fax: 0611 204809-10, dck@wikonekt.de, dck2022.de

7.–8.4.2022, Lichtenfels/Bad Staffelstein

Kniegelenknahe Osteotomien

Themen u. a.: Normwerte der Beingeometrie, ligamentäre Grundlagen, OP-Planung, Tibiakopf- und Femurosteotomien, Slope- und Torsionskorrekturen, posttraumatische Deformitäten, Gruppenarbeit in Workshops, Videosessions

Information und Anmeldung:

Intercongress Freiburg, Moritz Ludowici
Ingeborg-Krummer-Schroth-Str. 30, 79106 Freiburg, Tel.: 0761 69699-27
moritz.ludowici@intercongress.de, https://ot-kurs.de

28.–30.4.2022, Baden-Baden

70. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen (VSOU)

Themen u. a.: Sportmedizin (Fußball, Basketball, Mountainbike, Rennrad, Tennis, Golf), Erkrankungen und Verletzungen des Fußes und der Sehnen, Kindertraumatologie und Kinderorthopädie, Wirbelsäule, Netzwerkbildung und Kooperation, freie Themen

Information und Anmeldung:

Intercongress Freiburg, Anne Roetsch
Ingeborg-Krummer-Schroth-Str. 30, 79106 Freiburg, Tel.: 0761 69699-27
anne.roetsch@intercongress.de, www.vsou-kongress.de

Mai 2022

7.5.2022, Online-Veranstaltung

Aktuelle Proktologie

Themen u. a.: Besonderheiten der proktologischen Praxis, Robotik in der Proktologie, Rektumkarzinom, Pharmakotherapie, anorektaler Prolaps, Heilerde in der Magen-Darm-Heilkunde, Analhygiene, genitoanale Pigmentverschiebungen, neue Leitlinie M. Crohn, künstliche Intelligenz bei der Koloskopie

Information und Anmeldung:

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

12.–14.5.2022, Online-Veranstaltung

Deutscher Anästhesiekongress 2022 (DAC)

Themen u. a.: Therapeutische Kommunikation mit Bewusstlosen, Neues zu Spinal- und Thoraxanästhesie, Schmerzmedizin in der perioperativen Medizin, Vermeidung von Angst und Schmerz in der Kinderanästhesie, neuropathische Schmerzen, Regionalanästhesie, Temperaturmanagement, postoperative Versorgung und Aufwachraum, Zusammenarbeit der Berufsgruppen im OP-Saal, intersektorale Zusammenarbeit, PONV, Tele-Anästhesiologie, ambulante Anästhesie

Information und Anmeldung:

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG,
Frankziska Giese, Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg
Tel.: 0911 39316-21, Fax: 0911 39316-78
giese@mcnag.info, www.dac2022.de

13.–14. 5. 2022

**Abschlusskolloquium Hygienebeauftragter Arzt
Kombination aus 21 Online-Lernmodulen
und zweitägiger Präsenzveranstaltung**

Themen u. a.: Prävention, Surveillance und Kontrolle nosokomialer Infektionen, curriculäre Fortbildung ‚Krankenhaushygiene‘ nach den Vorgaben der Bundesärztekammer (BÄK) und des Robert Koch-Instituts (RKI). BNC- und BAO-Mitglieder erhalten 20% Rabatt auf die Kursgebühr.

Information und Anmeldung:

meduplus GmbH, Kurfürstendamm 21, 10719 Berlin
Tel.: 030 555792550, Fax: 030 555792559, info@meduplus.de
www.meduplus.de

29.–30. 5. 2022, Geseke

15. Expertenkurs technische/konservative Therapie und Sport

Information und Anmeldung:

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

Juni 2022

3.–4. 6. 2022, Innsbruck (Österreich)

1. Innsbrucker Seminar für praktische Fußchirurgie

Masterkurs am Präparat (3. Zertifizierungsgrad)

Information und Anmeldung:

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

17. 6. 2022, Berlin

**29. Fortbildungsseminar der Deutschen Gesellschaft
für Handchirurgie**

Themen u. a.: Handfehlbildungen bei Kindern, rund um den Daumen, häufige Krankheitsbilder, Infektionen der Hand

Information und Anmeldung:

Intercongress GmbH, Nadine Kirsch
Ingeborg-Krummer-Schroth-Str. 30, 79106 Freiburg, Tel.: 0761 69699-0
Fax: 0761 69699-11, nadine.kirsch@intercongress.de, www.intercongress.de
www.handseminare-dgh.de

23.–25. 6. 2022, Nürnberg

**34. Internationaler Kongress der Deutschen
Ophthalmochirurgen (DOC)**

Themen u. a.: Hornhautchirurgie, Kataraktchirurgie, Lid- und Orbitachirurgie, Video Live Surgery, refraktive Chirurgie, Therapie von Retinopathien, Glaukomchirurgie, Komplikationsmanagement

Information und Anmeldung:

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Anna Martin
Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg, Tel.: 0911 39316-57, Fax: 0911 39316-20
martin@mcnag.info, www.doc-nuernberg.de

25.–26. 6. 2022, Wien (Österreich)

9. Wiener Kurs für praktische Fußchirurgie

Basiskurs (1. Zertifizierungsgrad)

Information und Anmeldung:

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

Juli 2022

16. 7. 2022, Mannheim

EDZ-Basiskurs: Proktologie

Information und Anmeldung:

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

September 2022

10. 9. 2022, Mannheim

EDZ-Kurs: Anorektaler M. Crohn

Information und Anmeldung:

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

15.–17. 9. 2022, Wien (Österreich)

**39. Jahreskongress der Gesellschaft für Arthroskopie
und Gelenkchirurgie (AGA)**

Themen u. a.: Erwartungen an die Gelenkchirurgie heute und morgen (als Arzt/Patient/Industriepartner), alte Techniken neu interpretiert („Back to the Future“), Arthroskopie 3.0 – Ausbildung im Fokus, der Sportler als Patient, was werden Orthobiologika leisten?

Information und Anmeldung:

Intercongress Freiburg, Anne Roetsch
Ingeborg-Krummer-Schroth-Str. 30, 79106 Freiburg, Tel.: 0761 69699-27
anne.roetsch@intercongress.de, https://aga-kongress.info

26.–28. 9. 2022, München

26. Internationaler Schulterkurs München

Themenschwerpunkt: Schulter und Ellenbogen

Information und Anmeldung:

Intercongress GmbH, Nadine Kirsch
Ingeborg-Krummer-Schroth-Str. 30, 79106 Freiburg, Tel.: 0761 69699-0
Fax: 0761 69699-11, nadine.kirsch@intercongress.de, www.intercongress.de

Oktober 2022

6.–7. 10. 2022, Koblenz

109. Jahrestagung der Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen

Information und Anmeldung:

wikonect GmbH, Elvira Sommerfeld, Hagenauer Straße 53, 65203 Wiesbaden
Tel.: 0611 204 809-263, Fax: 0611 204 809-10, elvira.sommerfeld@wikonect.de

15. 10. 2022, Mannheim

EDZ-Kurs: Hämorrhoidalleiden

Information und Anmeldung:

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

November 2022

19. 11. 2022, Mannheim

**EDZ-Hands-on-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

Erweiterung des Gesundheitszentrums Marburg

Höchste medizinische Standards mit einem neuen ambulanten OP-Zentrum

Das neue ‚Ärztehaus 2.0‘ wird eine der modernsten medizinischen Einrichtungen in der Region Marburg/Biedenkopf. Im Sommer 2022 werden die Pforten geöffnet. Das Herzstück des Neubaus wird im Zuge einer umfangreichen Kollaboration mit den Firmen Getinge und Varitec implementiert: Ein ambulantes OP-Zentrum mit einer Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte sowie einer Tagesklinik.



Foto: Getinge

„Wir möchten eines der innovativsten ambulanten OP-Zentren sein und nicht nur den Ansprüchen unserer Patienten, sondern auch der Universitätsstadt Marburg gerecht werden, medizinische Kompetenz und hohe Versorgungsqualität für eine optimale Patientenversorgung sicherzustellen. Mit perfekter Logistik, optimaler Lage und modernster Infrastruktur wird uns eine konsequente Weiterentwicklung des Gesundheitsstandortes Marburg-Biedenkopf gelingen“, sagt der Investor Uwe Happel.

Durch Neubau und Modernisierung der Infrastruktur wird sich das Gesundheitszentrum Marburg mit einer Gesamtfläche von über 3.700 m² signifikant vergrößern. Im neuen interdisziplinären ambulanten OP-Zentrum sollen verschiedene Fachrichtungen im täglichen Betrieb reibungslos zusammenspielen. Präferenzen und Qualitätsansprüche der neuen Kollegen an OP-Ausstattung und Medizinprodukte müssen berücksichtigt werden. „Wir möchten allen Fachärzten und Patienten den höchsten Qualitätsstandard zur Verfügung zu stellen“, so Uwe Happel. „Es stand von vornherein fest, dass nur eine Komplettlösung

zu einer erfolgreichen OP-Einrichtung führen kann. Varitec und Getinge hatten von Beginn an unser Vertrauen. In Rastatt konnte ich mich persönlich von der Qualität der Getinge-Lösungen überzeugen. Besonders gut fand ich, dass die Menschen hinter den Produkten stehen. Und dass diese Menschen mit ihren Produkten für uns genau der richtige Partner sein werden, unseren Anspruch zu erfüllen, eines der modernsten ambulanten

OP-Zentren zu eröffnen.“ Die Finanzierung wurde mit einer Kombination aus Nutzungsverträgen des Großgeräte-Herstellers Getinge und einer Bankfinanzierung unkompliziert gelöst. Auch die zukünftige Entwicklung der Gesundheitsversorgung wurde mitbedacht. „Wir wollen von Anfang an höchste Qualität und für die Zukunft maximale Flexibilität. Die erweiterbaren Nutzungsverträge stellen sicher, dass unsere Medizintechnik auch in Zukunft immer auf dem neuesten Stand ist.“

Ambulante Operationen gewinnen immer mehr Bedeutung. Das sieht auch Uwe Happel: „Ich bin überzeugt, dass die ambulanten OP-Zentren eine ebenso hochqualitative Infrastruktur vorhalten können wie eine Klinik. Damit wird der Grundstein gelegt, dass viele stationäre Operationen in die ambulanten OP-Zentren verlegt werden können. Abgesehen davon, dass die großen Kliniken vor enormen wirtschaftlichen Herausforderungen stehen, werden moderne OP-Zentren dagegen zunehmend an Bedeutung gewinnen.“

Kontakt: www.getinge.com

Medizinische adaptive Kompression

Circaid® von medi – neue Produkte budgetneutral und verordnungsfähig

Die Firma medi erweitert ihr circaid Produkt-Portfolio für die Entstauungstherapie. Wie das Unternehmen mitteilte, sind die medizinischen adaptiven Kompressionssysteme circaid® juxtalite® zur Entstauung ausgeprägter venöser Ödeme und Therapie des Ulcus cruris venosum sowie circaid® juxtafit® für Arm und Unterschenkel zur Entstauung lymphologischer Ödeme ab sofort budgetneutral verordnungsfähig.

Mit dem Built-In-Pressure Systems (BPS) wird der korrekte therapeutische Kompressionsdruck exakt eingestellt und jederzeit nachjustiert. Dies soll das Selbstmanagement erleichtern und die Therapieadhärenz verbessern: Patienten können nach einer Einweisung durch geschultes Fachpersonal die circaid Produkte selbstständig an- und ablegen.

Kontakt: Fachinformationen bitte anfordern unter Telefon 0921 912-977 oder per E-Mail an arzt@medi.de, Internet: www.medi.biz/circaid



Foto: medi

Akutschmerztherapie

Hohe OP-Zahlen und geringe Schmerzraten – aber kaum statistische Daten

Von Antje Thiel

In Ausgabe 4.2021 unseres Magazins haben wir in einem Bericht über den NARKA u. a. auch über die Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur postoperativen Schmerztherapie berichtet. Darin zitiert wurde Professor Winfried Meißner (Jena), Mitinitiator des ebenfalls beschriebenen Quips-Projekts, der den Mangel an Daten aus dem ambulanten Bereich beklagte. Aktuell führt der BAO zusammen mit Prof. Meißner und der Universität Jena sowie Firma Medicaltex eine wissenschaftliche Auswertung der Schmerzbewertung und -erfahrung ambulant operierter Patienten anhand von Millionen Erhebungsbögen (AQS1 und QUIPS) durch, deren Ergebnisse nach Fertigstellung auch hier veröffentlicht werden sollen.

In dieser Ausgabe möchten wir vorab schon einmal ein – nicht-repräsentatives – Stimmungsbild liefern. Hierfür haben wir eine Reihe von Ärzten befragt, die sich in verschiedenen Fach- und Spezialgebieten mit dem Ambulanten Operieren beschäftigen. Die so entstandenen ‚Steckbriefe‘ sollen darstellen, welchen Stellenwert und welche Qualität die postoperative Schmerztherapie bei einzelnen Expertinnen und Experten hat. Konkret waren die Befragten aufgefordert, sich zu neun Punkten (siehe unten) zu äußern. Im Folgenden finden Sie die Antworten der einzelnen Befragten.

Postoperative Akutschmerztherapie: Das waren unsere 9 Fragen

1. Name und Fach- bzw. Spezialgebiet
2. Wie viele ambulante Operationen führen Sie pro Jahr in Ihrem Spezialgebiet durch (0 bis 100, 100 bis 200, mehr als 200)?
3. Welches ist hierbei Ihr bevorzugtes Verfahren?
4. Kommen bei Ihnen intraoperativ Lokalanästhetika zum Einsatz?
5. Welche Analgetika kommen in Ihrer Einrichtung in den ersten drei postoperativen Tagen bevorzugt zum Einsatz?
6. Erfassen Sie die postoperativen Schmerzen Ihrer Patienten unmittelbar ab in diesem Zeitraum statistisch? Falls ja, welches Tool nutzen Sie zur statistischen Erfassung und Auswertung Ihrer Schmerzdaten?
7. Wie hoch ist der Anteil von OP-Patienten, die auf der VAS-Skala (0–10, wobei 0 keine Schmerzen und 10 stärkste Schmerzen bedeutet) in den ersten drei postoperativen Tagen einen VAS-Wert <4 angeben?

8. Wie bewerten Sie die zunehmenden Dokumentationspflichten mit Blick auf notwendige Qualitätssicherung einerseits und zeitraubende Bürokratie andererseits?
9. Haben Sie Wünsche oder Anregungen, wie Selbstverwaltung und/oder Ihr Berufsverband Sie beim postoperativen Schmerzmanagement unterstützen können?

Dr. Gerd-Dieter von Koschitzky, Walsrode

1. Facharzt für Allgemeinchirurgie. Schwerpunkte Fuß, Hand- und Hernienchirurgie (offen)
2. Über 200 in Allgemeinnarkose
3. In Absprache mit dem Anästhesisten, patientenadaptiert. Am häufigsten LAMA, gasfrei.
4. Immer (Bupivacain), vor Öffnen der Bluteere bzw. Reduktion der Narkose-Analgesie
5. **A.** Ibuprofen nach feste Schema 3× täglich 30' vor den Mahlzeiten. Novaminsulfon 500 mg nach Bedarf bis zu 4×1. Bei höherem Bedarf: Rücksprache mit der Praxis. **B.** Bei Unverträglichkeit oder Kontraindikation für Ibuprofen: Novaminsulfon 500 mg 3×1 und 2×1 Tilidin 50/4 Retard morgens und abends bei Bedarf. **C.** Bei präoperativer regelmäßiger Analgetikaeinnahme Erhöhung des Tilidin oder Tramal und als Festverordnung. Reduktion nach 3–5 Tagen. Bei Hand- und Fuß-Operationen ist Ruheschmerz ab 3. postoperativen Tag ‚VERBOTEN‘, als wichtige CRPS-Prophylaxe. Jeder Patient wird darauf hingewiesen. Und druckfreie Verbände!
6. Bei allen größeren Operationen erhalten die Patienten am OP-Tag einen Medikamentenplan mit integrierter Schmerzskala (0 bis 10. 0: Kein Schmerz. 10: maximaler Schmerz). Auswertung am 1. postoperativen Tag und Medikamentenanpassung. Keine statistische Auswertung.
7. 20–25% in der 1. postoperativen Nacht nach Abklingen der postoperativen LA-Analgesie, davon die Hälfte bis zum Eintritt der Bedarfsmedikation die immer mitgegeben wird (meistens Novaminsulfon). Bei < 5% der Patienten noch Schmerzen über 4 beim ersten Bandwechsel.
8. Ein politisch und gesellschaftlich gewolltes Übel, das viel Arbeit macht und die Freude an unserem schönen Beruf leider mindert.
9. Ich wünsche mir, dass mein Berufsverband weiterhin dafür kämpft, dass die ständigen neuen Anforderungen in Bürokratie, Infrastruktur und Hygiene uns nicht ohne Kostenersatz aufgebürdet werden. Und ich danke ihm dafür, dass er mit unermüdlichem Einsatz seit Einführung des EBM 2000 Schlimmeres verhindert hat! Insbesondere: Da der Mehraufwand an Bürokratie politisch gewollt ist, muss es auch einen Kostenersatz für die dafür erforderliche Infrastruktur, Personal- und Arztzeit geben! Auch für die 24-Stunden-Bereitschaft nach ambulanten Operationen (unter anderem wegen ggf. postoperativer Schmerzen) muss es Kostenersatz geben. Bei den Belegärzten wird es ja (wenn auch nicht wirklich auskömmlich) anerkannt: Sie werden vom allgemeinen Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst befreit, obwohl sie häufig in der Menge nicht einmal 10% der Operationen durchführen wie z. B. ich.



Foto: von Koschitzky

Jörg Karst, Berlin

1. Ambulante Anästhesiologie
2. Ca. 6.000 Anästhesien
3. Ca. 70% Vollnarkose mit Total Intravenöser Anästhesie (TIVA), 30% Regionalanästhesie (Tendenz steigend)
4. Regelmäßig auch zur Wundrandinfiltration
5. Oxycodon, Ibuprofen und Paracetamol
6. Nein!
7. 99% (nicht statistisch erfasst!)
8. Wichtige Maßnahme zur Standardisierung der postoperativen Schmerzerfassung inklusive Benchmarking
9. Angebot eines allgemeinverbindlichen Tools, gerne auch digital zur systematischen Erfassung



Foto: Karst

Dr. Ralf Lippert, Bremen

1. Kinderchirurgische Praxis in der Ambulanten Klinik am St. Joseph Stift in Bremen
2. Ca. 600 in Allgemeinanästhesie und 500 in Lokalanästhesie
3. Allgemeinanästhesie mit Larynxmaske (Kinder-OPs)
4. Ja, regelhaft: Bucain 0,5%. 0,2 ml/kg lokal entsprechend 1 mg/kg (z. B. Peniswurzelblock)
5. NASR postoperativ
6. Nein, keine systematische Datenerhebung, Tool: Erfassung individuell mittels VAS bzw. KUSS Schema
7. 80% (geschätzter Wert)
8. Sehr arbeitsaufwändig und unpraktikabel, wenig kindgerecht
9. Aktuelle Informationen und ggf. Online-Fortbildungen zum Thema



Foto: Lippert

Dr. Frank Sinning, Nürnberg

1. Hernienchirurgie
2. 200
3. 3D-Plug, Lichtenstein
4. 10 ml Naropin 7,5 mg
5. IBU 600 mg 1-0-1, Novamin 4 x 2 (à 500 mg)
6. Ja, Herniamed, Statconsult
7. 97%
8. Aufwand ist unangemessen. Ziel: Ein-Blatt-Dokumentation wie z. B. im dänischen QM-Register
9. Abgabe von Kleinmengen als Blister-Sprechstundenbedarf. So sind zum Beispiel vier Tabletten Ibuprofen bisher schwierig zu verordnen. Eine solche Abgabe an den Patienten steht gegen die Sprechstunden-Bedarfsregelung. N2-Packung dagegen erzeugt viel Medikamentemüll.



Foto: Sinning

Dr. Stefan Leisinger, Offenburg

1. Anästhesie für Orthopädie, Unfallchirurgie, Handchirurgie, Varizenchirurgie, Ophthalmologie, Kinderanästhesie
2. Über 3.000
3. Larynxmaske (TIVA), Intubationsnarkose (TIVA), axilläre und interskalenäre Plexusanästhesien, Blockaden: N. femoralis, N. obturatorius, dist. N. ischiadicus (alle RA-Verfahren US-kontrolliert), Analgosedierungen in Kombination mit Lokalanästhesien
4. Ja – sowohl als Lokalanästhesien durch den Operateur wie auch im Rahmen von Regionalanästhesien
5. Ibuprofen, Diclofenac, Novaminsulfon, Paracetamol
6. Nein
7. Nicht bekannt. Durch den großzügigen Einsatz langwirksamer Regionalanästhesieverfahren bei potenziell schmerzhaften OP-Prozeduren gehen wir von einem hohen Anteil von Patienten der VAS < 4 aus. Zusätzlich erhalten die Patienten orale Analgetika in ausreichender Menge rezeptiert und werden auf die sinnvolle Einnahme hingewiesen. Im Prämedikationsgespräch wird bei postoperativ als schmerzhaft eingestuftem OP-Prozeduren die Kombination einer VN mit einem Regionalanästhesieverfahren empfohlen (z. B.: Schulterchirurgie: VN + ISB, Eingriffe im Bereich des Knies wie Arthroskopien oder Umstellungsosteotomien: VN + Femoralisblockade, Fußchirurgie: VN + distale Ischiadikusblockade + N. Saphenus. Handchirurgie wird bevorzugt in axillärer Plexusanästhesie durchgeführt.)
8. Qualitätssicherung und besonders Forschung auch im ambulant-operativen und -anästhesiologischen Setting sind absolut wünschenswert, der administrative Aufwand muss jedoch gering gehalten bzw. von Dritten übernommen werden. Der zwischenzeitlich überbordende Aufwand für Aufklärung, Dokumentation und Abrechnungs-Bürokratie ist grotesk, zeitraubend und nicht zielführend, da kein Benefit für die Patientenversorgung erreicht wird. Weiterer Aufwand dafür in den Praxen blockiert Abläufe und bringt keinerlei Informations- oder Sicherheitsgewinn.
9. Etablierung von akademischen Lehrpraxen, bei denen durch externe Kräfte brauchbare Daten zur Versorgungsforschung im gesamten ambulanten/perioperativen Bereich erhoben und verarbeitet werden können. Einführung und Unterstützung von Peer-Review-Verfahren für unterschiedliche Bereiche (Hygiene, perioperative Schmerztherapie, Qualitäts- und Risikomanagement). Unterstützung bei der Digitalisierung des gesamten Behandlungsprozesses von Aufklärung über Anästhesie bis Betreuung im Aufwachraum. Ermöglichung von Hospitationen in unterschiedlichen anästhesiologischen Settings.



Foto: Leisinger

Dr. Rüdiger Werbeck, Hamburg

1. Facharzt für Kinderchirurgie
2. Mehr als 200
3. Offen-chirurgische ambulante Operationen bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis 16 Jahre bzw. < 100 kg Körpergewicht
4. Alle Eingriffe erfolgen bei uns in Allgemeinanästhesie mit Larynxmaske (siehe CMBD Heft 96, Mai 2020). Dennoch erfolgt prinzipiell eine Leitungsanästhesie der versorgenden Nerven oder Wundinfiltration beim Wundverschluss, bzw. ein Peniswurzelblock oder eine Oberst-Leitungsanästhesie zu Beginn des Eingriffs.
5. Ibuprofen, alternativ Paracetamol
6. Keine statistische Erfassung. Bei Unklarheiten können die Betreuungspersonen den Anästhesisten und den Kinderchirurgen jederzeit telefonisch („Notfallhandy“) erreichen.
7. Da keine routinemäßige Erfassung erfolgt, lässt sich das nur schätzen. Bei den Zirkumzisionen schätze ich mindestens 60%, bei den Hodenverlagerungen und Leistenhernien 30%. Interessant ist die interindividuelle Schwankungsbreite bei gleichen Eingriffen, selbst bei Geschwistern.
8. Das ist durchaus lästig... Wichtiger aber noch sind die ständig steigenden Hygieneauflagen bei fehlender Finanzierung.
9. Das postoperative Schmerzmanagement erfolgt in enger Absprache mit unseren Anästhesisten. Hier sind wir wirklich sehr gut aufgestellt.



Foto: Werbeck

Dr. Stefan Mann, Regensburg

1. Gefäßchirurgie
2. 1.200
3. Babcook-OP
4. Ja
5. Paracetamol
6. Postoperative OP-Dokumentation
7. 95 %
8. Wegen fehlender Transparenz Vergleich und Auswertbarkeit wenig sinnvoll
9. Nein



Foto: Mann

Dr. Ralph Lorenz, Berlin

1. FEBS-AWS – Hernienchirurg
2. Ca. 200 Eingriffe pro Jahr
3. Offene Operationsverfahren ohne und mit Netz (Leistenhernien: Shouldice, Desarda, TIPP, ONSTEP, Gilbert, Ventralhernien: Direktnaht, PUMP, Sublay)
4. Ja, immer als sogenannte wet dissection oder wet preparation
5. Meistens reichen NSAR völlig aus
6. Ja, immer! Ich benutze das eigene Hernienregister im Netzwerk Leistenbruch = QS Leistenhernie (ein von ambulanten Chirurgen 2009 gegründetes Qualitätssicherungsinstrument), welches mit dem Herniamed-Register verlinkt ist.
7. In Abhängigkeit von der gewählten Operation und der Analgesie sind ca 60% der Patienten schmerzarm.
8. Qualitätssicherung ist zwar natürlich zeitraubend, aber wir benötigen diese Reflexion, um letztendlich bessere Ergebnisse für unsere Patienten zu erreichen.
9. Das Ambulante Operieren wird in Deutschland gesundheitspolitisch leider nicht unterstützt und gefördert. Nicht zuletzt besteht finanziell trotz immer besserer OP-Verfahren, besserer Narkoseverfahren und besserer postoperativer Schmerzmittel noch immer ein politischer Fehlanreiz. Das Schmerzmanagement explizit kann nicht unterstützt werden.



Foto: Lorenz

Dr. Jochen Peter, Wiesbaden

1. Facharzt für Gefäßchirurgie
2. Weit mehr als 200 ambulante Eingriffe pro Jahr
3. Varizeneingriffe: Endovenöse thermische Verfahren, Radiowelle und Laser sowie konventionelle Crossektomie und Stripping
4. Immer, auch zusätzlich zur Allgemeinanästhesie, die Patienten haben hinterher weniger Schmerzen.
5. NSAR
6. Wir führen keine Statistik.
7. Wir erfragen den postoperativen Schmerzmittelbedarf am ersten postoperativen Tag. Die VAS wird dabei nicht verwendet, denn in vielen Fällen besteht kein Schmerzmittelbedarf oder eine Einmalgabe von z. B. Ibuprofen ist ausreichend.
8. So viel Platz haben Sie nicht, um meine Meinung zu Dokumentationspflichten und Bürokratie zu drucken. Nur dieser Vorschlag: Die KV sollte jeder Praxis neben dem Assistenzpersonal einen Gesundheitsmanager mit Hochschulabschluss in Vollzeit finanzieren.
9. Solange sich unsere Patienten nicht über Schmerzen beklagen und uns weiterempfehlen, sehe ich unser postoperatives Schmerzmanagement als in Ordnung an und benötige keine Unterstützung dabei.



Foto: Peter

Kommentar des BNC-Vorsitzenden Jan Henniger: Ambulantes Operieren sollte an Universitäten erforscht werden

Vorweg zunächst einmal ein Disclaimer: Die hier vorgestellte aktuelle Erhebung ist nicht repräsentativ und erhebt entsprechend keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit. Sie ersetzt auch keine Studien mit einer größeren Zahl von teilnehmenden OP-Praxen, aus denen sich statistische Signifikanz ableiten ließe. Aber sie vermitteln einen Eindruck, welchen Stellenwert die postoperative Akutschmerztherapie in ambulant operierenden Einrichtungen genießt.

Fachlich fällt an den Ausführungen der Kollegen vor allem eines auf: Alle geben an, das OP-Gebiet regelhaft intraoperativ mit Lokalanästhetika zu infiltrieren – unabhängig von ihrem jeweiligen operativen Spezialgebiet. Die niedrigen postoperativen Schmerzzahlen sprechen dafür, dass der intraoperative Einsatz von Lokalanästhetika mittlerweile ein Standardinstrument zur Vermeidung postoperativer Akutschmerzen darstellt. Qualitativ müssen sich die niedergelassenen Operateure und Anästhesisten nicht verstecken – im Gegenteil: Dank ihrer hohen Fallzahlen sind sie hochspezialisiert. Aus der hohen Ergebnisqualität spricht ein Höchstmaß an Erfahrung und Expertise.

Daneben finde ich es bemerkenswert, dass nur wenige der befragten Kollegen diese hohe Ergebnisqualität in der postoperativen Akutschmerztherapie standardisiert dokumentieren und statistisch auswerten. Das ist nicht als Vorwurf zu verstehen. Dokumentation und Evaluation sind fraglos wichtig, wie etliche Kollegen in der Befragung ja auch anerkennen. Doch sie kosten viel Zeit, zum Teil auch Geld, und personelle Ressourcen, die an anderer Stelle dringend(er) benötigt werden. Sogar die wenigen Kollegen, die ihre Zahlen in Registern oder anderen Programmen dokumentieren, sind nicht glücklich über den damit verbundenen Aufwand. Trotzdem bleibt die wissenschaftliche Aufarbeitung unserer Daten ein zentrales Anliegen. Denn nur wenn wir die Qualität unserer Arbeit nachvollziehbar belegen können, können wir mit validen Argumenten in Vertrags- und Honorarverhandlungen ziehen. Woher also sollen die Daten kommen? Wer soll sie sammeln und auswerten?

Das Ambulante Operieren als innovative, sichere, patientenfreundliche und kosteneffiziente Versorgungsform wird an Universitäten bislang kaum erforscht. Wäre es nicht an der Zeit, dass sich Lehrstühle für Gesundheitsökonomie verstärkt mit diesem Thema befassen? Dass Medizinstudierende und Doktoranden in ihren wissenschaftlichen Arbeiten im Sinne der Versorgungsforschung nicht nur Krankenhausdaten, sondern auch Ergebnisse aus dem vertragsärztlichen Sektor statistisch aufarbeiten?

BNC und BAO werden in Kürze damit beginnen, das Ambulante Operieren in die medizinische Lehre an den Universitäten zu tragen (siehe Seite 8f.), um bei den Medizinstudierenden frühzeitig Interesse an dieser besondere Versorgungsform zu wecken. Die sich hieraus ergebenden Kontakte können wir u. U. auch für die Datenpflege und -auswertung nutzen. Voraussetzung hierfür ist natürlich, dass die Kolleginnen und Kollegen bereit sind, die erforderlichen Rohdaten zu teilen. Lassen Sie mich gern wissen, wie Sie darüber denken!

Jan Henniger, 1. Vorsitzender des BNC

Dr. Karsten Becker, Hannover

1. Chirurgie/Unfallchirurgie, Spezialgebiet Handchirurgie
2. 1.100
3. Plexusanästhesie, Handblock
4. Ja
5. Ibuprofen, Metamizol, selten Tramadol
6. VAS
7. 75 %
8. Sehr zeitraubend und die Organisation behindernd
9. Keine



Foto: Becker

Akutschmerztherapie

„Weniger Opioide“ darf nicht heißen „weniger Analgesie“!

Es gibt gute Gründe, im perioperativen Setting auf opioidbasierte Analgetika zu verzichten. Doch nachweislich wirksame, sichere und verträgliche Alternativen sind rar. Experten plädieren daher für einen verantwortungsvollen Umgang mit Opioiden im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Modells in der Schmerztherapie.

Von Antje Thiel

Die US-amerikanische Opioid-Krise ist mit den hiesigen Verhältnissen nicht zu vergleichen. Und doch bemängeln Experten auch in Deutschland einen oft allzu unkritischen Umgang mit Opioiden in der Schmerztherapie. Bei einer Sitzung im Rahmen der virtuell abgehaltenen Norddeutschen Anästhesietage am 10. Dezember 2021 sprach Priv.-Doz. Dr. Carsten Bantel von der Hochschulambulanz für Schmerztherapie am Klinikum Oldenburg über den Stellenwert von Alternativen zu Opioiden in der perioperativen Akutschmerztherapie.

In den USA beobachtete man seit Ende der 1990er Jahre einen Anstieg bei den durch Opioide ausgelösten Todesfällen, berichtete der Schmerzmediziner. Im Jahr 2016 habe die US-Regierung deswegen sogar den Gesundheitsnotstand ausgerufen. Ärztinnen und Ärzte verschrieben dort im Zusammenhang mit operativen Eingriffen relativ unkritisch Opioide, was häufig zu Abhängigkeit bei den Patientinnen und Patienten führe. Während die Kosten anfänglich von den Krankenkassen übernommen würden, müssten die Versicherten die Therapie im weiteren Verlauf der Zeit selbst bezahlen: „Dann können sie sich die teuren Präparate nicht mehr leisten und müssen auf billige Ware von der Straße ausweichen“, sagte Dr. Bantel.

Ziel ist eine verantwortungsbewusste Verschreibungspraxis

In Deutschland seien die Rahmenbedingungen aufgrund des anderen und deutlich umfassenderen Versicherungssystems nicht

dieselben, „doch auch hier bekommen mittlerweile viele Menschen in den hausärztlichen Praxen hochdosierte Opiate verschrieben. Wir sollten auch hierzulande zu einer verantwortungsbewussten Verschreibungspraxis bei Opiaten kommen“, meinte Dr. Bantel. Wenn es um Opioid-Verzicht bzw. -Reduktion geht, müsse man sich aber zunächst über die damit zusammenhängenden Begrifflichkeiten klarwerden:

- ▶ Opioid-freie Anästhesie = intraoperativer Verzicht auf jegliche Opioidgabe,
- ▶ Opioid-sparende Anästhesie = sparsamer intraoperativer Einsatz von Opioiden,
- ▶ Opioid-freie Analgesie = postoperative Analgesie unter Verzicht auf Opioide,
- ▶ Multimodale Analgesie = Einsatz unterschiedlicher Analgetika mit additiven (synergistischen) Effekten mit dem Ziel der Einsparung von Opioiden.

„Leider sind diese Begrifflichkeiten, obwohl völlig einleuchtend, nicht allgemein akzeptiert“, beschrieb Dr. Bantel das Dilemma. Einigkeit gebe es immerhin bei den Zielen des reduzierten Opioidverbrauchs. Durch die Gabe von weniger Opioiden unmittelbar postoperativ sinke das Risiko für Übelkeit und Erbrechen sowie Atemdepression und verzögerte Entlassung aus dem Krankenhaus. Ein reduzierter postoperativer Opioidverbrauch zu Hause vermindere das Risiko für Abhängigkeit, Fehlgebrauch und negative Opioideffekte wie Verstopfung, Sturzneigung, kognitive Einschränkungen sowie hormonelle und immunologische Umstellungen. Alternativen zu Opioiden müssten allerdings effektiv, sicher, möglichst wenig aufwändig und bedarfsgerecht einsetzbar sein, betonte Dr. Bantel.

Ebenso wie der chronische Schmerz, sollte auch der Akutschmerz nach dem bio-psycho-sozialen Modell für die Entstehung von Schmerzen behandelt werden. Dieses Modell berücksichtigt nicht nur die körperlichen, biologischen Bedingungen bei der Entstehung von chronischen Schmerzen, sondern auch psychische Faktoren (Gedanken, Gefühle, Bewertungen) und soziale Aspekte des Schmerzes (Veränderungen in Beziehungen im Beruf, in der Familie und im Freundeskreis).



Foto: Pixabay

Wenig Evidenz zur Effektivität opioidfreier Alternativen

Der Verzicht auf Opiode sei dabei nicht leicht: So müsse man bei allen Medikamenten bzw. Interventionen (Regional- und Lokalanästhesie, Stufe-1-Analgetika nach dem WHO-Stufenschema, i.v. Lidocain, Alpha-2-Agonisten, Betablocker, Steroide, Magnesium und Gabapentinoide) Höchstdosen beachten, „sie sind also nicht so flexibel wie Opiode“, erklärte Dr. Bantel. Zudem gebe es nur wenig Evidenz für die biologische Effektivität alternativer schmerztherapeutischer Konzepte im direkten Vergleich zur Opioidtherapie. So fehlten auch in zwei Metaanalysen von 2019 [1,2] umfassende Daten zur intra- und teilweise auch zur postoperativen Analgesie, zu Wohlergehen und Opioidverbrauch nach der Entlassung und zu nicht-pharmakologischen Ansätzen.

Dabei sei bekannt, dass der postoperative Opioidverbrauch auch von psychischen Faktoren wie Stress, Angst und dem eigenen Vermögen abhängig sei, mit der besonderen Situation im Krankenhaus umzugehen – Stichwort Coping-Strategien. Der Einsatz von Entspannungstechniken, Psychoedukation und Verhaltenstherapie (siehe auch Kasten) könne einer aktuellen Studie [3] zufolge zumindest dazu beitragen, postoperative Schmerzen und auch den Opioidverbrauch zu senken.

Auch in puncto Sicherheit könnten pharmakologische Alternativen zu Opioiden nur bedingt überzeugen. So gebe es verschiedene Kontraindikationen und Nebenwirkungen, die in vielen Fällen gegen den Einsatz alternativer Substanzen sprechen, betonte Dr. Bantel.

Insbesondere die intravenöse Anwendung von Lidocain [4,5] und der Einsatz von Gabapentinoide [6] würden aufgrund unerwünschter Nebenwirkungen bis hin zu einem tragischen Todesfall mittlerweile sehr kritisch diskutiert und seien von den aktuellen Leitlinien nicht gedeckt. „Es gibt keine gute Evidenz, das Einsparpotenzial für Opiode ist gering, dazu kommt eine Reihe möglicher Nebenwirkungen“, fasste der Schmerztherapeut die Situation zusammen.

Auch das Timing der Opioidgabe ist wichtig

Für ihn bleibt daher eine Reihe offener Fragen: „Wir brauchen mehr Daten darüber, ob eine Verminderung der stationären Opioidgabe auch den Opioidverbrauch zu Hause senkt. Wir müssen mehr über die Effektivität der opioidreduzierten Analgetikagaben lernen. Und auch das Timing der Opioidgabe – Stichwort ‚Peak-End-Rule‘ – ist wichtig. Vielleicht braucht es während der Narkose gar nicht so viele Analgetika, dafür aber am Ende bzw. danach?“, meinte Dr. Bantel und schloss seinen Vortrag mit dem Fazit: „Wir müssen insgesamt verantwortungsvoller mit Opioiden umgehen. Weniger Opioid darf allerdings nicht gleichbedeutend sein mit weniger Analgesie.“

Literatur

Zu den Literaturverweisen gelangen Sie online über den Kurzlink <https://tinyurl.com/2y9z7hcw> bzw. indem Sie den nebenstehenden QR-Code scannen.



Psychotherapeutin: Es muss nicht immer das große Besteck sein – ein bisschen ablenken und positiv bestärken kann jeder!

Während die Rolle der Psychologie bei chronischen Schmerzen inzwischen unumstritten ist, wird der Anteil psychologischer Aspekte in der Therapie akuter Schmerzen bislang nicht ausgeschöpft. Darauf wies die in Rostock niedergelassene Psychologische Psychotherapeutin Dr. rer. hum. Anke Hierundar im Anschluss an den Vortrag zur Vermeidung von Opioiden hin. Je nach Studie klagten 10 bis 50 Prozent aller Patientinnen und Patienten nach gängigen Operationen über persistierende Schmerzen, es erfolge mehrheitlich keine suffiziente Behandlung durch alleinige pharmakologische Therapie. Daraus resultierten eine gehemmte postoperative Erholung, ein schlechteres OP-Ergebnis, vermehrte Komplikationen, verminderte Lebensqualität und ein erhöhtes Risiko für chronische Schmerzen. „Alle diese Faktoren sind auch psychologisch vermittelt – und sie zeigen auch psychologische Therapieaspekte auf“, erklärte die Referentin.

Als Risikofaktoren für postoperative Akutschmerzen nannte sie präoperative Angst und depressive Grundstimmung, vor allem aber auch die Schmerzexpectation und bereits präoperativ vorhandene Schmerzen. „Eine hohe Schmerzexpectation entspricht einer dysfunktionalen Stressverarbeitung und führt zur Schmerzkatastrophisierung“, erklärte Dr. Hierundar. Diese sei gekennzeichnet durch eine dauerhafte Beschäftigung mit dem Schmerz, Sorgen bezüglich der Schmerzprognose und das Erleben von Hilflosigkeit. „Wir wissen, dass Patienten mit ausgeprägter Schmerzkatastrophisierung einen höheren Leidensdruck haben und eher passiv-resignativ mit Schmerzen umgehen.“ Das individuelle Schmerz-erleben werde auch durch Lernprozesse sowie kulturelle und familiäre Modelle beeinflusst, erläuterte die Psychologin. Diese Faktoren ließen sich mittlerweile mit standardisierten Fragebögen abfragen, die präoperativ ausgegeben werden können. Auch patientenseitige Vorkenntnisse und eine umfassende Aufklärung hätten großen Einfluss auf das Schmerz-erleben. „Hier geht es um Kommunikation und die Frage, wie tragfähig die Arzt-Patienten-Beziehung ist“, sagte sie.

Psychologische Faktoren könnten die Schmerzbelastung aber nicht nur erhöhen, sondern auch zur Reduktion des Schmerzerlebens genutzt werden: „Es klingt vielleicht banal, aber die Patientenaufklärung ist die Basis der psychologischen Schmerztherapie. Lassen sie sich z. B. nicht durch ängstliche Patienten dazu verleiten, Schmerzfremdheit zu versprechen“, riet Dr. Hierundar. Die präoperative Information müsse an den Wissensstand und die intellektuellen Fähigkeiten des Patienten angepasst werden: „Sprechen Sie patientisch! Fragen Sie nach, wiederholen Sie relevante Informationen!“ Leider würden allzu oft nur Bruchteile des Aufklärungsgesprächs wirklich verstanden. „Doch gut aufgeklärte Patienten berichten über weniger Angst und eine geringere Schmerzbelastung.“

Psychologische und psychotherapeutische Ansätze seien daher eine gute Ergänzung zur medikamentösen Analgesie beim wachen, ansprechbaren und orientierten Patienten. Dies spiegele sich auch in den jüngsten US-amerikanischen und australischen Leitlinien [7,8] wider. Konkret umfassten diese Ansätze die Ablenkung vom Schmerz bis zur Lenkung der Aufmerksamkeit auf imaginäre Szenen bzw. Empfindungen oder auf externe Reize wie Musik, Szenen oder Gerüche – eine Technik, die vor allem bei Kindern gut funktioniere. Am besten untersucht seien Entspannungstechniken wie progressive Muskelrelaxation, autogenes Training und Imagination. Obwohl es bislang keine Evidenzen für eine Änderung klinischer Parameter gebe, könne man doch eine deutliche Verbesserung des Allgemeinbefindens und eine Steigerung des Selbstwirksamkeitserlebens feststellen.

Psychologische und psychotherapeutische Maßnahmen zur Akutschmerztherapie im perioperativen Setting kosteten weder viel Zeit noch andere Ressourcen und könnten die multimodale patientenzentrierte Behandlung gut ergänzen. „Trauen sie sich einfach! Man muss nicht für jede psychologische intervention selbst Psychologe sein. Es muss nicht immer das große Gesamtbesteck sein – ein bisschen ablenken und positiv bestärken kann jeder!“, sagte Dr. Hierundar.



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.