

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



### Dermatochirurgie

## Deutlich facettenreicher als nur 'Muttermale spindeln' ...

#### Bundeskongress Chirurgie

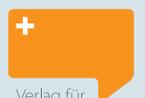
Berichte von ausgewählten  
berufspolitischen und  
fachlichen Sitzungen

#### Spitzenverband Fachärzte

Fachärztetag 2022: Die  
Ambulantisierung ist eine  
Chance für alle Beteiligten

#### Hernienchirurgie

10 Jahre Herniamed: Ein  
bewährtes Tool feiert seinen  
ersten runden Geburtstag





**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 47.

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

# Inhalt

## Berufspolitik

### Leitartikel BNC

Machen wir uns auf harte Verhandlungsrunden gefasst

8

### Leitartikel BAO

Die Schonfrist für die neue Bundesregierung ist vorbei

10

### Bundeskongress Chirurgie 2022

Nach einem Jahr Zwangspause: Endlich wieder persönlicher kollegialer Austausch!

14

### Spitzenverband Fachärzte

Fachärztetag 2022: Ambulantisierung als Chance für alle Beteiligten

18

## Regional

### Ansprechpartner

Kontakt zu den Geschäftsstellen und Regionalverbänden von BNC und BAO

20

### Meldungen

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

21

## Service

### Aktuelles zum Arztrecht

Neues zu Praxisgründung, Praxisverkauf und Sonderbedarfszulassung im MVZ

24

### Aktuelles zum Arztrecht

Filler, Haartransplantationen und Co.: Wer darf was – und wo sind die Grenzen?

26

### Altersvorsorge

Ohne Geldsorgen in den Ruhestand: Impulse für alternative Vorsorgemodelle

28

### Abrechnung

Auszüge aus dem neuen Kompendium ‚Der Kommentar zu EBM und GOÄ‘, Teil 6

30

### Qualitätsmanagement

Wie geht es weiter nach Ende des QEP®-Zertifizierungsverfahrens?

33

### Praxisteam

Wie man unhöfliche oder aggressive Patienten in ihre Schranken weist

34

## Medizin

### Geraer Symposium Chirurgie 2022

Fortbildung mit Fokus auf Hand- und Fußchirurgie

41

### Dermatochirurgie

Deutlich facettenreicher als nur ‚Muttermale spindeln‘...

44

### Hernienchirurgie

Ein bewährtes Tool feiert den ersten runden Geburtstag

48

### Bundeskongress Chirurgie

Freimütige Rückblicke auf eigene Fehler: „An jeder Galle hängt ein Mensch!“

50

## Verschiedenes

### Editorial

Ein Kongressbesuch ist wie Fahrradfahren – man verlernt es nicht!

4

### Impressum

Kontakt zu Herausgebern, Redaktion, Verlag, Grafik und Anzeigenabteilung

4

### Nachrichten

Aktuelle Informationen aus Politik und Wissenschaft

5

### Buchtipps

Aktuelle Neuerscheinungen für Chirurgen, Operateure und Anästhesisten

36

### Termine

Kongresse, Seminare und Workshops für die fachärztliche Weiterbildung

38

### Industrie

Nachrichten und Produktneuheiten unserer Partner aus der Industrie

40

Titelbild: iStockphoto.com/Prostock-Studio

## SC 5010 SEK Mobiler OP Stuhl

### für

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



Kniehälter, elektrisch



Armtisch

Schulterzugang



Göpel Beinhalter



Schockposition

# AKRUS

**AKRUS GmbH & Co KG**

Otto-Hahn-Str. 3 | 25337 Elmshorn

Phone: +49 4121 79 19 30

Fax +49 4121 79 19 39

info@akrus.de | [www.akrus.de](http://www.akrus.de)

# Editorial

## Ein Kongressbesuch ist wie Fahrradfahren – man verlernt es nicht!

Liebe Leserinnen und liebe Leser,

ging Ihnen das auch so? Als Anfang des Jahres die Corona-Infektionszahlen in die Höhe schnellten, war ich mir ziemlich sicher, dass der Bundeskongress Chirurgie 2022 abgesagt werden würde. Ich wartete bis zum letzten Moment mit der Buchung meiner Bahnfahrt. Doch die erwartete Absage blieb aus, und mit etwas mulmigem Gefühl trat ich die Reise nach Nürnberg an. Es war mein erster Präsenzkongress nach zwei Pandemie Jahren mit unzähligen virtuellen Tagungen und Pressekonferenzen. Und ich war mir gar nicht mehr sicher, ob ich das noch kann: auf so viele Leute treffen und leibhaftigen Referentinnen und Referenten lauschen... Doch offenbar ist es mit dem Besuch von Kongressen ein bisschen wie mit dem Fahrradfahren: Nach einer längeren Pause fühlt man sich vielleicht etwas wackelig, aber verlernt hat man es nicht.

Im Zuge der Pandemie habe ich die Vorzüge virtueller Events zwar durchaus schätzen gelernt: So kann ich am heimischen Rechner viel leichter als in einem Vortragssaal mitschreiben und störe niemanden mit dem Geklapper meiner Tastatur. Bei parallel stattfindenden Sitzungen – oder wenn ich mich noch einmal einzelner Zitate vergewissern möchte – kann ich später die Mediathek ansteuern. Für Wissensvermittlung und Berichterstattung ist das sehr praktisch. Und doch geht viel von der Lebendigkeit verloren, die einen Kongress ebenfalls ausmacht. Wenn ich in mitten im Plenum sitze, kann ich auch am spontanen Beifall oder Raunen bzw. gelangweilten Gesichtern im Publikum ablesen, welches Thema den Nerv trifft und welches eher weniger Aufmerksamkeit in der Berichterstattung verdient. Deshalb hoffe ich, dass Präsenzkongresse weiterhin en vogue bleiben. Eindrücke vom Bundeskongress 2022 finden Sie auf Seite 14 ff. und 50f.



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 (2.2022) gedruckt und hat eine verbreitete Auflage von 7.226 Exemplaren (2.2022). Entsprechende Nachweise sind bei der Redaktion erhältlich.

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

## Wundbehandlung

## BNC beantragt OPS-Code für Gewebeersatzmaterialien

Die Arbeitsgemeinschaft Chronische Wunde im BNC unter Federführung von Dr. Walter Wetzel-Roth (Buchloe) hat im Februar 2022 beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) einen Antrag auf Bildung differenzierterer OPS-Codes für Haut und Gewebeersatz bei verschiedenen Wunden gestellt

Dr. Wetzel-Roth begründet die Initiative damit, dass die bestehenden OPS-Codes nicht ausreichen. So ist es derzeit nicht möglich, die verschiedenen Dermisersatzmaterialien bei den unterschiedlichen Indikationen abzubilden. Zwar gibt es bei bestimmten Wundtypen die Möglichkeit, allogen von xenogenem Material zu differenzieren. Bei anderen Wunden fehlt diese Möglichkeit aber völlig. Die Materialien unterscheiden sich auch in den Kosten teilweise erheblich. Auch fehlt eine Differenzierung der xenogenen Materialien untereinander. So kann aus Fischhaut hergestellter Haut- und Gewebeersatz nicht von bovinem oder porcinem Material abgegrenzt werden. Der Wundspezialist fordert daher u. a. möglichst spezifische Schlüssel so auch für die Verwendung von maritim-piscinen Gewebeersatzmaterial als Haut- und Weichgewebersatz. Gewebeersatz aus Fischhaut wird sowohl ambulant als auch stationär in Beleg- und Hauptabteilungen eingesetzt. Mit differenzierterer Kodierung kann



Ursprung des maritim-piscinen Gewebes, ist die Haut des atlantischen Kabeljaus

Foto: Hans-Petter Fjeld Wikimedia Commons

dieser Eingang in die Kalkulation der klinischen Vergütungssysteme (DRG, EBM) und in besondere Versorgungsverträge finden. Zudem ist es nötig, für die Kalkulation der Kosten, die mit der Größenzunahme der Defekte proportional steigen, die Größenangaben mit zusätzlichen

Suffices zu präzisieren. „Der Antrag wurde beim BfArM eingereicht und liegt jetzt dort, er wurde mit den Fachgesellschaften (DGfW, DGPRÄC, DDG u. a.) konsentiert, die ihn um ihre schriftlichen Stellungnahmen ergänzt haben“, berichtet Dr. Wetzel-Roth und führt weiter aus: „Das vorliegende piscine Dermisersatzmaterial (Kerecis™ Omega 3 Wound) gehört zwar in eine Unterkategorie xenogenen Dermisersatzmaterials, hat aber ein Alleinstellungsmerkmal“.

Unter maritim-piscinem Gewebe und Hautersatzmaterial versteht man eine Matrix, die zusätzliche mikrobizide Bestandteile enthält – darunter Omega 3-Fettsäuren. Daneben weist das aus der Haut des atlantischen Kabeljau gewonnene Gewebe einen hohen Gehalt an Kollagen, Elastin, Laminin, Fibronectin und Wachstumsfaktoren auf, die anderen xenogenen Ersatzmaterialien, nicht enthalten sind. Die Struktur der Matrix begünstigt das Einwachsen von Stammzellen, was dem Produkt eine zusätzliche pharmakodynamische Eigenschaft verleiht.

## Spitzenverband Fachärzte I

## Forderung nach mehr innovativen Versorgungsverträgen

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa), der in diesen Tagen sein zehnjähriges Bestehen feiert, hat die Bundesregierung aufgefordert, innovative Versorgungsformen zu fördern und bevölkerungsbezogene Versorgungsverträge attraktiver zu machen. „Die Fachärztinnen und Fachärzte sind überzeugt, dass mit dem Einsatz von Selektivverträgen die Gesundheitsversorgung in Deutschland maßgeblich verbessert werden kann“, sagte SpiFa-Vize Dr. Helmut Weinhart.

Leider sei die Einführung und Implementierung von Selektivverträgen immer noch eher die Ausnahme als die Regel. Als Grund dafür sieht der SpiFa unter anderem eine fehlende gesetzliche Definition und eine gesetzliche Förderung sowie bisweilen eine Blockadehaltung seitens der Krankenkassen oder der Kassenärztlichen Vereinigungen. „Leider mussten etliche SpiFa-Mitgliedsverbände in den letzten Jahren immer wieder erleben, dass so mit bürokratischen Hindernissen eine bestmögliche fachärztliche Versorgung in Gesundheitsregionen oder für definierte Populationen verhindert wurde,“ kritisierte Weinhart.

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

## Spitzenverband Fachärzte II

## Hygiene-Konzept präsentiert: „Nun sind die Kassen am Zug!“

Bereits im vergangenen Herbst hat die AG Hygiene des Spitzenverbands Fachärzte (SpiFa) im Rahmen ihrer Kampagne zum Thema Hygienekosten ein unter Federführung des Berufsverbands der Niedergelassenen Gastroenterologen Deutschlands e.V. (bng) erarbeitetes Konzept zur Abgeltung des Hygieneaufwandes im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vorgestellt. Wie der SpiFa mitteilte, haben zwischenzeitlich viele Mitgliedsverbände das Konzept für ihre jeweiligen Fachrichtungen adaptiert und auf Anwendbarkeit geprüft. Damit stehen ihnen nun erstmals solide Ansätze zur Berechnung bzw. Abgeltung des besonderen Hygieneaufwandes zur Verfügung.

Methodisch basiert der Ansatz auf einer separaten Kostenstelle ‚Hygiene/Aufbereitung‘ sowie einer Formulierung und Bewertung von Zuschlägen bzw. Teilleistungen für den kostenstellen- bzw. leistungsspezifischen besonderen Hygieneaufwand. Bei der Präsentation des Konzepts am 9. März 2022 in Berlin warb SpiFa-Vize Dr. Helmut Weinhart: „Das nun vorgelegte Konzept ist ‚löffelfertig‘ und ermöglicht eine den Tatsachen entsprechende Abbildung dieses Aufwandes.“ Nun seien die KBV und die gesetzlichen Krankenkassen am Zug.

## Deutscher Kongress Chirurgie (DCK)

# Warum Deutschland unbedingt mehr Chirurgeninnen braucht

In der Viszeralchirurgie ist der Anteil von Frauen in den vergangenen Jahren zwar auf knapp 30% gestiegen, Führungspositionen in den chirurgischen Abteilungen von Krankenhäusern sind allerdings weiterhin nur in wenig mehr als 10% der Fälle mit Frauen besetzt – obwohl längst die Mehrheit aller Medizinstudierenden weiblichen Geschlechts ist. Damit ist Prof. Natascha Nüssler, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) nicht zufrieden. Bei einer Pressekonferenz zum Deutschen Kongress Chirurgie (DCK) 2022 sagte sie: „Es gibt so viele Kliniken, in denen es nicht eine einzige Frau in einer Oberarztposition gibt. Von alleine ändert sich da gar nichts, außer wir betreiben es aktiv.“

Für die Frauenförderung reiche nicht aus, mehr Teilzeitangebote zu schaffen und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern. Es gehe vielmehr um Karrieremöglichkeiten und Akzeptanz, erklärte Prof. Nüssler. So zeigten Daten aus den USA, dass niedergelassene Ärzte ihre Patienten bevorzugt an männliche Chirurgen überweisen: „Ich bin mir sicher, dass das in Deutschland nicht anders ist. Es wird Frauen schlicht nicht zugetraut, solche Aufgaben zu übernehmen.“ Das trage dazu bei, dass Frauen selbst häufiger Zweifel hegen, ob sie bestimmte Aufgaben



Foto: Pixabay

bewältigen können. Hinzu kämen die klassischen Hierarchien im Krankenhaus. So förderten Führungspersönlichkeiten in der Chirurgie traditionell vor allem Männer. Folglich seien z.B. auch bei Chirurgiekongressen noch immer die meisten Teilnehmenden und auch die Referierenden Männer. „Für junge Frauen ergibt sich so das Bild, dass in diesem Fach einfach kein Platz für sie ist. Ohne sie werden wir das Nachwuchsproblem aber nicht lösen können“, betonte sie. Um die Sichtbarkeit von Frauen in der Chirurgie zu erhöhen, habe die DGAV daher beschlossen, bei ihrem nächsten Kongress sämtliche Podien bei Vortragssitzungen jeweils mit einem Mann und einer Frau zu besetzen.

Die Erhöhung des Frauenanteils ist für Prof. Nüssler allerdings nicht nur eine Frage der beruflichen Gleichstellung, sondern auch der Patientensicherheit. Mit Blick auf eine jüngst im JAMA Surgery publizierte Studie sagte sie: „Es ist seit Jahren bekannt, dass Geschlechtsunterschiede zwischen Patienten und ihren Ärzten ein Problem sein können, das sich insbesondere für Patientinnen ungünstig auswirkt.“

Studie in JAMA Surgery: [doi:10.1001/jamasurg.2021.6339](https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.6339)

## COVID-19

# BGW verschärft Standards für Arbeitsschutz in Arztpraxen

Während überall sonst die Corona-Schutzmaßnahmen gelockert werden oder sogar ganz fallen, hat die für Arztpraxen zuständige Berufsgenossenschaft für Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege (BGW) die Standards für Arbeitsschutz in Arztpraxen aktualisiert und wieder verschärft. „Das Ansteckungsrisiko und damit die Gefahr von betrieblichen Krankheitsausbrüchen ist bei der derzeit vorherrschenden Omikron-Variante hoch“, heißt es zur Begründung. Es gelte daher weiterhin das Ziel, das Risiko einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 bei der Arbeit zu minimieren und die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten zu schützen.

Die neuen Standards regeln die Arbeitsschutzvorschriften u. a. für Arbeitsplatzgestaltung, Sanitär- und Pausenräume, Lüftung, Hausbesuche, Homeoffice, interne Besprechungen bzw. Schulungen, Zutritt praxisfremder Personen, Umgang mit Verdachtsfällen unter den Beschäftigten, Impfaufklärung sowie persönliche Schutzausrüstung vor.

Kurzlink: [tinyurl.com/25b9xm3c](https://tinyurl.com/25b9xm3c)

## Kleine Anfrage

# CDU/CSU-Fraktion sorgt sich um das Belegarztwesen

Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion hat Ende April 2022 eine Kleine Anfrage an die Bundesregierung gestellt, in der sie zunehmend schlechte Rahmenbedingungen für das Belegarztwesen beklagt und sich nach Maßnahmen der Bundesregierung gegen diese Missstände erkundigt. So wollen die Christdemokraten z.B. wissen, welche Maßnahmen angedacht sind, um das Belegarztwesen nachhaltig zu fördern und im Rahmen der Krankenhausreform zu integrieren. Außerdem fragen sie, wie der in § 115 des SGBV verankerte gesetzliche Auftrag, das Belegarztwesen als sektorenübergreifende Versorgungsstruktur zu fördern, in den letzten zwei Jahrzehnten umgesetzt wurde.

Dabei verweist die Fraktion auch auf die Einschätzung von Fachverbänden, die den Erlaubnisvorbehalt im Einheitlichen Bewertungsmaßstab als ein wesentliches Hindernis für das Belegarztwesen sehen und eine Gleichstellung mit dem Leistungsumfang von Hauptabteilungen fordern, für die der Verbotsvorbehalt gilt.

Link: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/015/2001583.pdf>

## Ambulantisierung I

### Viel Neues zwischen Krankenhaus und Arztpraxis

Vor dem Hintergrund des medizinischen Fortschritts gibt es nach Einschätzung der Barmer Ersatzkasse ein riesiges Potenzial, viele Behandlungen und kleinere Eingriffe vom Krankenhaus in geeignete ambulante Praxen zu verlagern. Im Rahmen einer Fachveranstaltung am 26. April 2022 erklärte Birgit Dziuk, Landesgeschäftsführerin der Barmer Thüringen, damit verbunden seien die Chance auf mehr Qualität in der Versorgung und ein Stärkung des ländlichen Raums. Ambulante Leistungen seien qualitativ mindestens gleichwertig, zudem in der Regel schneller und schonender – vor allem aber würden sie direkt vor Ort angeboten. Ein zusätzlicher Effekt sei die Entlastung der Krankenhäuser, die sich auf schwere und komplexe Behandlungen konzentrieren könnten.

Bei ihren Aussagen berief sich die Kasse auf eine aktuelle Analyse des Barmer Instituts für Gesundheitssystemforschung, wonach jede zehnte Klinikbehandlung mittlerweile auch ambulant erbracht werden kann. Das Potenzial dafür liege vor allem in jenen Behandlungen, bei denen Menschen nur kurz stationär aufgenommen werden. In Thüringen betraf dies den Angaben zufolge im Jahr 2020 rund 70.000 Patientinnen und Patienten (13 Prozent aller Fälle): Sie blieben nur für eine Nacht im Krankenhaus. Weitere 15 Prozent der Patientinnen und Patienten verbrachten nur zwei Nächte im

Krankenhaus. Aus Zahlen des Statistischen Landesamts wiederum gehe hervor, dass die Zahl der Klinikbehandlungen und auch die durchschnittliche Verweildauer bereits seit 2018 rückläufig sind.

Die Barmer ging auch auf das jüngst veröffentlichte Gutachten des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) ein, wonach doppelt so viele Operationen wie bislang ambulant möglich sind. „In Summe bedeutet all das nicht weniger als das Ende des Dualismus von stationärem und ambulanten Sektor und den Start von mehr sektorenübergreifender Gemeinsamkeit“, erklärte Dziuk. Zwischen Krankenhaus und Arztpraxis müsse und werde viel Neues entstehen. Es müsse nun analysiert werden, welche konkrete Versorgung jeweils vor Ort sinnvoll ist. An die Stelle defizitärer, nicht ausgelasteter Kliniken könnten gegebenenfalls ambulant-stationäre Versorgungszentren treten, die die Möglichkeiten der modernen Medizin besser nutzen.

Wichtig sei zu jedem Zeitpunkt, die Versorgung vom Patienten her zu denken. Nicht die Vergütung, sondern der Bedarf und die medizinischen Möglichkeiten müssten darüber entscheiden, wo und wie die Menschen behandelt werden.

**Link zur Barmer-Studie:**  
[www.bifg.de/media/dl/ePaper/Bifg\\_ePaper\\_AOP.pdf](http://www.bifg.de/media/dl/ePaper/Bifg_ePaper_AOP.pdf)

## Ambulantisierung II

### Umfrage des ZI: Praxen und Kliniken wollen AOP ausweiten

Vertragsärztliche Praxen und Krankenhäuser wünschen sich eine Erweiterung des Umfangs ambulant erbringbarer Leistungen. Darauf hat das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung Deutschlands (ZI) mit Blick auf eine wissenschaftliche Ausarbeitung der Technischen Universität Berlin hingewiesen. Als Hauptthemen sehen beide Gruppen vor allem die unzureichende Vergütung und den Fachkräftemangel.

Weniger einig zeigten sich die Befragten hingegen bei der Frage, wie ein sektorengleiches Vergütungskonzept bezogen auf die Personalkosten ausgestaltet sein soll. Während 36 Prozent der Kliniken eine pauschalierte Vergütung bevorzugen würden,

viotierten nur 11 Prozent der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte für diese Option. 42 Prozent von ihnen würden sich demgegenüber für eine einzelleistungsorientierte Vergütungssystematik aussprechen, während dies nur bei 18 Prozent der Krankenhäuser auf Zustimmung traf.

Im nächsten Schritt soll nun die Positionierung der gesetzlichen Krankenkassen mit einer weiteren Befragung erfasst werden. Ziel des Projekts sei es, einen konkreten Vorschlag für ein einheitliches, sektorengleiches Vergütungssystem vorzulegen, das die Anforderungen sämtlicher Akteure berücksichtigt.

**Kontakt:** [www.zi.de](http://www.zi.de)

# Abrechnung: Alles klar?



## Wenn's kompliziert wird, ...

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

## Wissen ist Zeit und Geld wert!

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

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

## Wezel/Liebold

# Der Kommentar zu EBM und GOÄ

mit Kommentar  
zur UV-GOÄ



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

asgard verlag



## Leitartikel BNC

# Machen wir uns auf harte Verhandlungsrunden gefasst

Der finanzielle Spielraum der Kostenträger ist auf absehbare Zeit stark eingeschränkt. Das wird auch unsere Selbstverwaltung zu spüren bekommen, wenn sie mit den Kassen um Honorarzuwächse feilscht. Umso wichtiger, dass wir als Ärzteschaft gemeinsam für die bestmögliche Patientenversorgung kämpfen.

Von Jan Henniger

**Liebe Kolleginnen und Kollegen,**

die politische Lage in unserem Land wird immer unübersichtlicher. Wir haben eine COVID-19-Pandemie, welche die Geldtöpfe der gesetzlichen Krankenkassen und des Bundeshaushalts geleert hat. Dazu nun seit dem 24. Februar 2022 auch einen Krieg in Europa, der tausende Menschenleben kostet und eine neue Flüchtlingsbewegung hervorruft. In Konsequenz daraus nun auch eine Bundeswehr, die von Grund auf neu ausgestattet wird. All dies wird den Staatshaushalt zusätzlich belasten.

Offenbar wollen die Krankenkassen vorsorgen und für die nächsten Verhandlungsrunden allzu weitreichende Forderungen aus den Reihen der Ärzteschaft vermeiden. Anders ist es kaum zu erklären, dass sie erst kürzlich öffentlich auf die vermeintlich exorbitanten Gewinnsprünge hingewiesen haben, die wir Fachärzte in den letzten Jahren verzeichnet hätten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hingegen bemerkt in ihren Vorträgen, dass die Schere bei den Gewinnen zwischen operativen und konservativen Leistungen aus-

einandergeht, ohne dass sich jemand richtig darüber aufregt. Niemand hinterfragt die Zahlen oder wundert sich, wie das gehen soll, wenn die Kosten immer weiter steigen.

Der Kampf um die Honorare wird also augenscheinlich immer schwieriger, die KBV kann immer weniger für uns durchsetzen. Und das in einer Zeit, in der jeder von der Ambulantisierung stationärer Leistungen spricht. Der Gesetzgeber hat ein Gutachten zu diesem Thema gewollt und jetzt bekommen.

### Das IGES-Gutachten zum Ambulanten Operieren ist da!

Alles wartete auf diesen einen Moment, um zu schauen, wie es künftig weitergeht mit dem Ambulanten Operieren und den Eingriffen, die immer noch in hoher Zahl in den Kliniken erbracht wurden. Viele kannten dieses Gutachten schon früh, es musste dann noch etwas nachgearbeitet werden, bis es auf die breite Ärzteschaft losgelassen wurde.

Die Vertreter sämtlicher Berufsverbände hatten gefühlt hunderte von Zoom-Sitzungen mit der KBV in diversen Arbeitsgruppen und

Unterarbeitsgruppen, um mit dem Gutachten zusammen endlich genug Argumente für eine bessere Vergütung zu haben und um endlich die gleichen Honorare für gleiche Arbeit zu erzielen. Und jetzt? Jetzt haben alle es angeblich gelesen, und jeder hat natürlich recht mit seiner eigenen Lesart des Gutachtens:

- ▶ Die **Krankenkassen**, die jetzt immer wieder das Ambulantisierungspotenzial von 2.800 Prozeduren erkennen und daraus schlussfolgern, dass es billiger werden muss. Dabei sind viele der OPS-Schlüssel schon jetzt im ambulanten Setting verortet und werden unter kreativen Rahmenbedingungen erbracht. Es wird also nie billiger werden.
- ▶ Die **Krankenhäuser**, die in ihrer Ausgangslage und ihren daraus resultierenden Interessen vielleicht sogar noch heterogener sind als die vertragsärztlichen Praxen. In den Kliniken geht man unverändert davon aus, dass man eine Galle nur operieren kann, wenn man Angestellter einer Klinik ist. Und natürlich sieht man den Ärztemangel immer nur bei den Niedergelassenen, denen man deshalb unter die Arme greifen möchte, indem man das eigene ambulante Leistungsportfolio ausbaut.
- ▶ Die **KBV**, die unsere Interessen vertreten soll und auch wahrscheinlich will, die aber schon bei einfachen Themen immer wieder in den Vordergrund stellt, dass sie im Grunde nicht durchsetzbar sind. Unsere Selbstverwaltung scheint sich mittlerweile nur noch als Behörde zu begreifen. Ihr Vorsitzender zeigt sich in der Öffentlichkeit immer wieder mit seiner Meinung zum aktuellen Stand in der Corona-Pandemie, anstatt mit dem Kampf für eine auskömmliche ambulante Versorgung und gute Patientenversorgung Schlagzeilen zu machen.

Eine vermehrte Erbringung von Leistungen im ambulanten Bereich wird alles verändern, was wir kennen. Ein solcher Wandel wird mit Schwierigkeiten einhergehen, weil er eine echte Veränderung der Arbeitsumstände erfordert. Das betrifft zum Beispiel kleine Kliniken, in die Vertragsärzte bislang beispielsweise betagte Senioren einweisen konnte, wenn diese ihren Alltag zu Hause nicht mehr meistern konnten. Sie wurden dort stationär aufgepäppelt, anschließend wurde ein neues Zuhause für sie organisiert. Diese Klinikbetten gibt es künftig nicht mehr – doch wer kümmert sich dann um diese besonders vulnerable Patientengruppe?

### Aktiver Gesundheitsminister statt nächtliche Twitter-Tipps

Ein großer Verband hat schon auf die Probleme mit der Weiterbildung hingewiesen. Diese darf aber kein Grund sein, Patienten im Zweifel die ambulante Behandlung zu verweigern! Sie ist für den Patienten schließlich häufig die bessere Alternative. All dies müsste moderiert werden durch einen Gesundheitsminister, der sich mit Themen beschäftigt, einen Ausgleich von Lobbygruppen schafft und wach genug ist, an Patienten zu denken, denen wir alle unser Wirken verdanken. Auf sinnlose Empfehlungen, die um 3 Uhr nachts auf Twitter abgesetzt werden und Studien zitieren, die keinem helfen,

### 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

könnte man problemlos verzichten. Liebe Kolleginnen und Kollegen, vermutlich wird uns nichts anderes übrigbleiben, als uns erneut zu organisieren und auch ein Zeichen zu setzen.

Denn im Grunde sind es ganz einfache Themen, die wichtig für die Versorgung der Kranken sind:

- ▶ Interesse an den Kranken und deren Bedürfnissen,
- ▶ Interesse an den Wirkenden im Gesundheitssystem,
- ▶ Interesse beide nicht gegeneinander auszuspielen.

Dazu bitte ich Sie, Ihre Interessen in alle Gremien einzubringen und Kollegen zu überzeugen, damit wir gemeinsam in der neuen Welt des Gesundheitsmarktes bestehen. Ob als spezialisierte Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, MVZ oder Praxisklinik. Ich bitte Sie, junge Kollegen weiterzubilden, damit diese von Ihrer Erfahrung profitieren und in Zukunft ggf. auch Ihre Praxis übernehmen können. Viele KVen bieten einen Weiterbildungszuschuss von monatlich 5.000 Euro – und wo das noch nicht der Fall ist, müssen wir dafür sorgen, dass er eingeführt wird. Es kann nicht sein, dass sämtliche Gelder nur in der Allgemeinmedizin landen. Gründen Sie Weiterbildungsverbände, damit wir nicht immer als die Verhinderer dargestellt werden.

### Vorfahrt für IGV-Verträge und intersektorale Versorgung

Es wird eine Wiederbelebung der Verträge zur Integrierten Versorgung (IGV) geben, da es der einfachere Weg ist, um Klinik und Niedergelassene zusammenzuführen. Bitte teilen Sie uns mit, wenn sie einen solchen Vertrag geschlossen haben. Vielleicht können sich Kollegen auch in anderen Regionen daran orientieren.

Der Bundeskongress Chirurgie wird derzeit für das nächste Jahr vorbereitet und wir wollen Altbewährtem noch Neuerungen hinzufügen, um diesen Kongress weiterzuentwickeln und interessant zu gestalten. Wir werden uns stärker der intersektoralen Versorgung widmen und auch noch stärker die Vernetzung aller chirurgisch Tätigen im Auge behalten. Von Kollegen zu lernen heißt aus der Praxis zu lernen.

Bleiben Sie politisch, ohne zu resignieren und sich gegenseitig aufzureiben. Engagieren Sie sich in Ihrer ANC, um auch regional Tatsachen zu schaffen. Ihr Benefit ist gewaltig. Sie erfahren Neuerungen schnell, wissen was Ihre Kollegen machen und können direkt reagieren.

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

1. Vorsitzender des BNC

## Leitartikel BAO

# Die Schonfrist für die neue Bundesregierung ist vorbei

Die Liste der gesundheitspolitischen Aufgaben ist lang, doch aus dem Bundesgesundheitsministerium sind bislang keine sinnvollen Impulse zur Lösung der drängendsten Probleme gekommen. Es ist nun Aufgabe der niedergelassenen Fachärzteschaft, den Dialog mit fortschrittswilligen Entscheidungsträgern in der Politik zu suchen.

Von Dr. Christian Deindl

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

trauen wir lieber keinem Gutachten, dessen Ergebnis wir nicht selbst in Auftrag gegeben haben. In Anlehnung an ein Zitat über den Umgang mit Statistiken, das gemeinhin Churchill zugeschrieben wird, lässt sich einiges erklären. Zum Beispiel die politische Vernachlässigung und das politische Desinteresse am Thema Qualitätssicherung und der damit verbundenen Transparenz über medizinisch geleistete Qualität, deren wahren Umfang, ökonomische Wertigkeit und Kostenstrukturen. Das billige Argument der unkontrollierten Mengenausweitung wäre längst entkräftet und das gesundheitspolitische Kartenhaus der Unterfinanzierung in sich zusammengefallen. Aber aus dieser Komfortzone der Intransparenz wollen sich Politik und Kostenträger nicht aus freien Stücken oder gar Einsicht herausbegeben.

## Verantwortungslose Verweigerungshaltung

Deshalb werden versorgungswissenschaftliche Daten und Publikationen von ambulanten Operateuren und Anästhesisten ignoriert, ebenso renommierte Gutachten (Oberender, 2010). Bleibt also abzuwarten, wie es dem jüngst veröffentlichten IGES-Gutachten ergehen wird. Denn es zeichnen sich bereits die ersten Begehrlichkeiten auf Seiten der gesetzlichen Krankenkassen (GKV), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Politik ab, vor allem was die Begrifflichkeit der ‚Hybrid-DRG‘ und die finanzielle Umsetzung angeht.

Politische Entscheidungsschwäche, gepaart mit Verweigerungshaltung anderer Player gegenüber einer einheitlich dokumentierten und evaluierten Versorgungsqualität im Dienste einer bestmöglichen Patientensicherheit und -zufriedenheit, könnte dem jüngsten Gutachten aus 2022 ein ähnliches Langzeitschicksal bescheren wie dem IGES-Gutachten aus dem Jahr 2012 über die sektorenverbindende Qualitätssicherung. Dessen Empfehlungen warten bis heute auf ihre Umsetzung. Diese verantwortungslose Verweigerungshaltung grenzt schon an Sabotage, wenn man den sich über eine Dekade addierten Gesamtschaden als Bewertungsmaßstab heranzieht. Die fachärztlichen

Berufsverbände sollten vermehrt darum bemüht sein, mehr Licht ins Dunkel dieser gesundheitspolitischen Black Box und somit frischen Wind in diesen von Stillstand geprägten politischen Ideenlosigkeitswettbewerb zu bringen.

## Falsche Anreize gegen den Fachkräftemangel

Die aktuelle Kabinettsliste ist keineswegs das Resultat intensiver personeller Vorbereitungen für eine kompetente Übernahme von Regierungsverantwortung. Die Besetzung des Gesundheitsministeriums ist dabei wie immer Barometer und Gradmesser des Respekts gegenüber Patienten, Pflegenden, medizinischen Assistenzberufen sowie der Ärzteschaft und damit entscheidend für die weitere Entwicklung des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen. Denn dieselben Stimmen, die nach Fachkräfte-Zuwanderung rufen, sorgen im Gegenzug umso lautloser für die Abwanderung von Pflegenden und Ärztinnen aus dem Gesundheitswesen.

Jeder weitere Fehlgriff addiert sich zu den bestehenden Halbwertszeiten an gesundheitspolitischen Langzeitfolgsschäden. Niemand erwartet einen Nobelpreisträger, aber eine Mindesausrüstung an guter Kinderstube und intellektueller Befähigung dürfen vorausgesetzt werden. Im Stillen hegte ich einen Funken Hoffnung, in die Person des Prof. Karl Lauterbach hätte sich vielleicht doch ein ‚wönziger Schlock‘ vom Prinzip Vernunft als staatspolitisches Ideal Wilhelm v. Humboldtscher Prägung verirrt. Doch weit gefehlt: vorgefundene Unvernunft bleibt an ihren angestammten Ursprungsorten. Eine vor diesem Hintergrund still vor sich hinschweigende Denkerpose kann auch Ausdruck des Ausbrütens weiterer ideologisch voreingenommener Auftragsarbeiten sein.

Für einen kurzen historischen Moment konnte man Ende 2021 die mit prolongiertem Schweigen begleitete Suche nach der bestmöglichen gesundheitspolitischen Personalentscheidung noch als staatsmännische Überlegenheit, kluges Handeln und politische Entschlossenheit vermitteln. Schlägt die öffentliche Wahrnehmung aber in Richtung politische Schlafmützigkeit um, dann lässt man per Umfrage das gemeine Volk mit den Füßen abstimmen und entzieht sich seiner ureigenen Verantwortung als frisch gewählter designerter Kanzler und langjähriger

Finanzbuchhalter der eigenen Amtsvorgängerin. Eine der leichtesten Übungen im Rahmen eines sich seither immer mehr abzeichnenden Überforderungssyndroms.

Bewusst habe ich mich in meinem ersten BAO-Leitartikel für 2022 nicht zu einzelnen politischen Personalien geäußert, sondern lediglich einen realistischen und im Vergleich zum frisch aufgelegten AOP-Katalog sehr übersichtlichen Forderungskatalog erstellt. Seitdem habe ich geduldig den Fortschrittsbalken abgewartet. Doch bisher haben sich weder dieser noch die politische Position von Minister Lauterbach merklich bewegt. Wozu als zuständiger Minister unnötig nach ministeriellen Worten suchen, solange den Betroffenen selbst die richtigen Antworten zur Gegenwehr und Selbsthilfe fehlten?

Jetzt fordern Patientenvertreter in diesen Tagen mehr Transparenz und beklagen, dass zentrale Institutionen des Gesundheitswesens in der Öffentlichkeit weitgehend unbekannt sind. Dies kritisiert die Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs. Sie fordern neben mehr Transparenz mehr Tempo bei Entscheidungen in der Selbstverwaltung. Dem ist nichts hinzuzufügen, außer unsere uneingeschränkte Zustimmung und Unterstützung! Eine derartig unmissverständliche und sehr klare Kommunikation muss die uns Ärztinnen während unserer beruflichen Sozialisation anerzogene politische Sprachlosigkeit ablösen. Sehr gerne in Kooperation und im Dialog mit Pflegeverbänden und Patientenorganisationen und mit Kurs auf den an konstruktiver Kooperation und weniger an destruktiver Dauerkonfrontation interessierten Personenkreis aus GKV und Politik.

### Alles fertig zur Wende – und dann Chancen nicht genutzt

Dabei hatte Lauterbach gerade wegen der Hyperaktivität seines Vorgängers, die weniger Nutzen als vielmehr Verwirrung stiftete, die einmalige Chance, in den ersten drei Monaten seiner Amtszeit wieder Ruhe und Besonnenheit und vor allem klare Strukturen in die Gesundheitspolitik einzuführen und transparent zu kommunizieren. Er hat diese Chance nicht genutzt, stattdessen auf die Risikokarte Vertrauensverlust gesetzt und – Bingo! – binnen drei Monate seinen dürftigen



Foto: Pixabay

Wie will Gesundheitsminister Lauterbach diese scheinheilige Kuh mit dem Namen ‚Beitragsstabilität um jeden Preis‘ wieder von der sprichwörtlichen Eisfläche kriegen?

### 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

Einsatz verloren. Bereits seine angeschlagenen Kernkompetenzthemen Impfpflicht und Coronaregeln und seine zur Schau getragene Allergie gegen Boni für Medizinische Fachangestellte (MFA) – um nur einige Auffälligkeiten zu nennen – lassen in seiner Person nicht wirklich eine Trendwende zum Guten hin erahnen. Am Ende seiner Corona-Studienreise zieht er womöglich entnervt gar noch die vergoldete analoge Rücktrittskarte und mit üppigen Übergangsgeldern von dannen.

In Worten und in Gestik nimmt Lauterbach die zurückrudern den Gestalten aus der Feder eines anderen Wilhelms an, nämlich Wilhelm Busch. Vielleicht ist er aber nur auf dem dünnen Eis ausgerutscht, auf das er unmissverständlich die seit 20 Jahren auf ihre Vollendung wartende und ihm fertig ausformuliert vorliegende GOÄ-Reform für die gesamte noch verbliebene Legislaturperiode gelegt hat. Gleichzeitig ist er ebenso wenig an einer überfälligen EBM-Reform interessiert. Die jeder gelungenen Reform im Weg stehende scheinheilige Kuh mit dem Namen ‚Beitragsstabilität um jeden Preis‘ holt er nie und nimmer von besagter Eisfläche.

### Schleichende Enteignung von Praxen und Kliniken

Eine ähnliche Blockadehaltung droht schon aus Paritätsgründen bei der bevorstehenden Ambulantisierung. Denn wie beim Thema GOÄ und EBM würde eine leistungsbezogene und kostendeckende Vergütung nach Hybrid-DRG zusätzliche finanzielle Ressourcen erfordern, ergo eine gesundheitspolitische Zeitenwende, mit Blick nach vorne. Und bloß keine Neuauflage eines geistig-moralischen, rückwärts gerichteten Wendhalses.

Wer auch immer als politische Einzelperson, als Fraktion oder Regierungskoalition an einer 20 Jahre alten starren Gebührenordnung festhält, der bekennt sich zur schleichenden Enteignung von Praxen und Kliniken und der regelrechten Erschleichung von ärztlichen und medizinischen Leistungen, die nach kontinuierlich sich verbessernden Qualitätsstandards erbracht werden. Darüber hinaus sichert die amtierende Koalition verbeamteten Staatsbediensteten über viele weitere Jahre eine unhinterfragt garantierte schnäppchenreife Behandlung als Privatpatienten, ohne die für angestellte Arbeitnehmer geltende Einkommensbemessungsgrenze.

Wenn wir von Zweiklassenmedizin sprechen, dann auch über diese ungleichen Zugangschancen, die der staatliche Arbeitgeber gleichzeitig dafür nutzt, Sozialabgaben an gesetzliche Kassen zu umgehen und die anfallenden Gesundheitskosten in die Zukunft und auf die ▶



Foto: Pixabay

Die staatlichen Finanzquellen sprudeln – doch in der ambulanten fachärztlichen Versorgung kommt nichts von diesem Geldsegen an

Allgemeinheit zu übertragen. Hinzu kommt, dass kaum eine Rechnungsstellung von den staatlichen Beihilfestellen ohne Kürzung akzeptiert wird, was einem weiteren ‚Rabatt‘ auf Kosten der Fachärzteschaft entspricht. Staatliche Beihilfe? Ja, zu was eigentlich? Kann staatliche Beihilfe zum Praxissterben strafbar sein?

Hier sind ähnlich destruktive Kräfte am Werk wie im GKV-Regresswesen. Wer als aktuell dafür verantwortlicher Minister solche bewussten Grenzüberschreitungen und Übergriffligkeiten duldet, befürwortet oder gar noch gezielt befeuert, der wird auch seine Mission einer Bürgerversicherung nur aufgeschoben, aber keineswegs aufgehoben haben. Damit kommt man bei der Lösung der weiter ungeklärten Finanzierungsfrage unseres Gesundheitswesens und der ökonomischen Wertschätzung und Wertschöpfung seines ambulanten Versorgungsbereiches keinen Schritt weiter.

### Ambulante Geldströme werden abgezweigt

Einerseits fließen aus der sprudelnden Corona-Ausgleichsquelle für Kliniken Gelder bis zu einer 0,75 Milliarden Euro pro Bundesland; andererseits versiegen immer mehr ambulante Geldströme bzw. werden abgezweigt für Konnektor-Stresstests und Ausbau der Kontrollbürokratie. Praxen hingegen bleiben wieder einmal auf den Mehrbelastungen durch steigende Kosten zuzüglich einer wirtschafts- und finanzpolitisch induzierten Inflationssteigerung sitzen.

Es sei denn, die niedergelassene Fachärzteschaft besinnt sich auf ein ihrer fachlichen Qualifikation entsprechendes berufliches Standesbewusstsein, verzichtet auf Funktionärsstandesdünkel und Sprechblasentum und sucht gezielt und mit Nachdruck den Dialog mit fortschrittswilligen Entscheidungsträgern. Eine entscheidende Schlüsselfunktion könnten bei diesem Prozess die in den parlamentarischen Gesundheitsausschüssen vertretenen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen verschiedenster Fachrichtungen einnehmen. Diese sind hiermit mit aller gebotenen kollegialen Höflichkeit aufgefordert, ausschließlich ihrem ärztlichen Gewissen als frei gewählte Abgeordnete zu folgen und über parteipolitische Sektorengrenzen und Tellerränder hinweg miteinander

eine gesundheitspolitische To-do-Liste zu erstellen, welche es je nach Dringlichkeit und noch vor Ablauf dieser Legislaturperiode abzuarbeiten gilt. Im Endeffekt bedeutet diese zielorientierte Vorgehensweise nichts anderes als die Umsetzung dessen, was alle Ärzte während ihrer medizinischen Ausbildung gelernt haben: verantwortungsvoll eine meist übervolle Station zu führen, Patienten beim Namen zu kennen und lückenlos ihre Erkrankungen und Therapien abrufen zu können. Sich mit wachsender Expertise immer eine lebenslange Empathie für die Sorgen und Nöte der anvertrauten Mitmenschen zu bewahren und trotz aller bekannten Widrigkeiten nicht in berufspolitische Lethargie zu verfallen. Wer nur mit wehendem Kittel durch die Klinik- bzw. Parlamentsgänge rauscht, gleicht ebenso einer ärztlichen Karikatur wie ein Minister, der am Rednerpult steht und wild um sich greift, wenn er wieder einmal den unwissenden Anderen die Welt erklärt.

Dafür sind die Zeiten zu ernst geworden. Es häufen sich Fehlerkosten, etwa anlässlich des bevorstehenden Konnektorenaustausches mit staatlich organisiertem wirtschaftlichen Totalschaden in Höhe von voraussichtlich 350 Millionen Euro. Zum Vergleich: Die medienwirksam verkündete Hausarzt-Entbudgetierung kostet in Summe nur 200 Millionen Euro. Würden die Konnektoren den Qualitätserfordernissen und den Regeln der erforderlichen Langlebigkeit und somit Wirtschaftlichkeit genügen, blieben sogar noch 150 Millionen als Teilrate zur Entbudgetierung von Facharztpraxen. Doch wo war der entscheidende politische Kopf, als es um richtiges Kopfrechnen ging?

### Appelle an gewählte Hoffnungsträger in Sachen Gesundheit

Der BAO wird deshalb in den kommenden Wochen und Monaten verstärkt auf die in den Parlamenten engagierten Kolleginnen und Kollegen zugehen, das Gespräch und die Diskussion suchen, und an ihre Funktion als gewählte Hoffnungsträger in Sachen Gesundheit und medizinische Versorgung appellieren. Schließlich gilt es, gemeinsam zu verhindern, dass sich 2022/23 bei der geplanten Ambulantisierung die gleichen Fehler wiederholen wie drei Jahrzehnte zuvor beim Ambulanten Operieren. Denn nur eine an positiven Folgen reiche Gesundheitspolitik verdient diesen Namen: Sie muss als Patientenpolitik in Erscheinung treten und nicht als ideologielastige, dem Stillsstand verpflichtete Parteipolitik!

Die Wahlkampfparolen bei den bisherigen Landtagswahlen 2022 boten in diesem Zusammenhang leider keinen Grund zur Hoffnung. Wann immer während der Wahlkämpfe von Gesundheitspolitik die Rede war, dann stets ohne jegliche Erwähnung von ambulanten Fachärzten – dafür mit unzähligen Verweisen auf die Segnungen der Telemedizin. Und wo Fachärzte kein Thema sind, wird schon gar nicht über die Entbudgetierung fachärztlicher Leistungen gesprochen.

Doch wir sind als BAO sehr gern beratend tätig und helfen ebenso gerne dabei, sich mit politischem Anstand und mit Würde aus dieser misslichen Lage einer Vogel-Strauß-Gesundheitspolitik zu befreien.

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

# Operateure und Anästhesisten im BAO

ambulant, interdisziplinär, freiberuflich

BAO BUNDESVERBAND AMBULANTES OPERIEREN E. V.

[www.operieren.de](http://www.operieren.de)



## Der BAO engagiert sich für die

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

## Der BAO bietet seinen Mitgliedern

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

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

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

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

**EIN BEITRITTSFORMULAR FINDEN SIE AUF DER INTERNETSEITE DES BAO UNTER**

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

## Bundeskongress Chirurgie 2022

# Nach einem Jahr Zwangspause: Endlich wieder persönlicher kollegialer Austausch!

Große inhaltliche Überraschungen bot der traditionelle berufspolitische Nachmittag in diesem Jahr zwar nicht. Dafür große Wiedersehensfreude und die Forderung nach mehr medienwirksamem Schulterschluss. Denn immerhin ein Gutes hat die Pandemie: Das öffentliche Interesse an Medizin und Gesundheit ist gewachsen.

Von Antje Thiel

„Es ist gut, dass wir hier wieder in Präsenz einen Kongress abhalten können.“ Mit diesen Worten begrüßte bei der offiziellen Eröffnung des Bundeskongresses Chirurgie am 11. Februar 2022 Kongresspräsident Dr. Stephan Dittrich die Teilnehmenden. Der große Applaus für seine Eröffnungsrede und die allgemein sehr positive Stimmung zeigten, wie sehr die Teilnehmenden 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.



Für seine Verdienste um die Belange der niedergelassenen Chirurgen und Chirurgen überreichte BNC-Vize Dr. Frank Sinning dem ehemaligen BNC-Vorsitzenden Dr. Christoph Schüürmann beim Bundeskongress Chirurgie die erste Klaus-Buschmann-Medaille.

Gleichzeitig war die Veranstaltung aber auch ein Abschied, denn im Rahmen seiner Begrüßungsrede kündigte Dr. Dittrich an, sich in Zukunft aus der Kongressorganisation zurückzuziehen. Das Publikum und die Vorstandsmitglieder der ausrichtenden Verbände dankten dem langjährigen Kongresspräsidenten für seinen unermüdlichen Einsatz und sein fachliches Engagement bei der Planung und Gestaltung des Kongressprogramms. Dr. Dittrich hat den Bundeskongress zu einer Erfolgsgeschichte gemacht, in der nun ein neues Kapitel angeschlagen wird. Der nächste Bundeskongress Chirurgie wird unter der fachlichen Leitung von Jan Henniger und Dr. Frank Sinning stattfinden, als Termin ist bereits das Wochenende vom 10. bis 11. Februar 2023 vorgemerkt.

## Erste Klaus-Buschmann-Medaille verliehen

Ein weiterer Abschied musste nachgeholt werden. Denn 2021 war der öffentliche Dank an den vorigen BNC-Vorsitzenden Dr. Christoph Schüürmann, der vor einem Jahr den Vorsitz an seinen Nachfolger Jan Henniger übergeben hatte, ebenso wie der Kongress pandemiebedingt ausgefallen. Im Rahmen der Kongresseröffnung wurde Dr. Schüürmann daher als erstes BNC-Mitglied mit der 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“, sagte Dr. Sinning.

Die Silber-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 in unregelmäßigen Abständen Mitgliedern verliehen werden, die sich in besonderer Weise um den Verband bzw. die Belange ihrer Fachgruppe einsetzen. Die Auszeichnung soll – wie auch bei der Premiere in diesem Jahr – im Rahmen des Bundeskongresses Chirurgie übergeben werden.

Den traditionellen berufspolitischen Freitagnachmittag prägten wie immer aktuelle Kommentare zur politischen Lage – neben BAO-Präsident Dr. Christian Deindl und dem BNC-Vorsitzenden Jan Henniger waren auch Vertreter anderer Verbände und aus der Politik mit von der Partie. Es sprachen Dr. Helmut Weinhart vom Spitzenverband Fachärzte (SpiFa) und Dr. Andreas Botzlar vom Marburger Bund. Für Prof. Volker Amelung vom Bundesverband Managed Care (BMC) war Malte Behmer eingesprungen, der angekündigte bayerische Gesundheitsminister Klaus Holetschek wurde durch einen Mitarbeiter im Bayerischen Staatsministerium, Prof. Peter Bauer, vertreten.

### Vielstimmige Kommentare zur aktuellen politischen Lage

Als stellvertretender Vorstandsvorsitzender des SpiFa und Mitglied im Beratenden Fachausschuss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eröffnete Dr. Helmut Weinhart den Reigen. Er bedauerte, dass es den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bis heute nicht

### 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

gelingen ist, ihre Leistungen gegenüber der Politik darzustellen: „Die Gesetzgebung der vergangenen 30 Jahre ist eine politische Bankrotterklärung, keines der bekannten Probleme wurde gelöst. Es gibt keinerlei Wettbewerb auf gleicher Augenhöhe.“

Außer Flickschusterei und Verschlimmbesserung habe die Politik bislang kein Konzept geboten: „Man müsste alles einstampfen und neu ▶

### Festvortrag von Ann-Katrin Döbler: Corona-Krise und die Macht der Medien



Die COVID-19-Pandemie war allgegenwärtig: Einlass erhielt nur, wer nach der 2G+-Regel Impfung, negatives Testergebnis und/oder Genesenenstatus nachweisen konnte. Ob in der Industrieausstellung oder in den Vortragssälen: Überall herrschte die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske. Am BNC-Stand wurde der Kaffee durch eine Plexiglas-Scheibe durch

Fotos: VMK

Die Medizinjournalistin Ann-Katrin Döbler vom Stuttgarter Thieme-Verlag, der diverse Fachzeitschriften produziert und etliche Fachgesellschaften bei ihrer Pressearbeit unterstützt, ist beim Bundeskongress Chirurgie eine gerngesehene Rednerin. Denn im Jahr 2009 hatte sie dort die Ergebnisse einer Untersuchung zum medialen Bild von Chirurgen in der Öffentlichkeit vorgestellt, die vielen im Plenum als sehr schmeichelhaft in Erinnerung waren.

Auch im Vorfeld dieses Kongresses hatte sie verschiedene Medien genauer unter die Lupe genommen – allerdings ging es dieses Mal um die Rolle von Corona in Zeitungen, Hörfunk, Fernsehen und Online-Medien. „Wir werden auf allen Kanälen rund um die Uhr über die Pandemie informiert – und auch hier gab es, wie in der Viruspandemie, Wellenbewegungen“, erklärte Döbler. „Es ist das alte Prinzip: Bad news are good news, und davon liefert Corona genug. Selbst wenn es gute Nachrichten (Es gibt eine Impfung!) sind, lassen sich daraus schlechte Nachrichten ableiten.“

Als besonders prägend bezeichnete sie die ersten Bilder mit Corona-Bezug: das abgeriegelte Wuhan und die Militärtransporter, mit denen Corona-Tote aus Bergamo abtransportiert wurden. Zu Beginn gab es tägliche (!) Pressekonferenzen des Robert Koch-Instituts (RKI), das außer Fachleuten zuvor kaum jemandem ein Begriff war. Aus der Informationsflut mit ihren vielen neuen Zahlen und Werten, die für Laien kaum einzuordnen waren, erwuchs ein Informationsbedarf, der auf einmal aus Virologen Prominente machte.

„Noch nie waren Wissenschaftler so stark im Fokus“, berichtete die Journalistin. „Wissenschaftler aber sind Menschen, die in der Regel nicht die Spielregeln des Medienbetriebs kennen.“ So hätten Experten wie Prof. Christian Drosten unterschätzt, welche Rolle das Polarisierungsmoment in den Medien spielt. Umgekehrt

wüssten Medien auch nicht, wie Wissenschaft funktioniert: „Dass der Weg von einer These zur Erkenntnis Zeit braucht, ist für Medien, die schnelle Schlagzeilen brauchen, schwer zu verstehen“, gab Döbler zu bedenken. Für viele Medien war die Kompetenz der jeweiligen Experten dabei zweitrangig, erklärte Döbler: „Wir haben die Pressearbeit der Deutschen Gesellschaft für Virologie gemacht. Oft kamen Presseanfragen, die eigentlich nicht von einem Virologen zu beantworten gewesen wären. Doch die Medien brauchten einen Virologen ‚weil sich das besser klickt‘.“

Döbler ging auch auf die Rolle von Talkshows und Social Media ein, die die Zersplitterung und Personalisierung von Positionen befeuert haben. Eine besonders unrühmliche Rolle bescheinigte sie der Bild-Zeitung, die immer undifferenziert gegen jegliche staatlichen Kampagnen wettert und nicht trennen will zwischen Wissenschaft und Politik.

„Corona hat den Medien alles geboten, was sie für eine mediale Dauerbeschallung brauchen“, resümierte die Journalistin. Sie zog trotz allem ein überwiegend positives Fazit. Denn grundsätzlich habe Corona für ein besseres Verständnis von Medizin in der Gesellschaft gesorgt. Der Koalitionsvertrag sehe sogar vor, dass der Wissenschaftsjournalismus gefördert werden soll. Zum Abschluss gab Döbler dem Publikum noch ein paar Tipps zum Umgang mit Medien auf den Weg, die sich aus den Erfahrungen mit der Pandemie ableiten lassen:

- ▶ **Die eigene Rolle definieren:** Spreche ich als Minister oder Wissenschaftler?
- ▶ **Nicht mit jedem reden,** vor allem nicht mit der Bild-Zeitung.
- ▶ **Als Community vernetzen:** Mit einer starken Gemeinschaft im Rücken werden Experten von Medien und Öffentlichkeit eher wahrgenommen.

aufsetzen, einen ganz neuen Bereich im SGB V für die intersektorale Versorgung schaffen“, forderte Dr. Weinhardt, denn nur so lasse sich eine Neuordnung erreichen.

Als Vertreter des Marburger Bundes ging Dr. Andreas Botzlar auf die Erwartungen von Patienten und Öffentlichkeit an Ärztinnen und Ärzte ein: „Es gibt Dinge, die man nicht ändern kann. Etwa, dass man als Arzt im Krankenhaus auch am Wochenende und nachts arbeiten muss, oder dass Chirurgie oft mit hohem körperlichen Einsatz verbunden ist.“ Was sich aber ändern könne, sei der Umgangston im ärztlichen Alltag und der Respekt vor der unverzichtbaren ärztlichen Freiberuflichkeit durch die Politik. „Gegen die Ökonomisierung des Gesundheitswesens spricht ja gar nichts, es sind schließlich anderer Leute Gelder, die uns anvertraut werden. Aber die Kommerzialisierung ist zu kritisieren“, sagte Dr. Botzlar. Das Gesundheitssystem als Teil der allgemeinen Daseinsvorsorge sollte allerdings nie Marktmechanismen unterworfen sein: „Denn jeder braucht mal Medizin. Wir Ärzte begrüßen Menschen im Kreißaal und stellen am Ende ihres Lebens den Tod fest. Dazwischen gibt es kaum jemanden, der nicht mal einen Chirurgen braucht.“

Es gelte daher zum einen, das Gesundheitswesen immun zu machen gegen die Machtinteressen Dritter, etwa renditeorientierter Investoren. Gleichzeitig müsse man sich aber auch Gedanken machen über die bedarfsgerechte Medizin. „Vor 50 Jahren konnte ein regionales Krankenhaus das gesamte Spektrum der Medizin anbieten, das die Welt zu bieten hat.“ Heute brauche es dafür mehrere Universitätskliniken. „Wir kämen zu mehr Ehrlichkeit, wenn die erforderliche Infrastruktur bereitgestellt würde und wir wirklich nur im Bedarfsfall chirurgisch tätig werden – aber nicht um über die Masse die Kosten für die Infrastruktur einzuspielen“, meinte Dr. Botzlar.

### Vielstimmige Kommentare zur aktuellen politischen Lage

BAO-Präsident Dr. Christian Deindl wiederum wies darauf hin, dass es den BAO gar nicht geben würde, wenn es das von seinen Vorrednern skizzierte Spannungsfeld nicht wäre. Abgesehen davon, dass stationsersetzende Leistungen nie eigentliche Aufgabe der Vertragsärzte waren und vielmehr früh mit einem eigenen Budget hätten ausgestattet werden müssen, sehe er das eigentliche Spannungsfeld nicht zwischen stationär und ambulant. „Was fachliche und kollegiale Zusammenarbeit angeht, funktioniert der kurze Dienstweg. Das eigentliche Spannungsfeld liegt zwischen Gesetzesinitiativen und ihrer Umsetzung“, betonte Dr. Deindl.

So seien der Sachverstand und Rat des Sachverständigenrats nicht immer zu Wohle des Ambulanten Operierens gewesen. „Wir sind ja für den Markt, doch der besteht bekanntlich aus Angebot, Nachfrage und Preis“, erläuterte der BAO-Präsident weiter. „Das Angebot halten wir vor, die Nachfrage besteht beim Patienten, der im Übrigen eindeutig das Ambulante Operieren vorzieht. Nur den Preis können wir nicht bestimmen, daher ist es kein funktionierender Markt, sondern Planwirtschaft – und wir wissen alle, dass das nichts mit Plan zu tun hat, sondern vielmehr mit staatlich verordnetem Preisdumping!“

Es brauche politische Kompetenz, um Dinge zu verändern. Im Gesundheitswesen seien Kliniker und Niedergelassene die eigent-



Diskutierten über aktuelle gesundheitspolitische Positionen: Dr. Axel Neumann (BAO), Jan Henniger (BNC), Prof. Peter Bauer (Bayer. Staatsministerium), Dr. Andreas Botzlar (MB), Dr. Christian Deindl (BAO), Dr. Helmut Weinhardt (SpiFa), Malte Behmer (BMC) und Dr. Stephan Dittrich (Kongresspräsident)

lichen Leistungsträger: „Ohne uns läuft nichts“, sagte Dr. Deindl, der dem Plenum empfahl: „Ich möchte Ihnen zeigen, dass man nicht in Depression verfallen sollte. Aber man muss sich um seine Rechte kümmern. Wir sollten das System nicht untätiger Politik und fremden Investoren überlassen.“

### Budgets und Zwänge statt Freiheit und Selbstständigkeit

Der BNC-Vorsitzende Jan Henniger lenkte die Aufmerksamkeit auf Chirurgie, wie sie in TV-Vorabendserien oder in Reality-Shows dargestellt wird. „Wo spielen diese Serien? Im Krankenhaus! Und wer spielt in diesen Serien? Das sind wir – denn schließlich sind wir Chirurgen auf dem Höhepunkt unserer Leistungsfähigkeit, wenn wir zumeist als erfahrene Oberärzte die Klinik verlassen um uns niederzulassen.“

Mit der Niederlassung verbänden die meisten den Wunsch, endlich eigene Entscheidungen treffen zu können, nicht Handlanger einer Geschäftsführerwelt zu sein. „Wir erwarten Freiheit, selbstständiges Denken. Wir wollen handeln zum Wohle unserer Patienten und unserer eigenen Familien. Und wachen auf in einem System, das ebenfalls budgetiert ist, seine Zwänge hat – und erstaunlicherweise trotzdem irgendwie funktioniert.“ Zumindest für die niedergelassenen Chirurgen, bei denen es trotz aller Zwänge in der Regel für ein Häuschen und ein Auto reicht. „Das wird es auch in Zukunft. Doch für unsere Patienten wird es nicht mehr reichen“, warnte Henniger und verwies auf den Abbau chirurgischer Sitze und die Arbeitsverdichtung bei den verbleibenden Praxen. Leider bleibe der chirurgische Nachwuchs allzu oft an den Kliniken, wo er die Arbeitszeit reduziert oder rechtzeitig zum Medizinischen Dienst wechselt, um geregelte Arbeitszeiten zu haben.

„Auf dem Schreibtischstuhl angekommen, terrorisieren diese Ärzte die in der Versorgung verbleibenden Kollegen mit sinnloser Überwachung. Und der Verlierer ist der Patient – dummerweise kann der sich am wenigsten wehren.“ Denn Patienten träfen auf Hausärzte am Limit, die immer weniger chirurgische Kenntnisse haben. Oder auf Kliniken, die ums Überleben kämpfen und keine Kenntnisse in der ambulanten Behandlung haben. Gleichzeitig fordere die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) lautstark, die Kliniken sollten die ambulante Versorgung übernehmen. „Doch mit welchen Ärzten? Und wo haben sie

ambulante Medizin gelernt?“ Für Henniger ist es daher unausweichlich, dass sich die Niedergelassenen stärker in der ärztlichen Weiterbildung engagieren: „Wir müssen in Weiterbildungsverbänden mit den Kliniken zusammenarbeiten und den Medizinstudierenden klarmachen, dass es auch noch eine Welt außerhalb der Krankenhäuser gibt.“ All dies gelte es auch medial zu transportieren. Bei Ann-Katrin Döblers Vortrag (siehe Kasten Seite 15) habe man lernen können, „dass wir die Öffentlichkeit auf unsere Seite ziehen können, wenn wir es richtig anpacken“.

### Kostendämpfungsdebatten bereits am Horizont erkennbar

Auch Malte Behmer vom BMC ging auf die Angebotsverknappung durch den demographischen Wandel ein: „Die Zahl der Köpfe bei Ärzten sinkt, gleichzeitig steht bei jedem von ihnen weniger Arbeitszeit zur Verfügung. Das Problem ist real und lässt sich nicht mehr ändern, denn die Kinder sind nicht geboren, die es brauchen würde.“ Im Koalitionsvertrag hat Behmer „etliche hoffnungsvolle Dinge“ ausgemacht, von denen allerdings noch nicht klar sei, wie sie umgesetzt werden sollen. Allerdings kämen angesichts wachsender Kostenunterdeckung bereits wieder intensive Kostendämpfungsdebatten auf. „Wir können diese Lücke zwar nicht ignorieren, doch wenn es am Ende nur um Sparen ohne Sinn und Verstand geht, ist das gefährlich“, mahnte Behmer.

Prof. Peter Bauer vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit hätte mit den Anwesenden zwar gern über seine eigene 30-jährige Erfahrung mit einer Praxis im zahnmedizinischen Bereich geplaudert, sah sich aber dann doch in der Pflicht, die Botschaften seines Chefs, Gesundheitsminister Klaus Holetschek, zu überbringen. Diese hatten allerdings nur die Qualität von Allgemeinplätzen. So richtete Prof. Bauer den Anwesenden vom Minister aus, dass Ärztinnen und Ärzte sich stärker in die Politik einbringen sollten. Dass es ‚die Politik‘ als solche eigentlich nicht gibt, weil es letztlich um Mehrheitsentscheidungen geht. Und dass die Umsetzung von Politik immer auch mit Zahlen und Kosten verbunden ist. „Was auch immer Sie umsetzen

wollen, müssen Sie daher auch mit Zahlen hinterlegen. Sie betreiben positiven Lobbyismus“, lautete der Rat aus dem Ministerium.

### Ministerialbeamter glänzte mit politischen Floskeln

Auch den „großen Dank von Minister Holetschek an die Ärzteschaft für ihren Einsatz in der Pandemie“ übermittelte der Vertreter dem Plenum. Und wäre er nicht vom BAO-Vizepräsidenten Dr. Axel Neumann unterbrochen worden, der sich die Runde interaktiver und diskussionsfreudiger gewünscht hatte, dann hätte Prof. Bauer noch viele weitere freundliche, aber leider nichtssagende Botschaften von sich gegeben. „Glauben Sie daran, dass das bayerische Gesundheitswesen im Falle einer nächsten Pandemie besser gerüstet sein wird?“, fragte Dr. Neumann spitz. Dies bejahte der Ministeriumsvertreter – ebenso wie die Frage, ob „der wirkliche, ganz reale Notstand bei Ärzten und Personal in der Politik erkannt worden ist, sodass es bei Themen wie Beschaffung von Ressourcen etc. wirklich Veränderung geben wird“.

Prof. Bauer antwortete, indem er auf einen infolge der Pandemie gebildeten Pflegepool aus 4.000 ehemaligen Pflegekräften und den Bayerischen Koalitionsvertrag verwies, der 2.000 neue Medizinstudienplätze vorsieht: „Wir haben damit auch schon angefangen!“ BAO-Präsident Dr. Deindl war damit allerdings noch nicht zufrieden: „Das Problem ist, dass wir jetzt Lösungen brauchen!“ Woraufhin Prof. Bauer abermals eine typische Politiker-Floskel zum Besten gab: „Ja, die politischen Prozesse dauern lang, aber es ist besser klein anzufangen als gar nicht anzufangen. Sie haben mich als Ihren Partner an Ihrer Seite!“ ◀

Nächster Bundeskongress: 10. bis 11. Februar 2023 in Nürnberg

Der Termin für den nächsten Bundeskongress Chirurgie steht bereits fest: Vom 10. bis 11. Februar 2023 steht das Nürnberger Convention Center wieder ganz im Zeichen der ambulanten operativen Medizin – unbedingt vormerken!

Einfach gesunde Beine mit Mikroschaum

## [Varizen-Sklerotherapie]

Die alternative Behandlungsoption<sup>1</sup>  
für alle Typen von Varizen:

- ✔ Hohe Patientenzufriedenheit<sup>2</sup>
- ✔ Ultraschall-kontrolliert | minimal-invasiv | modern
- ▶ Unverzichtbar für eine komplette Beinbehandlung



Kontaktieren Sie uns!  
Gerne unterstützen wir Sie und  
Ihre Patientinnen und Patienten  
mit unserem Servicematerial.

[www.besenreiser-krampfaderefrei.de](http://www.besenreiser-krampfaderefrei.de)

<sup>1</sup> Rabe et al. Leitlinie: Sklerosierungsbehandlung der Varikose. Der Hautarzt. 2021, 72:50-64  
<sup>2</sup> Rabe et al. Eur J Vasc Endovasc Surg 2008; 35(2): 238-245 (randomisierte klinische Studie)



**kreussler**  
PHARMA

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

## Spitzenverband Fachärzte

# Fachärztetag 2022: Ambulantisierung als Chance für alle Beteiligten

Es mangelt an ärztlicher Arbeitszeit, und auch die finanziellen Ressourcen sind begrenzt. Gleichzeitig wächst der Versorgungsbedarf in der Bevölkerung. Es wundert daher nicht, dass sektorenverbindende Konzepte und eine Stärkung ambulanter Strukturen derzeit bei allen Beteiligten hoch im Kurs stehen.

Von Dr. Jörg Hennefründ

Zum zehnjährigen Bestehen des Spitzenverbands Fachärzte (SpiFa) fand der diesjährige Fachärztetag am 31. März und 1. April 2022 in Berlin im Hybridformat statt, das wohl auch in Zukunft so beibehalten werden soll. Es handelt sich um die inzwischen wohl bedeutendste Veranstaltung, die für allgemeine politische Fragestellungen in der Gesundheitspolitik von den Ärzteverbänden organisiert wird. Alle Sitzungen und Diskussionsrunden sind öffentlich via Youtube zugänglich – am einfachsten gelingt das über die Internetseite des SpiFa (siehe <https://fachaerztetag.spifa.de/highlights>).

In ihren einleitenden Vorträgen zählten der SpiFa-Vorsitzende Dr. Dirk Heinrich und der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Dr. Klaus Reinhardt, die zahlreichen Baustellen des Gesundheitswesens auf. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) war nicht vertreten. Gesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach ist mit der Coronaproblematik weitgehend belastet bis ausgelastet, und auch hundert Tage nach Regierungsbeginn ist keine Priorisierung zur Abarbeitung der Punkte des Koalitionsvertrages erkennbar. Das Bedauern über die beim BMG nicht stattfindende Bearbeitung von Themen jenseits der Krisenbewältigung zog sich als roter Faden durch alle Diskussionen der beiden Tage.

## GOÄ gehört in jeder Struktur konstitutiv zum freien Arztberuf

BÄK-Präsident Dr. Reinhardt verwies beispielhaft auf ein Gespräch, das er mit dem Minister geführt hat und in dem auch die Novelle der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) angesprochen wurde. In einer Pressekonferenz hat Prof. Lauterbach später die GOÄ-Novelle jedoch unter das Thema der Strukturreform des Gesundheitswesens subsummiert, das in dieser Legislaturperiode nicht angegangen werden sollte. Die GOÄ gehört aber in jeder Struktur konstitutiv zum freien Beruf des Arztes – und sei es nur, dass damit die Selbstzahlerleistungen vergütet werden.

Das zweite, immer wiederkehrende Thema ist die zunehmend sichtbare Diskrepanz zwischen dem Bedarf an medizinischer Versor-

gung und der verfügbaren Arbeitskraft, sowohl im Bereich der Pflege als auch bei den Ärztinnen und Ärzten. So war die Effizienzsteigerung das wohl am häufigsten genannte Ziel.

Wiederholt wurde auf die veränderte Situation in der Gesellschaft verwiesen: Gab es früher eine Konkurrenzsituation der Ärztinnen und Ärzte untereinander, so fehlt es heute überall an (ärztlicher) Arbeitszeit, und die Bewältigung der Patientenversorgung steht ganz im Vordergrund. Auch die Konkurrenz zwischen den Sektoren sollte damit einer gemeinsamen Bewältigung der Herausforderungen weichen. Diese veränderte Situation scheinen noch nicht alle Personen und Bereiche im Gesundheitswesen hinreichend realisiert zu haben.

## Kostenträgern droht ein Defizit von 17 Milliarden Euro

Zentral für die Themen der ambulanten Operateure war die Podiumsdiskussion am ersten Tag zum Thema Hybrid-DRGs und damit das Ziel ‚sektorverbindende Versorgung‘. Im Statement für den GKV-Spitzenverband stellte Vorstandsmitglied Stefanie Stoff-Anis drei Probleme der Kostenträger heraus: Pflegekräftemangel, sinkende Fallzahlen in den Krankenhäusern und ein prognostiziertes Defizit für 2023 von 17 Milliarden Euro. Für den GKV-Spitzenverband steht die Erweiterung des Katalogs ambulanter und stationsersetzender Leistungen (AOP-Katalog) gemäß IGES-Gutachten im Vordergrund, die Hybrid-DRGs seien nicht ersetzend, sondern ergänzend zum AOP-Katalog zu sehen, und zwar für über den AOP-Katalog hinausgehende Fälle.

Mathias Einweg vom Fachausschuss Krankenhausfinanzierung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) bezeichnete die Krankenhäuser für die Zukunft als „gut aufgestellt“, da sie bereits einen erheblichen Strukturwandel durchlaufen hätten. Hybrid-DRGs sieht er als Vorbehaltsleistungen zur Ambulantisierung am Krankenhaus, für die Vertragsärzten keine Abrechnungsmöglichkeiten zustehen.

Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Gassen, sieht der Begriff der Hybrid-DRGs hingegen ledig-

» Politisch ist das Thema Hybrid-DRG ein ernstzunehmendes Signal der Politik, dass sie jetzt ernsthaft die sektorenverbindende Versorgung einfordert. Zumindest sofern das BMG den Krisenmodus hoffentlich bald verlassen wird.«

Dr. Jörg Hennefründ

lich als Platzhalter, dem vielzitierten Modell in Thüringen bescheinigte er einen nur mäßigen Erfolg. Klar sei, dass für eine Prozedur auch nur ein Preis existieren darf und gleichzeitig die Prämisse gelten muss „Wer kann, der darf“. Hier gelte es, Voraussetzungen für die Teilhabe zu definieren, wobei die Vertragsärzte bereits in professionell hochqualifizierten Strukturen operieren. Die Erweiterung des AOP-Kataloges und die Etablierung der DRGs führen nach Auffassung der KBV nicht zu Einsparpotenzialen, könnten aber zu einer besseren Versorgung für ähnliches Geld führen.

### Neues Berechnungsmodell für die Vergütung

Der zweite Vorsitzende des SpiFa, Dr. Helmut Weinhart, empfindet die Hybrid-DRGs ebenfalls als Worthülse, die die drei anwesenden Gruppen mit Inhalt füllen müssen. Das SpiFa-Modell sieht für ambulant sensitive Fälle ein Kooperationsgebot für Problemsituationen vor. Der Zugang zu dem Bereich muss für Krankenhäuser wie Vertragsärzte offen sein. Pragmatisch schlägt er eine Vergütung von 90 Prozent der DRGs vor, um auf dieser Basis ein neues Berechnungsmodell für die Vergütung zu entwickeln. Die notwendige Strukturqualität werde aber nicht mehr von Einzelpraxen erfüllt werden können.

Die derzeitige Situation der Zugangsmöglichkeiten mit Erlaubnisvorbehalt bei den Vertragsärzten und Verbotsvorbehalt im Krankenhaus ist für den SpiFa inakzeptabel. Ebenso lehnt der Verband eine Bedarfsplanung für diesen Bereich ab. Allerdings müsse vorher auch eine Bereinigung der Budgets im vertragsärztlichen wie im stationären Sektor stattfinden.

### Podiumsdiskussion mit den Parteien: So könnte die politisch gewünschte Quadratur des Kreises gelingen

In der Podiumsdiskussion mit Abgeordneten des Bundestages am zweiten Tag des SpiFa-Fachärztetages kamen Vertreterinnen und Vertreter aller wesentlichen Parteien zu Wort. In einer ganzen Reihe von Punkten waren sie sich einig: So gehen sie davon aus, dass es perspektivisch einen Versorgungsmangel für die Patientinnen und Patienten geben wird. Gleichzeitig soll es keine Leistungseinschränkungen geben – obwohl ein Defizit bei den Krankenkassen sich kaum leugnen lässt. Als Lösung schwebt den Parteien eine Effizienzsteigerung an den Sektorengrenzen vor.

Aus Sicht des Bundesverbandes Ambulantes Operieren ist das Deutsche Gesundheitswesen mit seinem Vertragsarztsektor dafür bestens geeignet:

- ▶ Selbst mit den im internationalen Vergleich (zu) niedrigen Vergütungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) haben die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in den vergangenen Jahren das Überleben trainiert – auch wenn damit kein Ausbau der Leistungsmengen zu erreichen war.
- ▶ Als Ausnahme sticht hierbei lediglich die Ophthalmologie heraus, wo angemessen gezahlt und eine verlässliche Sachkostenregelung gefunden wurde – eindeutig eine Erfolgsgeschichte, wie man an der vollzogenen Ambulantisierung in dieser Fachrichtung sehen kann.
- ▶ Das Erfolgsmodell aus der Ophthalmologie kann auf die anderen Bereiche übertragen werden, gerne in Kooperation mit dem Krankenhaussektor (siehe SpiFa-Modell): Zusammen wird das nicht nur wirtschaftlich, sondern könnte auch dem steigenden Bedarf gerecht werden. Bei einer Vergütung in Höhe von 90 Prozent der DRGs, wie vom SpiFa vorgeschlagen, ergäbe das kostenneutral schon mal 10 Prozent mehr Leistungsvolumen!

### Dr. Jörg Hennefründ

BAO-Schriftführer  
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe  
Tagesklinik Oldenburg  
Achterstraße 21  
26122 Oldenburg  
Tel: 0441 922700  
hennefrund@aol.com  
www.tagesklinik-oldenburg.de

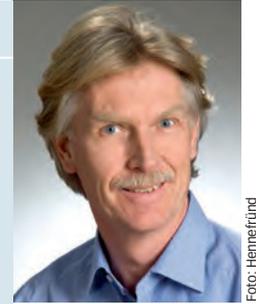


Foto: Hennefründ

### Alle Akteure sehen großes Ambulantisierungspotenzial

In der Abschlussrunde wurde die Frage gestellt, was in den kommenden zwei Jahren erreicht werden muss, damit man von einem Erfolg im Bereich der stationärsersetzenden Leistungen sprechen kann. Für den GKV-Spitzenverband besteht dieses in einer Erweiterung des AOP-Kataloges mit einer erfolgreichen Schweregrad-Differenzierung. Die DKG betont, dass eine gemeinsame Weiterbildung und eine Vernetzung der Leistungserbringer stattfinden müssen. Der AOP-Katalog wird deutlich von den Hybrid-DRGs getrennt gesehen; finanziell müssten Anreize für das Krankenhaus geschaffen werden, mehr ambulant zu operieren. Die KBV wiederum sieht vor allem das große Arbeitsvolumen bei der Patientenversorgung, das es gemeinsam zu bewältigen gilt.

Offenbar sehen also alle Parteien unstrittig das große Ambulantisierungspotenzial, bei dem Deutschland international deutlich zurückliegt. Während der GKV-Spitzenverband und die KBV die Erweiterung des AOP-Kataloges gemäß IGES-Gutachten vorantreiben wollen, hat die DKG hierzu bei der Veranstaltung nicht explizit Stellung genommen. Die vom Moderator Jörg Karst vom Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA) angesprochene implizite Bedrohung der Krankenhäuser durch das erweiterte Potenzial, das vom IGES-Gutachten genannt wird und das 25 Prozent der aktuell stationär durchgeführten Krankenhausoperationen umfasst, wurde vom Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft nicht als Gefahr gesehen. Die Forderung, Hybrid-DRGs ausschließlich Krankenhäusern zugänglich zu machen, dürfte angesichts der politischen gesamten Situation nicht durchsetzbar sein.

### Neue Verhandlungsbereitschaft stimmt hoffnungsvoll

Es bestand Einigkeit darüber, dass aktuell vom BMG keine Initiativen zu erwarten sind. Vor diesem Hintergrund sahen sich alle in der Pflicht, bei der Erweiterung des AOP-Kataloges und der Füllung des Begriffes Hybrid-DRGs selber gestaltend voranzugehen. Klar wurde auch, dass im Hintergrund endlich auch zweiseitige Diskussionen jeweils zwischen KBV, DKG und GKV-Spitzenverband stattfinden, bevor abschließend dann dreiseitige Vereinbarungen getroffen werden können. Dies ist gegenüber der früheren Situation, in der die DKG jegliches gemeinsame Vorgehen mit der KBV verweigerte, ein deutlicher Hoffnungsschimmer.

Politisch ist das Thema Hybrid-DRG ein ernstzunehmendes Signal der Politik, dass sie jetzt ernsthaft die sektorenverbindende Versorgung einfordert. Zumindest sofern das BMG den aktuellen Krisenmodus hoffentlich bald verlassen wird. ◀

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

**Dr. Andreas Lang**  
Hagenbacher Str. 2  
74177 Bad Friedrichshall  
Telefon 0172 7248392  
www.anc-bwn.de

**ANC Berlin**

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

**ANC Brandenburg**

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

**ANC Hamburg**

**Dr. Florian Giensch**  
Am Wall 1, 21073 Hamburg  
Telefon 040 766136-22

**HCV Hessen**

**Jan Henniger**  
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. Heinz Rödl**  
Krankenhausstr. 12, 93149 Nittenau  
Tel. 0171 7934408

**ANC Rheinland-Pfalz**

**Dr. Jörg Fischböck**  
Hans-Böckler-Str. 25  
67454 Haßloch  
Tel 06324 3031

**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

**ANC Thüringen**

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

**ANC Unterfranken**

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

**ANC Westfalen-Lippe**

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

**BNKD Berufsverband der niedergelassenen Kinderchirurgen**

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

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

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

**2. Vorsitzender**

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

**Schatzmeisterin**

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

**Beisitzer**

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

**Beisitzer**

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

**Ehrenvorsitzender**

**Dr. Dieter Haack**

**BNC Geschäftsstelle**

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

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

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

**LAO Berlin e.V.**

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

**LAO Brandenburg e.V.**

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

**LAO Hamburg e.V.**

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

**LAO Niedersachsen e.V.**

**Dr. Gerd-Dieter von Koschitzky**  
Moorstr. 78-80  
29664 Walsrode  
Telefon 05161 73021

**Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO)****Präsident**

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

**Vizepräsident**

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

**Schatzmeister / 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 Hamburg

## Neuer Vorstand will Interesse wecken und lokale Berufspolitik wiederbeleben

Am 1. März 2022 hat die ANC Hamburg einen neuen Vorstand gewählt. Neuer erster Vorsitzender ist Dr. Florian Giensch, stellvertretender Vorsitzender ist Dr. Philipp Holch und Schatzmeisterin ist Dr. Michaela Rothe, die auch beim BNC-Vorstand die Kasse kontrolliert.

In den vergangenen Jahren hatten viele niedergelassene Chirurgen der ANC Hamburg den Rücken gekehrt bzw. sich kaum noch bei den ANC-Sitzungen blicken lassen. „Viele haben das Gefühl, dass man politisch ohnehin nichts erreichen kann. Sie sind erschöpft und scheuen den zusätzlichen Aufwand, der mit einem solchen Engagement verbunden ist“, beschreibt Dr. Giensch die Lage. Er findet diese Einstellung zwar grundsätzlich verständlich, hält es aber dennoch für wichtig, sich in die lokale bzw. regionale Politik und Selbstverwaltung einzubringen: „Wenn einem die Politik immer mehr Vorgaben macht, dann muss man dagegenhalten!“ Die sektorenübergreifende Versorgung ist in seinen Augen ein zentrales Thema für die chirurgische Fachgruppe, „aber auch bei den Hybrid-DRG könnten wir ganz schön auf die Nase fallen, wenn die Kliniken sich mit ihrer Auffassung von dieser Vergütungsform durchsetzen.“ Sein vorrangiges Ziel ist es, wieder mehr Kolleginnen und Kollegen zum Beitritt in die ANC und zur aktiven Mitarbeit zu bewegen. Dabei wird er u. a. von seiner Vorstandskollegin Dr. Michaela Rothe aktiv unterstützt. Beide kandidieren aktuell für einen Sitz in der Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVHH), die von Anfang Juni bis Anfang Juli 2022 stattfindet.

Während Dr. Giensch bereits Erfahrung im Beratenden Fachausschuss der KVHH sammeln konnte, ist es für Dr. Rothe das erste Mal, dass sie sich näher mit der Interessenvertretung in der Selbstverwaltung auseinandersetzt. „Es gibt auf KV-Ebene so viele Gremien, die den meisten von uns nicht oder nur kaum bekannt sind“, erzählt die Chirurgin, die seit mittlerweile immerhin 13 Jahren in der Hansestadt



Foto: Giensch

Der neue Vorsitzende der ANC Hamburg, Dr. Florian Giensch, will neue Mitglieder gewinnen



Foto: Rothe

Die neue ANC-Schatzmeisterin Dr. Michaela Rothe kandidiert für einen Platz in der KV-VV

niedergelassen ist, „da würde ich mir eigentlich mehr Informationen von Seiten der KV wünschen.“ Mit Blick auf die ANC hofft sie ebenfalls auf eine Wiederbelebung der regionalen Interessenvertretung: „Vor etlichen Jahren, als die Regelleistungsvolumina (RLV) neu berechnet wurden, ging das vielen Kolleginnen und Kollegen direkt an den Geldbeutel. Da war das Interesse an der ANC größer.“ Doch seit Inkrafttreten des Spahn'schen Terminservice-Versorgungsgesetzes (TSVG) habe sich die Auszahlungsquote erhöht und die Honorarsituation entspannt. „Und da schwand das Interesse an der ANC-Arbeit wieder.“ Sie hofft daher auf nachhaltiges Engagement und mehr Kontinuität.

**Kontakt:** ANC Hamburg, Dr. Florian Giensch, Am Wall 1, 21073 Hamburg  
Tel.: 040 766136-22, Fax 040 766136-66, f.giensch@chirse.de

## BAO-Regionalveranstaltungen

## Wohnortnahe Symposien für Austausch und Infos über aktuelle Entwicklungen

Um seinen Mitgliedern mehr Möglichkeiten des kollegialen Austauschs zu bieten, veranstaltet der BAO ab sofort regelmäßig regionale und damit wohnortnahe Symposien. Diese sollen die beiden überregionalen Kongresse – sprich: den Bundeskongress Chirurgie im Februar in Nürnberg und den NARKA im September – ergänzen, an denen sich der BAO inhaltlich und organisatorisch beteiligt.

Die neuen regionalen BAO-Symposien finden immer samstags von 9:30 bis 16 Uhr statt und bieten die Gelegenheit, sich mit Kolleginnen und Kollegen auszutauschen, Informationen über Regelungen rund um den Praxisbetrieb sowie Neues aus der Berufspolitik zu erhalten. Für Mitglieder beträgt der Teilnehmerbeitrag jeweils 40 Euro, ihre Angestellten können unentgeltlich teilnehmen. Nicht-Mitglieder zahlen 60 Euro. Hier ein Überblick der kommenden Termine:

- ▶ **Regionales BAO-Symposium** am 18. Juni 2022  
von 09:30 Uhr bis 16 Uhr im Hotel Atlantic Universum in Bremen,
- ▶ **Regionales BAO-Symposium** am 9. Juli 2022  
von 09:30 Uhr bis 16 Uhr im Augustinerkloster zu Erfurt,
- ▶ **BAO-Symposium im Rahmen des NARKA-Sonntag**  
am 4. September 2022 in Berlin,
- ▶ **BAO-Symposium im Rahmen des 62. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie**  
am 8. Oktober 2022 in Garmisch-Partenkirchen,
- ▶ **BAO-Symposium im Rahmen des 55. HNO-Kongress**  
am 29. Oktober 2022 in Mannheim.

**Kontakt:** BAO-Geschäftsstelle, Tel.: 030 31958413, buero@bao.berlin

## ANC Südbaden und Baden-Württemberg Nord

## Wahl von Vorstand und VV: Chirurgisch-orthopädische Stimmen in der KV stärken

In der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) stehen richtungsentscheidende Wahlen an. Neben der Vertreterversammlung (VV) wird nämlich auch die KV-Spitze neu gewählt. Die badenwürttembergischen ANC – ANC Südbaden und ANC Baden-Württemberg Nord – unterstützen die Bewerbung des orthopädischen Kollegen Dr. Karsten Braun aus Wertheim zum neuen KV-Vorsitzenden. Dieser möchte die Nachfolge des Orthopäden Dr. Norbert Metke antreten, der sich nach elf Jahren an der Spitze der Selbstverwaltung in den verdienten Ruhestand verabschiedet. Daneben kandidieren die beiden ANC-Vorsitzenden, Dr. Andreas Lang und Dr. Matthias Szabo, für Sitze in der KV-VV. Die Stimmabgabe beginnt am 18. Juli und endet am 1. August 2022.

„Weil dieses Mal sowohl der erste als auch der zweite Vorstandsvorsitzende abtreten, haben wir gewissermaßen eine Schicksalswahl“, meint Dr. Lang. Die Arbeit des langjährigen KV-Chefs Dr. Metke habe den chirurgisch-orthopädischen Fachgruppen gutgetan, „auf diesem Kurs wollen wir weiterfahren.“ Traditionell würden in der KVBW die beiden Chefposten im Vorstand mit jeweils einer Person aus dem hausärztlichen und einer aus dem fachärztlichen Lager (Medi) besetzt. Für den Job sieht sich Dr. Braun gut gerüstet: „Ich habe in den letzten Jahren bereits diverse Funktionen bei der KV innegehabt und mich auch im BVOU stark engagiert.“

Es liegt ihm am Herzen, die fachübergreifende Kooperation weiterzuführen, die in Baden-Württemberg durch den Medi-Verbund und die fachärztlichen Selektivverträge gewachsen ist: „Als KV-Chef möchte man keine Klientelpolitik machen. Wir müssen uns neben der klassischen ambulanten Versorgung auch um die Sektorengrenze kümmern. Da haben wir die ermächtigten Chefärzte, außerdem gibt es auch im ambulanten Bereich immer mehr angestellte Ärztinnen und Ärzte, die in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder in größeren Praxen arbeiten. Die wollen wir alle mit ins Boot holen“, erklärt Dr. Braun: „Interne Grabenkämpfe und Spaltereien schwächen uns



Foto: Lang

Dr. Andreas Lang kandidiert über die Medi-Liste für einen Sitz in der KV-VV



Foto: Udo Schäfer

Dr. Karsten Braun möchte Vorstandsvorsitzender der KVBW werden



Foto: Szabo

Dr. Matthias Szabo will über die SFB-Liste in die KV-VV einziehen

nur nach außen. Es gibt genug Themen, bei denen wir als Ärzteschaft angegangen werden und geschlossen agieren sollten.“ Eines davon sind die Einzelfallprüfungen und Regresse, deren Zahl während der Corona-Pandemie massiv zugenommen habe. „Das ärgert uns, weil es sich oft nur um Bagatellbeträge handelt, für die seitens der Krankenkassen ein Riesenaufwand betrieben wird. Ich werde darauf dringen, die Bagatellgrenze anzuheben, um den Aufwand der Prüfungen und Regresse für alle Beteiligten zu reduzieren“, meint Dr. Braun.

Ebenfalls ganz oben auf der Agenda steht die Nachwuchsförderung, wie Dr. Lang erklärt: „Wir wollen die jungen Ärztinnen und Ärzte motivieren, im ambulanten Bereich weiterzumachen. Allerdings werden vielen noch während ihrer Weiterbildungszeit in den Kliniken langfristige Verträge angeboten. Dann ist die Schwelle recht hoch, in den ambulanten Sektor zu wechseln.“ Alle drei Kandidaten sind überzeugt, dass von einer stärkeren Verzahnung der Sektoren bei der Weiterbildung alle Beteiligten profitieren würden. Etwa, damit die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung im niedergelassenen Bereich die ambulant-operativen und konservativen Leistungen ihrer Fachgebiete lernen können, die in Kliniken kaum noch angeboten werden. Für Niedergelassene wiederum kann es sich auch mit Blick auf die Praxisnachfolge auszahlen, sich stärker in der Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses zu engagieren.

Um den Nachwuchs in die Niederlassung zu locken, müssen aber auch die Rahmenbedingungen stimmen, wie Dr. Szabo betont: „Die ambulante Weiterbildung muss finanziell viel stärker unterstützt werden. Daneben könnte ich in meiner Praxis auch gut und gern noch zwei oder drei Nachwuchskollegen gebrauchen. Doch die Honorare geben es nicht her, sie als angestellte Ärzte zu beschäftigen. Dabei zeigt die jüngere Generation sinkende Bereitschaft zur Niederlassung und möchte auch im ambulanten Sektor lieber angestellt arbeiten.“

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

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

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

**Kontakt:** ANC Südbaden, Dr. Matthias Szabo

Tel.: 07461 73014, dr.szabo@aoz-tuttlingen.de

ANC Baden-Württemberg Nord, Dr. Andras Lang

Tel.: 0172 724892, alangdoc@gmx.de

## ANC Westfalen-Lippe

## Netzliste will Kooperationsgedanken in die Vertreterversammlung tragen

Mit dem Ablauf des Jahres 2022 endet auch in Westfalen-Lippe die Amtsperiode der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung (KVWL). Aktuell formiert sich dort – u. a. von dem niedergelassenen Chirurgen Dr. Hans-Jürgen Beckmann initiiert – eine Ärztenetze-Liste, die den kooperativen Netzgedanken in die Vertreterversammlung (VV) tragen möchte. Dr. Beckmann gehört seit vielen Jahren zum Vorstand des Ärztenetzes Medizin und Mehr (MuM) aus Bünde. Dort arbeitet auch die seit einem Jahr niedergelassene Hausärztin Kyra Weil aktiv mit. Sie möchte ebenfalls über die Ärztenetze-Liste in die VV einziehen.

„Wir wollen endlich als geschlossene Ärzteschaft antreten“, erklärt Dr. Beckmann die Initiative. „Die Spaltung in haus- und fachärztliche Lager ist genau das Instrument, mit dem die Krankenkassen uns seit Jahren quasi am Ring durch die Nase herumführen.“ Für die Überwindung dieses Blockdenkens sei MuM von Anfang an angetreten. Die Ärztenetze-Liste will sich außerdem dafür einsetzen, mehr Berufsgruppen in die Patientenversorgung einzubinden. „Wir Ärzte allein werden das Gesundheitssystem nicht zukunftsfähig machen können“, erklärt Dr. Beckmann. Wichtig ist ihm dabei aber auch, dass der Wettbewerb um Fachpersonal mit gleichlangen Spießeln geführt wird: „Wir konkurrieren mittlerweile mit den Krankenhäusern um Medizinische Fachangestellte, doch die Kliniken können wegen der dualen Finanzierung deutlich höhere Gehälter zahlen als wir Privatunternehmer.“

„Und last but not least,“ führt der Chirurg aus, „richten wir uns gegen eine Konzernisierung des Gesundheitswesens. „Während Investoren



Foto: Beckmann

Dr. Hans-Jürgen Beckmann will mit der Ärztenetze-Liste in die KV-VV

und Großkliniken ganze Praxisketten zusammenkaufen, verhindern Regularien von Kammern und KVen, dass Ärztenetze selbst die Praxen ausscheidender Mitglieder übernehmen, um sie damit im Netzverbund weiterführen – das ist anachronistisch und führt zum Ausverkauf der ambulanten Medizin!“

Dr. Beckmann sieht die Initiative der Ärztenetze-Liste als gute Ergänzung der etablierten Netzpolitik der KVWL, die ihrerseits keine Bedenken gegen das Vorhaben hegt. „Die Reaktionen an der Basis zeigen, dass die Zeit reif ist für eine solche Liste“, erklärt Dr. Beckmann. So gelang es den Initiatoren in Bünde binnen zwei Wochen, 60 Unterschriften für die Bildung der Netzliste zu sammeln – notwendig

wären lediglich 20 gewesen. Zu den Unterzeichnern zählten MuM-Mitglieder ebenso wie Nicht-Mitglieder sowie Kolleginnen und Kollegen, die bereits auf anderen Listen kandidieren. Nur in den Chefetagen der anderen Ärztenetze in Westfalen-Lippe fiel die Resonanz auf die neue Liste bislang eher verhalten aus.

Davon wollen sich Dr. Beckmann und seine Mitstreiter allerdings nicht entmutigen lassen. Um die Ärztinnen und Ärzte der anderen Ärztenetze in Westfalen-Lippe direkt zu erreichen, setzen sie nun vor allem auf die sozialen Medien, also Facebook, Twitter und LinkedIn: „In diesen schnelllebigen Zeiten ist ein Artikel, der im Januar irgendwo erscheint, im Juli ja längst wieder in Vergessenheit geraten“, meint der Chirurg.

**Kontakt:** Dr. Hans-Jürgen Beckmann, [beckmann@mum-buende.de](mailto:beckmann@mum-buende.de)

## KV-Vertreterversammlungen

## BNC will Übersicht über alle chirurgischen Kandidaten für die KV-Wahlen erstellen

Im Laufe des Jahres 2022 stehen in den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Wahlen zur Vertreterversammlung (VV) an. In einigen KVen wird auch der Vorstand neu gewählt. Die Vertreterversammlungen sind die zentralen Selbstverwaltungsorgane der KVen. Sie bestimmen die Satzung und weitere Bestimmungen, z. B. Bereitschaftsdienstordnung, Entschädigungs- und Abrechnungsordnung oder Richtlinien für die Durchführung der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung. Sie wählen und führen Aufsicht über den hauptamtlichen Vorstand und setzen den Haushaltsplan fest.

In etlichen regionalen KVen kandidieren auch Chirurginnen und Chirurgen für einen Platz in der jeweiligen VV. Einige von ihnen haben wir zusammen mit ihren berufspolitischen Einstellungen und Zielen auf den vorangegangenen Seiten vorgestellt. Doch von so manchen Kandidatinnen und Kandidaten weiß die BNC-Geschäftsstelle bislang

noch gar nichts. Dabei wäre es für die berufspolitische Arbeit des BNC hilfreich zu wissen, in welchen KVen Fachkolleginnen und -kollegen die regionale Selbstverwaltung aktiv mitgestalten.

Der BNC bittet daher alle Mitglieder um Mitteilung, welche chirurgischen Kolleginnen und Kollegen für einen Platz in ihrer jeweiligen VV kandidieren und auf welcher Liste sie sich zur Wahl stellen. Geplant ist zum einen, in der kommenden Ausgabe dieser Zeitschrift weitere Kandidatinnen und Kandidaten vorzustellen. Zum anderen möchte der BNC eine Übersicht über diese Mitglieder erstellen und sie ggf. zum Gedanken- und Erfahrungsaustausch sowie zur gemeinsamen Strategieplanung einladen. Bitte melden Sie sich bei der BNC-Geschäftsstelle.

**Kontakt:** BNC-Geschäftsstelle, [Rosemarie Plassmann](mailto:Rosemarie.Plassmann@bncv.de)

**Tel.:** 04532 2687560, [info@bncev.de](mailto:info@bncev.de)

## Aktuelles zum Arztrecht vom BNC-Justiziar

# Neues zu Praxisgründung, Praxisverkauf und Sonderbedarfszulassung im MVZ

Eine halbe Stunde Fahrzeit zu ausgelagerten Praxisräumen ist nicht zu beanstanden. Beim Verkauf einer Praxis müssen materielle Vermögenswerte vorhanden sein, damit auch der Patientenstamm mitveräußert werden kann. Und bei Sonderbedarfszulassungen ist auch eine Besetzung mit geringer Wochenstundenzahl zulässig.

Von Jörg Hohmann

### Anforderungen an eine ausgelagerte Praxis

Eine ausgelagerte Praxis ist nicht genehmigungs-, sondern nur anzeige-pflichtig. Das Kriterium der räumlichen Nähe ist bei einer Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten erfüllt. Das Leistungsspektrum darf sich nur auf spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen erstrecken.

Mit dieser Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) konnte sich eine überörtliche gynäkologische Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) gegen die KV Nordrhein durchsetzen, die ihre zytologischen Laborleistungen in einer ausgelagerten Praxisstätte durchführen wollte. Die KV hatte mitgeteilt, dass die Praxisräume zu weit entfernt seien (9 Kilometer bzw. 17 bis 19 Minuten Fahrtzeit) und das Vorhaben abgelehnt.

Die Klage war zunächst erfolgreich, das Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen (NRW) hatte der Berufung der KV entsprochen und die Klage abgewiesen. Inzwischen hatte sich die räumliche Situation in der Hauptpraxis erweitert und das Interesse an der ausgelagerten Praxis war erledigt. Die Klage wurde als Fortsetzungsfeststellungsklage fortgeführt. Das LSG stellte aber fest, es mangle an der notwendigen räumlichen Nähe, dieses Erfordernis ergebe sich aus einer Auslegung von § 24 Ärzte-ZV und der entsprechenden Regelung in § 18 der Berufsordnung. Danach seien ausgelagerte Praxisräume eine organisatorische Einheit mit der Praxis, die Fahrtzeiten gemäß der alten Residenzpflicht von maximal 30 Minuten seien nicht heranzuziehen. Diese Entscheidung wurde durch den Senat kassiert, der aufgrund der Gefahr einer Honorarkürzung ein Feststellungsinteresse bejahte.

Dem Erfordernis der ‚räumlichen Nähe‘ zum Vertragsarztsitz in § 24 Absatz 5 Ärzte-Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV) stehe die Entfernung von 9 km und einer Fahrtzeit von 19 Minuten nicht entgegen. Bei der Auslagerung von Praxisräumen sei die zeitliche Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten generell ein geeignetes Kriterium zur Bestimmung der räumlichen Nähe. Es stelle sicher, dass ein Vertragsarzt am Vertragsarztsitz persönlich in angemessener Zeit zur Verfügung stehen kann. Es trage unterschiedlichen Anforderungen an ländlich strukturierte Gebiete wie auch an dicht besiedelte Großstadtgebiete hinreichend Rechnung.

An der vertretenen Ansicht, dass ‚in den Augen des Publikums‘ eine organisatorische Einheit auch bei Auslagerung einer Praxisstätte vorliegen müsse, hielt der Senat nicht fest. Durch Digitalisierung seien engere Organisationsstrukturen möglich geworden. Der Senat ließ offen, ob möglicherweise bei reinen Laboruntersuchungen, die ohne Arzt-Patienten-Kontakt in ausgelagerten Praxisräumen durchgeführt würden, im Einzelfall auch längere Wegezeiten als 30 Minuten in Betracht kämen. Darauf war es hier indes nicht angekommen.

Für das erneute Berufungsverfahren müsse bewertet werden, ob die Tätigkeit am Hauptsitz der Tätigkeit an weiteren Orten zeitlich überwiegt, wie es § 17 Absatz 1a Satz 5 Bundesmantelvertrag (BMV) vorsieht. Seit Änderungen der Berufsordnung ab 2003 und des § 24 Ärzte-ZV ab 2007 gelte zwar nicht mehr, dass in ausgelagerten Praxisstätten keine Leistungen erbracht werden dürften, die auch am Hauptsitz erbracht würden. Es gelte aber weiterhin, dass in ausgelagerten Praxisstätten nur spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen erbracht werden dürften, die am Hauptsitz der Praxis nicht angeboten werden.

Urteil des BSG vom 06.04.2022 – Aktenzeichen B 6 KA 12/21 R

### Praxiskaufvertrag: Patientenstamm ist keine Handelsware

Vorsicht bei der Ausgestaltung eines Kaufvertrages für eine (Zahn) Arztpraxis: Hat der Vertrag die Veräußerung des Patientenstamms zum Inhalt, verstößt dieses gegen das standesrechtliche Verbot entgeltlicher Zuweisungen, der Vertrag ist dann nichtig.

Im zugrundeliegenden Fall hatte ein niedergelassener Zahnarzt den Patientenstamm einer Kollegin erwerben wollen, die ihre privat- und vertragszahnärztliche Praxis einstellen wollte. Der Zahnarzt wollte den Patientenstamm erwerben und hatte zudem noch die Übernahme des Telefonanschlusses und der Domain vereinbart. Mit Kaufpreiszahlung sollte die Patientenkartei nebst sämtlichen Krankenunterlagen in Eigentum und Besitz des Zahnarztes übergehen, soweit die Einwilligungen der Patienten vorlägen. Unabhängig davon sollte die manuell geführte Patientenkartei in einem verschlossenen Aktenschrank als

auch die elektronische Patientenkartei geschützt durch ein Passwort unentgeltlich in Verwahrung genommen werden. Darüber hinaus hatte die Zahnärztin sich verpflichtet, in einem informativen Rundschreiben die Fortsetzung der Behandlung durch den Zahnarzt zu empfehlen.

Nachdem es nicht zur Übergabe der Patientenkartei kam, bestätigte der Bundesgerichtshof (BGH) die Nichtigkeit des Kaufvertrages. Danach ist der Verkauf eines Patientenstamms – anders als der Verkauf einer Arztpraxis im Ganzen – rechtlich nicht möglich. Die Übernahme nur des immateriellen Vermögens schied also aus. Das Gericht bezog sich auf die laut Berufsordnung untersagte Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial gegen Entgelt. Hier gelte bei einer Praxisveräußerung insoweit auch keine Ausnahme. Die von Parteien des Kaufvertrages vereinbarten Um- und Weiterleitungen sowie das Empfehlungsschreiben stellten eine solche unzulässige Zuweisung dar.

Diese Entscheidung gliedert sich ein in die ständige sozialgerichtliche Rechtsprechung, wonach die Veräußerung der Patientenkartei beziehungsweise des Versorgungsauftrags oder der Zulassung nicht möglich ist. Danach ist die Zulassung ein höchstpersönliches Recht, das nicht verkauft werden kann. Die Zulassung stellt eine öffentlich-rechtliche Berechtigung dar, die unmittelbar mit der Person des Berechtigten verbunden ist. Als solches höchstpersönliches Recht ist die Zulassung selbst weder veräußerbar, abtretbar noch pfändbar (Urteil des BSG vom 10.05.2000 – Aktenzeichen B 6 KA 67/98 R). Ein selbstständiger Vermögenswert ist der Zulassung deshalb nicht zuzumessen (Urteil des LSG NRW vom 10.03.1997 – Aktenzeichen L 11 SKa 85/96). Über den Vertragsarztsitz kann deshalb nicht gesondert verfügt werden, ein entsprechender Kaufvertrag ist damit grundsätzlich nichtig (Urteil des OLG Hamm vom 23.11.2004 – Aktenzeichen 27 U 211/03).

Wird also eine (Zahn)Arztpraxis verkauft, muss sich der Kaufvertrag stets auf das immaterielle und zugleich das materielle Vermögen beziehen. Ohne materielles Vermögen liegt auch keine fortführungsfähige Praxis mehr vor (Urteil des LSG Hessen vom 26.08.2009 – Aktenzeichen L 4 KA 38/08). Voraussetzung für ein Nachbesetzungsverfahren ist stets ein noch vorhandenes Praxissubstrat, weil ansonsten für ein Nachbesetzungsverfahren die innere Rechtfertigung fehlt (Urteil des BSG vom 27.06.2018 – Aktenzeichen B 6 KA 67/17 R; Urteil vom 24.10.2018 – Aktenzeichen B 6 KA 28/17 R). Mitentscheidend ist deshalb, ob die ursprünglich bestehende Praxis überhaupt noch von einem Nachfolger weitergeführt werden kann. Vor Abwicklung einer Praxis muss deshalb das materielle Vermögen Bestandteil des Kaufvertrages sein, um die Wirksamkeit des Kaufvertrages nicht zu gefährden.

**Urteil des BGH vom 09.11.2021 – VIII ZR 362/19**

### MVZ kann Sonderbedarf auch mit Viertel-Stelle abdecken

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) können Sonderbedarfszulassungen auch mit Viertel- und Dreiviertel-Stellen besetzen. Das MVZ kann selbst entscheiden, mit wie vielen Teilzeitstellen ein Arztsitz besetzt wird. Mit dieser Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) konnte

### 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

sich ein strahlentherapeutisches MVZ gegen den Berufungsausschuss Baden-Württemberg durchsetzen. Das MVZ hatte eine Anstellungsgenehmigung im Sonderbedarf für die Anstellung einer Ärztin mit einer Wochenarbeitszeit von zehn Stunden beantragt, nachdem es ursprünglich die Genehmigung für eine solche Anstellung für 31 Wochenstunden erhalten hatte. In der Folgezeit sollte der Bedarf durch eine andere Ärztin im Umfang von zehn Stunden (Anrechnungsfaktor 0,25), hilfsweise 20 Wochenstunden (Anrechnungsfaktor 0,5) sichergestellt werden.

Nach Bejahung des Sonderbedarfs hatte der Zulassungsausschuss den Antrag auf Anstellungsgenehmigung mit dem Anrechnungsfaktor 0,25 allerdings abgelehnt. Widerspruch, Klage und Berufung blieben ohne Erfolg. Nach Beendigung der Tätigkeit wurde die Klage als Fortsetzungsfeststellungsklage fortgeführt. Das Landessozialgericht (LSG) hatte festgestellt, dass die Erteilung einer Anstellungsgenehmigung im Sonderbedarf mit dem Anrechnungsfaktor 0,25 ausgeschlossen sei. Nach § 36 Absatz 8 Bedarfsplanungs-Richtlinie (BedarfsplRL) könne zwar die Deckung des Sonderbedarfs durch Anstellung eines weiteren Arztes unter Angabe der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit erfolgen. Zu dieser Regelung habe der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) jedoch ausgeführt, dass eine Teilzeit-Anstellung mit dem Faktor 0,25 und 0,75 auf Grundlage von Sonderbedarf auszuschließen sei.

Diese Entscheidung wurde durch den Senat aufgehoben. Die Erteilung einer solchen Anstellungsgenehmigung sei in der vorliegenden Konstellation, dass ein Sonderbedarf im Umfang eines vollen Versorgungsauftrags fortbestehe, nicht von vornherein ausgeschlossen.

Zwar komme die ‚isolierte‘ Erteilung einer Anstellungsgenehmigung im Sonderbedarf im Umfang eines Viertels eines Versorgungsauftrags nicht in Betracht. Normativer Ausgangspunkt sei § 101 Absatz 1 Nr. 3 SGB V, der den Gemeinsamen Bundesausschuss ermächtige, Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze zu beschließen. Ein Vertragsarzt könne aber bis heute nicht im Umfang von weniger als einem halben Versorgungsauftrag zugelassen werden. Für Anstellungsgenehmigungen im Wege des Sonderbedarfs könne hinsichtlich des abzudeckenden Versorgungsauftrags nichts anderes gelten. Bestehe jedoch – wie in diesem Fall – ein Sonderbedarf in diesem Mindestumfang, könne dieser auch durch mehrere Anstellungsgenehmigungen mit dem Anrechnungsfaktor 0,25 gedeckt werden. Aus § 36 Absatz 8 BedarfsplRL folge nichts anderes.

**Urteil des BSG vom 06.04.2022 – B 6 KA 7/21 R**

## Aktuelles zum Arztrecht vom BAO-Justiziar

# Filler, Haartransplantationen und Co.: Wer darf was – und wo sind die Grenzen?

Um ‚Beauty-Behandlungen‘ durchzuführen, die als Heilbehandlung eingestuft werden, braucht es weder eine spezielle Facharztbezeichnung noch besondere Weiterbildungen. Dennoch gilt es, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob die eigenen Fähigkeiten und Kenntnisse ausreichen, um mögliche haftungsrechtliche Folgen zu vermeiden.

Von Tobias List

Der Jugendkult hält Einzug in die Arztpraxen. Ärztinnen und Ärzte werden von Patientinnen und Patienten nach ‚Beauty-Behandlungen‘ gefragt, und immer mehr nicht-ärztliche Angebote für diese Behandlungen werden in deutschen Städten beworben. Dabei geht es beispielsweise um Haartransplantationen, die Behandlung mit Fillern, Lip-Lifting, Schamlippenkorrekturen, Einhorn-Liftings, oder sonstige ‚Beauty-Behandlungen‘, die sich weder der ‚klassischen‘ Kosmetik noch ‚klassischen‘ Schönheitsoperationen zuordnen lassen.

Viele Angebote und Behandlungen bewegen sich im juristischen Graubereich der Zulässigkeit. Auch die Rechtsprechung – abgesehen von Urteilen zu Einzelfällen – hat sich noch nicht umfassend und grundlegend zu der Frage nach der Grenze zwischen Kosmetik und Medizin befasst. Im Folgenden geben wir einen kurzen Überblick und zeigen die Voraussetzungen und juristischen Grenzen bei der Erbringung bestimmter ‚Beauty-Behandlungen‘ auf.

Im Ausgangspunkt beurteilt man die Frage, wer ‚Beauty-Leistungen‘ erbringen darf, nach dem beabsichtigten Eingriff. Insofern können auch vermeintlich als ‚kosmetisch‘ eingestufte Leistungen unter den Heilkundebegriff fallen. Dies hat zur Folge, dass diese nur approbierten Ärztinnen und Ärzten bzw. – zum Teil (streitig) – Heilpraktikern vorbehalten ist (vergleiche BVerwG, Beschluss vom 25.06.2007 – Aktenzeichen 3 B 82/06). Beurteilungsgrundlage ist § 1 Abs. 2 HeilprG. Danach ist Heilkunde im Sinne des Gesetzes jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen. Das Gesetz macht dabei keinen Unterschied, ob es sich bei den Krankheiten und Leiden um rein körperliche oder aber um solche auch oder ausschließlich seelischer Natur handelt. Ebenso wenig stellt es auf die Behandlungsweise und -methode ab.

## Entscheidend ist Beurteilung des Gefährdungspotenzials

Vielmehr liegt in verfassungskonformer Auslegung der Vorschrift stets dann Heilkunde im Sinne des Heilpraktikergesetzes vor, wenn die Tätigkeit nach allgemeiner Auffassung medizinische Fachkenntnisse



Wer mit sogenannten Fillern Lippen aufspritzt, sollte Kenntnisse z. B. zum Aufbau der Haut und zum Verlauf von Nervenbahnen haben

voraussetzt, und wenn die Behandlung – bei generalisierender und typisierender Betrachtung der in Rede stehenden Tätigkeit – gesundheitliche Schädigungen verursachen kann. Dabei reicht es nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ein nur geringfügiges Gefahrenmoment nicht aus, um die Erlaubnispflicht nach § 1 Abs. 1 HPG auszulösen. Entsprechend verringert sich das Gefährdungspotenzial, je weiter sich der Behandler von medizinischer/ärztlicher Behandlung entfernt und sich etwa im Bereich spiritueller Wirkung (‚geistiges Heilen‘) bewegt.

Medizinische Fähigkeiten können notwendig sein im Hinblick auf das Ziel, die Art oder die Methode der Tätigkeit selbst, die – ohne Kenntnisse durchgeführt – die Patientin bzw. den Patienten schädigen könnte. Gleiches gilt im Hinblick auf die Feststellung, ob im Einzelfall mit der Behandlung begonnen werden darf, ohne dass die Patientin bzw. der Patient durch die Verrichtung selbst unmittelbar Schaden nimmt. Dabei fallen auch solche Leistungen unter die Erlaubnispflicht, die für sich gesehen ärztliche Fachkenntnisse nicht voraussetzen, die aber Gesundheitsgefährdungen mittelbar dadurch zur Folge haben können, dass die Behandelten die Anwendung gebotener medizinischer Heilmethoden unterlassen oder verzögern, weil die ausführende Person nicht über das medizinische Fachwissen verfügt, um entscheiden zu können, wann medizinische Heilbehandlung notwendig ist (vergleiche

BVerfG, Beschlüsse vom 3. Juni 2004 – Aktenzeichen 2 BvR 1802/02, NJW 2004, 2890, Bay. VGH, Beschluss vom 5. Juli 2005 – Aktenzeichen 21 CS 04. 2729, BayVbl. 2006, 115; Oberverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 28. April 2006 – Aktenzeichen 13 A 2495/03).

### Unterspritzungen der Haut gelten als Heilbehandlung

Unterspritzungen der Haut, etwa zum Aufbau der Lippen oder zur Korrektur der Nase mit Hyaluronsäure, erfüllen insofern die Voraussetzungen einer Heilbehandlung, da es sich um Eingriffe in den Körper handelt, bei denen Körpersubstanz verletzt wird, eine chemische Substanz in den Körper eindringt und für eine gewisse Zeit verbleibt. Sie gehören zum klassischen Spektrum einer ärztlichen Behandlung oder – streitig – einer Behandlung eines Heilpraktikers. Solche Eingriffe erfordern medizinische Kenntnisse zu der Frage, ob möglicherweise eine behandlungsbedürftige Krankheit vorliegt, die eine kosmetische Behandlung ausschließt. Darüber hinaus sind Kenntnisse zum Aufbau der Haut sowie zum Verlauf von Blutgefäßen, Nervenbahnen und Muskelsträngen erforderlich, damit diese Gewebe nicht versehentlich verletzt werden (vergleiche Oberverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 28. April 2006 – Aktenzeichen 13 A 2495/03).

Gesundheitliche Gefahren bei derartigen Eingriffen bestehen darüber hinaus, wenn die hygienischen Bedingungen nicht beachtet werden und hierdurch Infektionen ausgelöst werden oder wenn die Kunden allergisch auf den zugeführten Stoff reagieren (vergleiche auch VG Köln, Gerichtsbescheid vom 16.09.2019 – Aktenzeichen 7 K 6932/18, OVG NRW, Beschluss vom 28.04.2006 – Aktenzeichen 13 A 2495 und BVerwG, Beschluss vom 25.06.2007 – Aktenzeichen 3 B 82/06). Im Übrigen gilt: Geht bei einer Heilbehandlung außerdem etwas ‚schief‘ und folgt ein möglicher Haftungsprozess, kann es sogar sein, dass das Erbringen der Leistung (lediglich) durch eine Heilpraktikerin bzw. einen Heilpraktiker als per se grob fehlerhaft eingestuft wird (vergleiche OLG Köln, Urteil vom 13. Mai 2020 – Aktenzeichen I-5 U 126/18).

Hält man also fest, dass Heilbehandlungen oder invasive kosmetische Behandlungen grundsätzlich nur von approbierten Ärztinnen und Ärzten vollumfänglich erbracht werden dürfen, schließt sich die Frage an, ob das Erbringen der dem Ärztevorbehalt unterfallenden Leistungen grundsätzlich jeder Ärztin bzw. jedem Arzt – gleich welcher Fachrichtung – erlaubt ist. Sind also beispielsweise bei Haartransplantationen neben der ärztlichen Approbation noch weitere Qualifikationen oder andere Voraussetzungen zu erfüllen?

Grundsätzlich nein! Voraussetzung für die Erbringung jeglicher ärztlicher Leistungen ist die ärztliche Approbation. Weitere Eignungsvoraussetzungen für das Erbringen von Leistungen wie Haartransplantationen sind indes nicht ersichtlich. Weder die Universitätsausbildung noch die (Muster-)Weiterbildungsordnung für Ärzte sehen explizit die Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten im Bereich der Haartransplantation vor. Diesbezügliche Anhaltspunkte lassen sich insbesondere nicht im Ausbildungs- oder Operationskatalog des Facharztes für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie oder des Facharztes für Dermatologie finden. Vor allem aber vor dem

### Tobias List

Rechtsanwalt, Zertifizierter Datenschutzbeauftragter, kwm Rechtsanwältin

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

Tel.: 030 206143-3

Fax: 030 206143-40

list@kwm-rechtsanwaelte.de

www.kwm-rechtsanwaelte.de



Foto: kwm

Hintergrund von Haftungsrisiken dürfte für die Durchführung von Haartransplantationen dennoch die Facharztanerkennung eines operativen Faches (Chirurgie, HNO-Heilkunde, Gynäkologie oder Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie) empfehlenswert sein. Darüber hinaus sollten interessierte Ärztinnen und Ärzte über Kenntnisse zur Behandlung chirurgischer, kardiovaskulärer und medikamentöser Komplikationen verfügen und im Streitfall auch darlegen und beweisen können.

### Einzelfallprüfung der eigenen Fähigkeiten und der Umstände

Die Ärztin bzw. den Arzt treffen insofern insbesondere die behandlungsvertraglichen Sorgfaltspflichten nach §§ 630 a–h BGB. Facharztstandard ist eine sorgfältige Behandlung mit hinreichendem (langjährigen) Erfahrungsschatz in Haartransplantationseingriffen. Insbesondere sind Ausführende auch zur ordnungsgemäßen Aufklärung verpflichtet. Vorsicht ist letztlich für Fachärztinnen und -ärzte geboten, die berufsrechtlich dazu verpflichtet sind, – jedenfalls überwiegend – in ihrem Fachgebiet tätig zu sein.

Es gilt also in jedem Einzelfall zu prüfen, ob man aufgrund der eigenen Fähigkeiten und der sonstigen Umstände – etwa der Praxisausstattung – Patientinnen und Patienten nach den Regeln der ärztlichen Kunst behandeln kann. Vorbehaltlich dieser Prüfung ist man aber grundsätzlich, unabhängig von Spezialisierungen, berechtigt, Patienten auf allen Gebieten zu behandeln, welche die eigene Approbation umfasst (vergleiche BVerfG Beschluss vom 01.02.2011 – Aktenzeichen 1 BvR 2383/10).

### MVZ-Gründung: Weitreichende Entscheidung des BSG

Bei vielen Betreiber von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) dürfte ein aktuelles Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) für großes Aufsehen gesorgt haben und erhebliche Unsicherheiten mit sich bringen: Mit seiner Entscheidung stellte das BSG neue Anforderungen bei der Gründung von MVZ auf und bewertete die Koppelung von Gesellschafterstatus und gleichzeitiger Anstellung im MVZ in bestimmten Konstellationen als unzulässig.

In welchen Fällen womöglich eine Anpassung der bestehenden Strukturen notwendig ist, wird im Rahmen von Einzelprüfungen zu entscheiden sein. Fest steht aber in jedem Fall: MVZ-Gründer und -Betreiber werden die Entscheidung des BSG wohl genauer auszuwerten haben.

**Bundessozialgericht, Urteil vom 26.01.2022, Aktenzeichen – B 6 KA 2/21 R**  
(Urteilsgründe noch nicht veröffentlicht)



Den eigenen Ruhestand verknüpft jeder mit unterschiedlichen Erwartungen und Wünschen. Doch ohne das nötige Kleingeld lassen sich z. B. ausgedehnte Reisen kaum verwirklichen.

Foto: Pixabay

## Altersvorsorge

# Ohne Geldsorgen in den Ruhestand: Impulse für alternative Vorsorgemodelle

Der Verkauf der eigenen Praxis war für Ärztinnen und Ärzte lange Zeit wichtigster Baustein der finanziellen Absicherung im Alter. Doch häufig bringt er nicht mehr die Erlöse ein, die es für einen komfortablen Ruhestand braucht. Zum Glück gibt es Alternativen bzw. Möglichkeiten, zusätzliche Renteneinkünfte zu erzielen.

Von Daniel Strobel

Die meisten Menschen wünschen sich, ihren Lebensabend mit der Familie, den Enkeln und Freunden zu verbringen. Oder endlich das eigene Ferienhaus ausgiebig nutzen bzw. an die Orte reisen, die sie schon immer einmal besuchen wollten. Andere sind schon zufrieden, wenn sie sich ihrem Garten, einem guten Buch oder einem Hobby widmen können, das jahrelang zu kurz kam.

Für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte hängt die Gestaltung des eigenen Ruhestands allerdings entscheidend davon ab, dass sie ihre Praxis möglichst gewinnbringend verkaufen können. Doch was geschieht, wenn sie mit dem Praxisverkauf kalkuliert haben und nicht den erwünschten Verkaufswert erzielen können? Auf dem Land sind solche Szenarien bereits Realität, und auch im urbanen Gebiet sinken die Erlöse drastisch. Um schlechten Aussichten wie diesen vorzubeugen, ist es sinnvoll, sich rechtzeitig über alternative Möglichkeiten zur Geldanlage Gedanken zu machen. Je eher man damit beginnt, umso effizienter kann das Geld arbeiten.

### Optionen zur Altersvorsorge

Folgende Optionen stehen zur Verfügung, wenn der Verkauf der eigenen Praxis den Ruhestand absehbar nicht allein absichern kann:

#### Aktien, Anleihen, Wertpapiere

Dies bedarf erfahrungsgemäß entweder viel eigener Zeit und einer Menge Spezialwissen oder eines vertrauensvollen Anlageberaters. Das Risiko: Bei fehlendem Fachwissen oder dem Vertrauen in den falschen Berater droht der Totalverlust der Anlage.

#### Fremdvermietete Immobilien bzw. Ferienwohnungen

Eine Immobilie ist immer auch eine Verpflichtung. Sie bedeutet Verantwortung gegenüber Mietern und Instandhaltung der Bausubstanz. Auch dafür muss, neben Zeit und Geld, Wissen bereitgestellt oder eine vertrauenswürdige bzw. funktionierende Hausverwaltung gefunden werden. Das Risiko: ein mögliches Ungleichgewicht im Aufwand für Kapital und Zeit im Verhältnis zum Ertrag.

**Der Klassiker: die Rentenversicherung**

Diese hat sich in den vergangenen Jahren, nach dem Crash von 2008, also dem Platzen der Immobilienblase in den USA, grundlegend reformiert und ist im Kern nicht mehr wieder zu erkennen. Große Versicherer haben eigene Abteilungen geschaffen, die nicht wie eine Bank kurzfristige Renditen im Blick haben, sondern die Kundengelder in Fondanlagen langfristig selbst managen. Damit wird genau die Lücke geschlossen, die sich viele Verbraucher wünschen: eine attraktive Geldanlage haben zu können, ohne sich ständig selbst darum kümmern zu müssen. Aktuell sind fondsgebundene Varianten empfehlenswert. Je nach Risikobereitschaft kann auch ein Investitionsanteil im festverzinslichen Teil belassen werden. Mit einem solchen ‚Zwei-Topf-Hybrid-Modell‘ garantiert der Versicherer, dass ein großer Teil der eingezahlten Beiträge ausgezahlt wird. Aber auch einen zusätzlichen Rettungsschirm haben die meisten Versicherer eingebaut. So schichtet der Versicherer beispielsweise bei möglichen negativen Großereignissen automatisch im letzten Drittel der Laufzeit die Fondanteile um, damit Risiken minimiert werden. Das Risiko dieser Anlageform besteht in höheren Verwaltungskosten gegenüber Fondanlagen, die man auf eigene Faust managt.

**Drei Investitionswege für den Ruhestand**

Es gibt eine Reihe von Modellen für die Altersvorsorge, die im ‚Versicherungsmantel‘ in Erscheinung treten.

**Die Basis- bzw. Rürup-Rente****Ihre Vorteile sind:**

- ▶ Hohe Absetzbarkeit von Beiträgen möglich (bis zu 25.787 Euro für Ledige und 51.574 Euro für Verheiratete pro Jahr, abzüglich der Beiträge für das Versorgungswerk bzw. die Rentenversicherung),
- ▶ Zugriffsschutz bei Insolvenz,
- ▶ Optimal für verheiratete Personen bzw. Lebenspartnergemeinschaften.

**Dem stehen folgende Nachteile gegenüber:**

- ▶ Nur Rentenzahlung möglich,
- ▶ Es besteht nur ein eingeschränkter Hinterbliebenenschutz (Vererbbarkeit nur an Ehepartner, eingetragene Lebenspartner und Kinder).

**Private Rentenversicherung****Ihre Vorteile sind:**

- ▶ Zahlbeiträge in jeder Höhe möglich,
- ▶ Wahlmöglichkeit zwischen Rente oder Einmalleistung (je nach steuerlichen Rahmenbedingungen zu Beginn der Rente),
- ▶ Günstige Besteuerung in der Rentenphase,
- ▶ Beliebige Vererbbarkeit,
- ▶ Optimal für Singles oder kinderlose Personen.

**Dem stehen folgende Nachteile gegenüber:**

- ▶ Kein Zugriffsschutz bei Insolvenz,
- ▶ Keine staatliche Förderung der Beiträge.

**Daniel Strobel**

Betriebswirt (VWA) und  
Mittelstandsberater (BWW)

Karl-Marx-Platz 2  
99084 Erfurt  
Tel.: 0361 34946481  
info@danielstrobel.de  
www.danielstrobel.de



Foto: Strobel

**Betriebliche Altersvorsorge****Ihre Vorteile sind:**

- ▶ Hohe Zahlbeiträge möglich (z. B. Direktversicherung 3.384 Euro jährlich steuer- und sozialversicherungsfrei),
- ▶ Wahlmöglichkeit zwischen Rente oder Einmalleistung (je nach steuerlichen Rahmenbedingungen zu Beginn der Rente),
- ▶ Zugriffsschutz bei eigener Insolvenz bzw. des Arbeitgebers ist gegeben,
- ▶ Staatliche Förderung der Beiträge – als Betriebsausgabe absetzbar,
- ▶ Optimal für angestellte Ärzte, Gesellschafter bzw. Geschäftsführer einer GmbH, egal ob Single oder Familie.

**Dem stehen folgende Nachteile gegenüber:**

- ▶ Das Ersparnis ist fest und kann nicht vorzeitig z. B. zur Immobilienfinanzierung oder bei einem finanziellen Engpass verwendet werden.
- ▶ Das hohe Maß an Sicherheit mindert die Renditechancen.

Ebenfalls unabdingbar auf dem Weg zum Ruhestand ist der Schutz vor Berufsunfähigkeit. Denn ohne ‚Vollkasko‘ auf die Arbeitskraft ist vor dem Renteneintritt im Extremfall kein Sparen mehr möglich.

**Versorgungswerke: Vollkasko- oder Teilkaskolösungen?**

Die Versorgungswerke haben dasselbe demographische Problem wie die gesetzliche Rentenversicherung. Die Verzinsung der Beiträge liegt meist unterhalb der Inflationsrate. Die Berufsunfähigkeitsrente bei einigen Versorgungswerken zahlt nur dann, wenn nicht einmal mehr gutachterliche Tätigkeiten möglich sind. Daher sind Versorgungswerke nur eine Teilkaskolösung, denn nach Angaben des Arbeitsministeriums (April 2021) bekommt ein Arzt, der 35 Jahre lang den maximalen Regelbetrag (2022: 1.311,30 Euro) eingezahlt hat, eine lebenslange Altersrente von lediglich 2.457 Euro aus dem Versorgungswerk. Geht man aber davon aus, dass ein Arzt, der diesen Höchstbeitrag einzahlt, monatlich mindestens 7.050 Euro Einkünfte vor Steuern hat, dann wird schnell deutlich, dass er mit dem Renteneintritt einen erheblichen Schritt nach unten macht. Daher braucht es alternativer Vorsorgelösungen.

**Fazit:** Ärztinnen und Ärzte sind gut beraten, sich nicht nur auf den Praxisverkauf und auf Dritte zu verlassen, sondern das finanzielle Risiko zu streuen und einen eigenen Spartopf mit verschiedenen Anlageformen zu organisieren. ◀

## Abrechnung

# Auszüge aus dem neuen Kompendium 'Der Kommentar zu EBM und GOÄ', Teil 6

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

Von Dr. Dieter Haack

Die UV-GOÄ gibt jeweils den aktuell gültigen Stand der Gebührenordnung für Ärzte für die Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung (UV) wieder. In dieser Ausgabe geht es zunächst um eine Reihe von Punkten, die neu beschlossen wurden und seit 1. Januar 2022 gültig sind:

Für die Abrechnung ab 1. Januar 2022 gilt der Tag der Untersuchung. Es wurden die Gebühren bei den Nummern 146 bis 152, 161 und 165 wie folgt geändert:

- ▶ **Nummern 146 und 147:** 140,00 Euro,
- ▶ **Nummern 148 bis 152:** 115,00 Euro,
- ▶ **Nummer 160:** 330,00 Euro,
- ▶ **Nummer 161:** 570,00 Euro,
- ▶ **Nummer 165:** 840,00 Euro.

Im Teil C.I. ‚Anlegen von Verbänden‘ werden die Gebühren der Besonderen Kosten für niedergelassene D-Ärzte bei der Nummer 203A auf 4,50 Euro und bei der Nummer 203B auf 6,50 Euro geändert. Im Teil L.VIII. ‚Neurochirurgie‘ wird nach Nummer 2570 die Nummer 2570a neu eingefügt:

- ▶ **2570a: Nervenstimulator-Aggregatwechsel**
- ▶ **Zusatz: Bei Ambulanter Operation: ggf. Zuschlag nach Nr. 444**
- ▶ **Allgemeine Heilbehandlung:** 90,42 Euro
- ▶ **Besondere Heilbehandlung:** 112,53 Euro

## Auszüge aus der UV GOÄ

### C. Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen

#### I. Anlegen von Verbänden

##### Allgemeine Bestimmungen

Wundverbände nach Nummer 200, die im Zusammenhang mit einer operativen Leistung (auch Ätzung, Fremdkörperentfernung), Punktion, Infusion, Transfusion oder Injektion durchgeführt werden, sind Bestandteil dieser Leistung. Als operative Leistung in diesem Sinne gelten auch die Leistungen nach den Nummern 2000 bis 2005.

#### Arbeitshinweise der UV-Träger

Verbände, Gipse, Schienen, Orthesen werden zu unterschiedlichen oder sich ähnelnden therapeutischen Zielen eingesetzt.

Die im Abschnitt Nummern 200 bis 247A UV-GOÄ für die ärztliche Abrechnung zur Verfügung stehenden Gebührennummern entsprechen vielfach nicht mehr den heute verwendeten Materialien. Medizinische Entwicklung und Fortschritt sind nicht immer abgebildet. Dies betrifft insbesondere vorgefertigte Schienen oder Orthesen, die vom Arzt verordnet und vom Orthopädiefachgeschäft ausgeliefert werden. Hier erbringt der Arzt, wenn überhaupt, ärztliche Leistungen, aber in keinem Fall entstehen besondere Kosten. Die Arbeitshinweise wurden in diesem Bereich in der Fassung 05/2017 überarbeitet. Grundlage für die Abrechnung bilden auch hier die ärztliche Dokumentation und die Entscheidung im konkreten Einzelfall. Das heißt, die konkrete Versorgung muss aus der ärztlichen Dokumentation nachvollziehbar sein.

1. In den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt C.I. ist ausdrücklich klargestellt, dass auch die Wundversorgung nach den Nummern 2000 bis 2005 als operative Leistung gilt und Nr. 200 nicht neben diesen Leistungen berechnet werden kann. Das gilt nicht für die in Spalte 4 genannten Besonderen Kosten der Nr. 200, die immer neben operativen Leistungen oder den Nummern 2000 bis 2005 berechenbar sind.
2. Verbände nach Nr. 200 können unterschiedliche therapeutische Ziele verfolgen. Obwohl die allgemeinen Bestimmungen von ‚Wundverbänden‘ sprechen, werden auch andere Verbände mit dieser Leistung abgerechnet (z. B. Salbenverband zur Schmerzbehandlung). Schnellverbandsmaterialien (Verbandsspray, Pflaster, Mullkompressen, etc.) stellen keine Verbände nach Nr. 200 dar.

Sie können aber je nach Anlage eines Verbandes Bestandteil der besonderen Kosten sein (Salbenstrang, Mullkompressen, elastische Binde, Fixation mit Pflasterstreifen). Dazu gehört und ist Bestandteil der Leistung auch das Anlegen einer Idealbinde. Die Nr. 200 kann allerdings nicht zweimal berechnet werden, wenn ein Verband mit einer

elastischen Binde gefestigt wird. Liegen die Versorgungsgebiete (Zielerleistungen) nahe beieinander, muss aus der Dokumentation nachvollziehbar erkennbar sein, dass mehrere Verbände verwendet wurden.

3. Grundsätzlich sind mit den Besonderen Kosten der Nr. 200 die Kosten für des BG-NT nicht zusätzlich berechenbar.

Bei bestimmten Verletzungen verwenden Ärzte sogenannte ‚feuchte Wundauflagen‘. Diese Wundauflagen werden unter verschiedenen Bezeichnungen abgerechnet (z.B. Adaptik, Urgotuel, Oleo Tüll, Curity Fettgaze usw.; die Kosten liegen deutlich über 1,02 Euro, z.B. Urgotuel 5 x 7 cm, 10 Stk. ab ca. 22 Euro). Ärzte und Abrechnungsstellen argumentieren damit, dass es sich dabei um ein Arzneimittel gemäß § 2 Abs. 3 Nr. 1 BG-NT handelt, dessen Aufwand 1,02 Euro übersteigt und damit gesondert abgerechnet werden kann.

Es handelt sich jedoch nicht um Arzneimittel, sondern um Medizinprodukte, die auf physikalischem und nicht auf pharmakologischem Wege wirken. Sie beinhalten keinen Arzneistoff (meist Algenextrakt oder Granulat, wodurch Wundsekret und Keime isoliert werden und ein ‚Ankleben‘ des Verbandmaterials verhindert wird).

**Die feuchten Wundauflagen (Wundgaze) sind mit den Besonderen Kosten abgegolten und nicht gesondert berechnungsfähig.**

Dr. Dieter Haack

Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie  
Ehrenvorsitzender des BNC  
Schönbuchweg 13  
71144 Steinenbronn  
Tel.: 0172 6240923  
haack-kerber@t-online.de



Foto: Haack

4. Ein Verband nach Nr. 200 kann neben einem Schienenverband der Nummern 210, 211, 212, 213, 228, 229, 237 und 238 dann berechnet werden, wenn neben der Ruhigstellung einer Extremität die Versorgung einer Wunde oder ein Salbenverband erforderlich ist. Das gilt sinngemäß auch für den Kompressionsverband (Nr. 203A).
5. Ein täglicher Verbandwechsel ist allenfalls bis zum vierten Tag nach dem Unfall bzw. nach dem Beginn der Behandlung nachvollziehbar, es sei denn, es handelt sich um nässende oder infizierte Wunden oder um Verbrennungswunden, die täglicher Kontrolle und Behandlung bedürfen. ▶



PremiumMed Tarif PMA  
Private Krankenvollversicherung für Ärzte

# Ihre Berufung ist unser Antrieb.

Vertrauen Sie als Privatpatient auf exklusiven Gesundheitsschutz, der keine Wünsche offenlässt.



Premium-Schutz  
speziell für Ärzte

Nutzen Sie die Vorteile der Gruppenversicherung mit dem BNC – Berufsverband niedergelassener Chirurgen Deutschland e. V.:

- Zusätzliche attraktive Beitragsnachlässe
- Annahmegarantie für versicherungsfähige Personen
- Spezial-Krankentagegeld:  
Einkommensabsicherung inkl. weiterlaufender Praxis-  
kosten zu besonders attraktiven Beiträgen

Ihr zuständiger Direktionsbeauftragter informiert Sie gern:  
Peter Hoffmann | Tel 0211 477-2057 | P.Hoffmann@ergo.de



Ein Unternehmen der ERGO



Foto: Pixabay

Bei Fingerverletzungen sind oft mehrere Finger gleichzeitig betroffen. Werden sie einzeln verbunden, können natürlich auch mehrere separate Verbände abgerechnet werden.

Werden darüber hinaus Verbände bei der ambulanten Behandlung in täglichen Abständen gewechselt, ist die medizinische Notwendigkeit besonders zu begründen und ggf. durch Beratungsarzt-Vorlage zu prüfen. Erfolgt am Wochenende keine Behandlung, kann dies Indiz dafür sein, dass die Verletzung keine täglichen Verbandwechsel erfordert.

### Kombination von Verbänden

Bei gleichzeitiger Berechnung eines Tape- und Kompressionsverbandes ist eine der beiden Gebühren – mit Begründung – zu streichen. Entweder ist ein Kompressionsverband oder ein Tape-Verband erforderlich. Beide Verbände übereinander ergeben keinen Sinn.

Handelt es sich um eine Distorsion des Sprunggelenks und ist im klinischen Befund keine Instabilität dokumentiert, ist ein Kompressionsverband nach Nr. 203A bei dokumentierter vorhandener oder drohender Schwellung erforderlich und zweckmäßig.

Die Nr. 203A kann neben der Nr. 200 abgerechnet werden, wenn zusätzlich ein Wund- oder Salbenverband erforderlich ist. Eine Kompresse mit darunter aufgetragener Salbe stellt keinen eigenständigen Verband nach Nr. 200 dar.

### Buchtip: Abrechnungswissen aus der Feder eines Kenners

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

Die Anlage eines Gaze- oder Salbenverbandes nach Nr. 200 unter einem Tapeverband (Nr. 209) ist nicht abrechenbar. Die Salbe wird unter die ohnehin anzulegende Unterzugbinde aufgetragen. Zum Abdecken der Salbe wird eine Kompresse verwendet. Diese stellt jedoch keinen eigenständigen Verband im Sinne der Nr. 200 dar. Sie ist Bestandteil der Nr. 209.

### Kombination von Verbänden (bei Wiederanlage) nach den Nummern 200, 203A, 210 bzw. 211 UV GOÄ

Grundsätzlich können die Verbände nach den vorbezeichneten Nummern nebeneinander abgerechnet werden, wenn zur Versorgung der Verletzung die Anwendung unterschiedlicher therapeutischer Wirkprinzipien (Zielleistungen) medizinisch erforderlich ist (z.B. Wundversorgung und Ruhigstellung). Dies muss aus der ärztlichen Dokumentation hervorgehen.

Bei Fingerverletzungen (Schnitt-, Riss-, Schürfverletzungen, Distorsionen) ist die Anlage eines Kompressionsverbandes (Nr. 203A) nicht abrechenbar. Bei großflächigen, operativ versorgten Wunden kann ein Kompressionsverband erforderlich sein. Dies gilt sinngemäß auch für den Schienenverband (Nr. 210), weil die vorgenannten Verletzungen in der Regel keine Ruhigstellung notwendig machen, kann im Einzelfall aber erforderlich sein und muss dokumentiert sein. Somit ist bei diesen Verletzungen ein Verband nach Nr. 203A und Nr. 210 oder eine Kombination nicht erforderlich; nur die Nr. 200 ist berechenbar.

### Kommentar

Eine allgemein geltende Regel zur Nebeneinanderberechnung von Verbänden, Schienen, Orthesen oder Cast kann nicht erstellt werden. Natürlich ist immer der Einzelfall entscheidend. Jede Verletzung ist entsprechend ihrer Gegebenheit zu behandeln. Somit kann es auch einmal notwendig sein, dass ein Verband, Kompressionsverband und eine Schiene bzw. ein Cast gleichzeitig angelegt werden müssen. Wichtig ist daher die zu dieser Therapie gehörende Dokumentation.

Leider haben die UV-Träger noch nicht akzeptiert, dass es hochwirksame Wundaufgaben gibt, deren Wirksamkeit vielfach nachgewiesen wurden, die aber den Preis der Besonderen Kosten bei Weitem überschreiten und deshalb nicht entsprechend vergütet werden. Das Dilemma kann damit gelöst werden, dass dem Verunfallten diese hervorragende Behandlung derzeit versagt wird oder ihm die Wundaufgabe als Medizinprodukt zu Lasten der UV-Träger rezeptiert wird, sodass er das Verbandsmaterial zur Behandlung mitbringt.

Bei Fingerverletzungen vor allem im Gelenkbereich oder in Gelenknähe ist oft eine Schienenversorgung angezeigt, sodass die Behandlung der Wunde als auch die Ruhigstellung mittels Schiene berechnet werden kann.

Keine operativen Leistungen sind die Nummern 2006 und 2007, sodass, wenn notwendig, die Anlage eines Verbandes berechnet werden kann. Häufig sind bei Fingerverletzungen auch mehrere Finger betroffen. Wenn jeder Finger einzeln verbunden wird, ist natürlich auch jeder einzelne Verband abrechenbar. ◀

## Qualitätsmanagement

# Wie geht es weiter nach Ende des QEP®-Zertifizierungsverfahrens?

Von Antje Thiel

Es war nur eine kurze Notiz, mit der die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Mitte Juli 2021 darauf hinwies, dass sie das Zertifizierungsverfahren ihres QEP®-Programms (Qualität und Entwicklung in Praxen) einstellt. Als Grund hierfür nannte die Selbstverwaltung „rechtlich zwingende Gründe“, da es heute allein der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkkS) möglich sei, Zertifizierer zu akkreditieren.

Die KBV wies gleichzeitig darauf hin, dass sich aus berufsrechtlichen Vorschriften, dem SGB V, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und den Bundesmantelverträgen mit Qualitätssicherungsvereinbarungen für Vertragsärzte keine Verpflichtung zu einer Zertifizierung ihres internen Qualitätsmanagements (QM) ergibt. Auch eine Entscheidung bezüglich QEP®, das unabhängig von einer Zertifizierung sei und von der Mehrzahl seiner Nutzer auch ohne Zertifizierung erfolgreich genutzt werde, sei damit „ausdrücklich nicht getroffen“. Im Interview erläutert Raheem Esmail, welche Optionen Einrichtungen haben, die dennoch Wert auf eine Zertifizierung legen.

Dipl.-Ing. (FH) Raheem Esmail ist Auditor und Geschäftsführer bei der international tätigen Zertric B.V. Die Firma zertifiziert Managementsysteme in Unternehmen verschiedener Branchen, darunter viele Einrichtungen im Gesundheitswesen (Praxen, Krankenhäuser, MVZ, Apotheken und Pflegeeinrichtungen).

[www.zertric.com](http://www.zertric.com)



Foto: Esmail

## Wie lange gelten die bisherigen QEP®-Zertifizierungen der KBV noch?

**Esmail:** Die Zertifizierung eines Praxis-QM gilt grundsätzlich für drei Jahre. Einrichtungen, die noch Anfang 2022 zertifiziert wurden, haben also noch bis 2025 ein gültiges QEP®-Zertifikat. Andere müssen sich nach einer anderen Lösung umschauen, wenn sie das QM ihrer Praxen weiterhin zertifizieren lassen wollen.

## Auf welche Alternativen können die Praxen künftig ausweichen?

**Esmail:** Man kann seine Praxis natürlich in Zukunft nach ISO 9001 zertifizieren lassen. Doch viele Ärztinnen und Ärzte haben sich seiner-

zeit ganz bewusst für QEP® und nicht für ISO 9001 entschieden. Das System ist schließlich praxisorientiert, einfach in der Anwendung, verständlich formuliert und bietet praktische Tipps und Unterstützungshilfen. Wer sein Praxis-QM nach der QEP®-Systematik aufgebaut hat, muss leider einigen Aufwand betreiben, um das QM-Handbuch nach den Kriterien von ISO 9001 umzuschreiben. Deshalb arbeiten wir an einer Alternative für alle Praxen, die bisher mit und ohne Zertifizierung erfolgreich mit QEP® gearbeitet haben.

## Was zeichnet Ihr neues Angebot aus?

**Esmail:** Es ist insbesondere für operativ tätige Praxen geeignet. Wir haben uns bei der Entwicklung eng mit dem BAO abgestimmt, damit das QM-System die spezifischen Inhalte des Ambulanten Operierens möglichst gut abbildet. Ein besonderer Fokus liegt auf den OP-Leistungen. Es gibt ein Basissystem, das für alle Fachrichtungen ungefähr gleich gestaltet ist. Darauf aufbauend dann Zusatzmodule für die jeweiligen Fachrichtungen, z. B. Chirurgie, Urologie, Augenheilkunde etc. Wir rechnen deshalb damit, dass das System von den Mitgliedern des BAO sehr gut angenommen wird. Ein Rahmenvertrag mit dem BAO ist derzeit in Arbeit.

## Ab wann ist das neue QM-System verfügbar?

**Esmail:** Das System ist so gut wie einsatzbereit, der Zertifizierungsablauf steht. Erste Inhalte sollen ab Juni bzw. Juli verfügbar sein, spätestens Ende August werden wir alle Vorbereitungen abgeschlossen haben.

## Wie läuft die Zertifizierung mit Ihrem neuen System ab?

**Esmail:** Erster Schritt ist ein Antrag auf Zertifizierung bei uns. Interessenten bekommen dann ein zu ihrer jeweiligen Fachrichtung passendes Angebot. Wir erarbeiten dann gemeinsam einen Auditplan. Im Rahmen des Audits wird zum einen die Dokumentation und zum anderen anhand eines Kriterienkatalogs die Umsetzung des QM geprüft. Wenn die Kriterien erfüllt sind, stellen wir das Zertifikat aus, das drei Jahre lang gültig ist. Danach ist dann eine Rezertifizierung möglich.

## Und welche Kosten kommen auf die Anwender zu?

**Esmail:** Es gibt noch keine Preisliste. Doch soviel kann ich bereits sagen: Es wird nicht teurer sein als das bisherige QEP®-System. ◀

Praxisteam

# Wie man unhöfliche oder aggressive Patienten in ihre Schranken weist

Foto: Pixabay

Kommunikationsregeln, die sich in der Pädagogik bewährt haben, funktionieren auch in der Arztpraxis: Wer ruhig, aber bestimmt die Situation beschreibt, Bedürfnisse äußert und auf die Konsequenzen von Grenzüberschreitung hinweist, behält leichter die Oberhand als jemand, der beim kleinsten Anlass losschimpft.

Von Antje Thiel

Worauf es in der zwischenmenschlichen Kommunikation im Praxisalltag ankommt, lernen Medizinische Fachangestellte (MFA) bereits in ihrer Ausbildung. Gerade in chirurgisch-operativen Einrichtungen ist viel Fingerspitzengefühl gefragt: Es gibt kaum Stammpatienten, die man schon seit Jahren kennt und deren Verhalten man gut einschätzen kann. Außerdem versetzt eine bevorstehende Operation so manchen in eine psychische Ausnahmesituation. In den vergangenen zwei Jahren stellte außerdem die Coronapandemie mit immer neuen Regelungen und zusätzlicher Unsicherheit auf Seiten der Patienten das Kommunikationstalent von MFA auf die Probe.

Viele Ärztinnen und Ärzte, vor allem aber ihre Praxisangestellten berichten von zunehmender Aggressivität oder zumindest mangelnder Höflichkeit bei vielen Patienten. Wie also lassen sich Dialoge entschärfen, wenn auf beiden Seiten die Nerven blank liegen? Ein möglicher Schlüssel liegt im Konzept der Gewaltfreien Kommunikation (GFK), das der amerikanische Psychologe Marshall Rosenberg in den 1960er Jahren im Zuge seiner Auseinandersetzung mit der amerikanischen Bürgerrechtsbewegung entwickelt hat. Sein Anliegen war es, die Rassentrennung an Schulen und Institutionen auf friedvollem Wege rückgängig zu machen. Wenn es also in Ihrer Praxis im Umgang mit ‚schwierigen‘ Patienten einmal ähnlich tiefe Gräben zu überwinden gilt, können MFA sich die Grundannahmen der GFK vergegenwärtigen. Denn Rosenberg war davon überzeugt, dass Menschen als soziale Wesen eigentlich immer darauf aus sind, das Leben anderer Menschen zu verbessern und Konflikte friedlich zu lösen. Das Konzept der GFK kann in vielen Bereichen

verwendet werden – in Unternehmen und Organisationen ebenso wie in privaten Beziehungen, in Therapie und Beratung, bei Verhandlungen oder anderswo, wo potenziell Konflikte auftreten können. Als Schlüssel für gewaltfreie Kommunikation gelten darin Empathie, Selbstempathie und die Fähigkeit, Bedürfnisse offen und achtsam zu kommunizieren.

## Vier Schritte der gewaltfreien Kommunikation

Nach dem Grundmodell der GFK folgt gewaltfreie Kommunikation vier Schritten:

- ▶ **Beobachtung.** Eine Situation erfassen, ohne sie sofort zu bewerten: Was genau ist gerade passiert?
- ▶ **Gefühl.** Die eigenen Gefühle (körperlich) wahrnehmen und Verantwortung dafür übernehmen: Wie geht es mir mit dieser Situation?
- ▶ **Bedürfnis.** Aus der Beobachtung der Situation und der Wahrnehmung der eigenen Gefühle ergibt sich ein Bedürfnis, wie sich die Situation weiterentwickeln soll: Was brauche ich bzw. was fehlt mir gerade?
- ▶ **Bitte.** Aus dem Bedürfnis geht eine sachlich vorgetragene Bitte um eine konkrete Handlung hervor: Um was kann ich mein Gegenüber konkret bitten?

Eine konkrete Praxissituation mit einem unhöflichen oder sogar aggressiven Patienten ließe sich nach dem GFK-Konzept beispielsweise folgendermaßen entschärfen. Da betritt ein Patient mit großen Schritten die Praxis, wirft großlos seine Überweisung auf den Empfangstresen, trommelt ungeduldig mit den Fingern auf die Platte und verlangt laut-

stark, sofort dranzukommen – obwohl die MFA am Empfang noch mit einer anderen Patientin spricht. Deren Beobachtung ergibt, dass der Patient nicht warten möchte, bis er an der Reihe ist. Diese Beobachtung löst bei ihr Gefühle wie Unzufriedenheit, Stress oder sogar Ärger aus. Sie hat das Bedürfnis, sich der Reihe nach um die Patienten am Tresen zu kümmern und dabei nicht gestört zu werden. Um eine Eskalation zu vermeiden, formuliert sie Ihre Bitte dem ungeduldigen Patienten gegenüber allerdings lieber in Form eines kurzen Nickens als mit einem verbalen Tadel. Wenn sie ihn anschließend freundlich und ohne Vorwurf begrüßt, wird er im besten Fall bereits ein schlechtes Gewissen wegen seines unangemessenen Verhaltens haben und nicht mehr aggressiv und fordernd auftreten.

### Regeln, Grenzen, Konsequenzen und Sanktionen

Natürlich lassen sich nicht alle Querulanten derart geschmeidig in ihre Grenzen weisen. Für den Umgang mit Patienten, die sich weiterhin nicht an die üblichen ‚Spielregeln‘ im Praxisbetrieb halten mögen, hilft ein Blick in die Ratgeberliteratur von Pädagogen und Deeskalationstrainern, die auf die Prinzipien von Regeln, Grenzen und Konsequenzen basieren. Einem uneinsichtigen oder aggressiven Patienten kann man danach wie folgt begegnen:

- ▶ **Erklären der Regeln:** kurzer Hinweis auf die ‚Spielregeln‘ im Praxisbetrieb (also z.B. abzuwarten, bis man aufgerufen wird und sein Anliegen ruhig vorzutragen).
- ▶ **Erklären der Grenzen:** Erläuterung, ab welchem Punkt die Regeln als nicht eingehalten gelten (also z.B. vordrängeln und die Stimme erheben).
- ▶ **Hinweis auf die Konsequenzen:** Erläuterung, welches Szenario auf die wiederholte Regelverletzung folgt (also z.B. Rauswurf aus der Praxis).
- ▶ **Umsetzung der Sanktion:** Bei wiederholter Regelverletzung muss das zuvor Angedrohte umgesetzt werden (also z.B. Rauswurf aus der Praxis).

Zurück zur geschilderten Situation: Der ungeduldige Patient ist mittlerweile in Rage und schreit: „Es kann ja wohl nicht wahr sein, wie lange ich hier warten muss!“ An diesem Punkt sollte die MFA sich gar nicht erst auf Diskussionen einlassen. Vielmehr sollte sie freundlich, aber bestimmt auf die geltenden Regeln hinweisen und signalisieren, dass er die Grenzen des Akzeptablen gerade überschritten hat. „Herr XY, bitte lassen Sie uns ruhig miteinander sprechen. Ich verstehe Sie dann wesentlich besser und wir können miteinander klären, was Sie konkret benötigen.“

Fruchten auch diese Ansagen nicht, gilt es klipp und klar zu signalisieren, dass ein solches Verhalten nicht akzeptabel ist: „Ich möchte nicht, dass Sie hier so herumschreien. Wenn Sie sich nicht beruhigen, muss ich Sie leider hinausbitten.“ Reagiert der Patient abermals nicht auf das Gesagte, sollten MFA sich nicht scheuen, ihn der Praxis zu verweisen – und zur Not dafür den Praxischef oder auch umstehende Wartende um Hilfe bitten. ◀

### Fortbildung: Termine für das Praxisteam

8. Juni 2022, Jena

#### Hygienemanagement in der Arztpraxis

Information und Anmeldung:

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

17. Juni 2022, Badbergen

#### Verstehen und verstanden werden – zwischenmenschliche Beziehungen erfolgreich gestalten

Interaktiver Workshop zu den Grundregeln gelungener Kommunikation (aktives Hinhören und Zugewandtheit, schwierige Situationen in Gesprächen)  
Information und Anmeldung:

Verband Medizinischer Fachberufe (VMF), Landesverband Nord  
Kerstin Sackbrook, Tel.: 0151 15679027, sackbrook73@web.de

22.–29. Juni 2022, Webkonferenz

#### Der ‚schwierige‘ Patient

Trotz hohem Arbeitsaufkommen und entsprechendem Stresspegel in schwierigen Situationen souverän bleiben und einen kühlen Kopf bewahren  
Information und Anmeldung:

Bildungswerk für Gesundheitsberufe, Andrea Folwerk  
Tel.: 0561 20864815, andrea.folwerk@bildungswerk-gesundheit.de  
www.bildungswerk-gesundheit.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 555792-550, info@meduplus.de, www.meduplus.de

3. September – 15. Oktober 2022, Hannover

26. November 2022 – 28. Januar 2023, Webkonferenz

#### 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

16. September 2022 bis 18. März 2023, Neu-Ulm und online

#### Bildungsprogramm Management von Arzt- und Zahnarztpraxis/MVZ

Nähere Informationen siehe Seite 40!

Information und Anmeldung:

Hochschule Neu-Ulm, Prof. Patrick Da-Cruz  
Tel.: 0731 9762-2525, zfw@hnu.de

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 555792-550, info@meduplus.de, www.meduplus.de



**Sailer M. et al. (Hg.): Referenz Allgemein- und Viszeralchirurgie – Unterer Gastrointestinaltrakt.** Stuttgart: Thieme Verlag, 2022. 994 Seiten, gebunden, 399,99 Euro



**Deutsche Gesellschaft für Chirurgie: Weißbuch Digitalisierung in der Chirurgie.** Mannheim: Kaden Verlag, 2022. 76 Seiten, kartoniert, 29,90 Euro



**Klopfer A: Die Ära Spahn.** Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2021. 248 Seiten, kartoniert, 39,95 Euro



**Hansis M.: Der Ärztliche Behandlungsfehler.** Köln: Deutscher Ärzteverlag Verlag, 2021. 152 Seiten, kartoniert, 39,99 Euro

## Referenz Allgemein- und Viszeralchirurgie – Unterer Gastrointestinaltrakt

Der untere Gastrointestinaltrakt weist eine Vielzahl von benignen, funktionellen und malignen Erkrankungen auf, die selbst ein ausgewiesener Experte auf dem Gebiet in seiner Gesamtheit kaum beherrschen kann. In dem vorliegenden Werk versammeln sich daher zahlreiche Autoren, die in ihrer jeweiligen Disziplin als Spezialisten gelten, und erörtern systematisch die diversen Entitäten sowohl von diagnostischer als auch von therapeutischer Seite.

Das Buch beschreibt im ersten Block zunächst die verschiedenen Krankheitsbilder des proktologisch-gastroenterologischen Spektrums von Fissuren u. a. über Abszesse und Fisteln, Hämorrhoiden, Stuhlinkontinenz, Rektumprolaps, Morbus Crohn bis hin zu Infektionskrankheiten und Neoplasien. Der zweite Block, der gut 600 der knapp 1.000 Buchseiten umfasst, widmet sich der Therapie ebendieser Indikationen. Der Inhalt des Buches steht auch digital in der Wissensplattform eRef zur Verfügung (Zugangscodes im Buch).

**Fazit:** Ein umfassendes, übersichtliches und reich bebildertes Lehr- und Nachschlagewerk, das sich gleichzeitig auf das Wesentliche fokussiert und im klinischen Alltag mit konkreten Handlungshinweisen punktet.

## Weißbuch Digitalisierung in der Chirurgie

Der Prozess der Digitalisierung ist auch in der Chirurgie in vollem Gange. Es ist nach Einschätzung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, die das vorliegende Buch herausgegeben hat, deshalb die ureigene Aufgabe von Chirurginnen und Chirurgen, diesen Prozessablauf selbst aktiv so zu modulieren, dass dabei für alle Beteiligten – zuallererst Patientinnen und Patienten – der größtmögliche Nutzen erwächst und gleichzeitig die unvermeidbaren Kollateralschäden so gering wie möglich gehalten werden.

Die aktive Teilhabe an diesem Gestaltungsprozess erfordert nicht nur Fachkenntnis, wie moderne Datenverarbeitung funktioniert, sondern auch einen kompetenten Blick auf potenzielle Risiken und Gefahren. Mit diesem Blickwinkel widmet sich das Buch den Themen Telemedizin, Digitalisierung perioperativer und intraoperativer Prozesse, Digitalisierung in der chirurgischen Aus-, Fort- und Weiterbildung, chirurgische Datenwissenschaft und Humanfaktoren bzw. ethische, legale und soziale Implikationen. Das Buch schließt mit einer 21 Punkte umfassenden Positionierung der DGCH.

**Fazit:** Ein Aufruf zur aktiven Mitgestaltung der digitalen Chirurgie und gleichzeitig Rüstzeug für die unverzichtbare Beteiligung.

## Die Ära Spahn

Die 19. Legislaturperiode war vor allem in der Gesundheitspolitik eine durchaus außergewöhnliche: Nach einem langen Prozess der Regierungsbildung übernahm ein besonders umtriebiger Gesundheitsminister das Ruder, an den man sich zum einen wegen seiner vielen im Rekordtempo vorgelegten Gesetzesinitiativen und zum anderen wegen seines Managements der COVID-19-Pandemie erinnern wird.

Das vorliegende Büchlein umfasst Editorials zum gesundheitspolitischen Wochenrückblick ‚ix-Highlights‘, in denen der Publizist und Politikberater Albrecht Klopfer diese Legislaturperiode kontinuierlich begleitet hat. Entstanden ist auf diese Weise eine dichte Chronik der laufenden Ereignisse, die ‚die Ära Jens Spahn‘ kundig, kritisch und mit konstruktiven Anregungen dokumentiert. Sie zeichnen u. a. den plötzlichen Wandel Spahns vom eifrigen Macher, der jegliches Hindernis aus dem Weg räumt, um das Gesundheitswesen zu modernisieren, zum gescheiterten Krisenmanager nach.

**Fazit:** Lesenswerte Schlaglichter auf die Gesundheitspolitik der vergangenen Bundesregierung. Nicht akademisch, nicht theoretisch, sondern als feuilletonistische Häppchen frech und frisch serviert.

## Der Ärztliche Behandlungsfehler

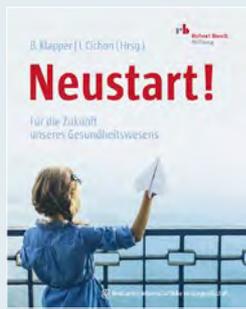
Je größer die Zahl der an Diagnose und Therapie beteiligten Personen und je komplizierter das arbeitsteilige medizinische Geschehen ist, desto mehr Umsicht und Einsatz erfordern Planung, Koordination und Kontrolle der klinischen und organisatorischen Prozesse. So geht es bei Haftungsfragen nicht mehr allein um Individual-, sondern auch um Organisationsfehler. Um sie zu vermeiden, bedarf es einer organisationsweiten Fehlersensibilisierung sowie einer lebendigen Fehlerkultur.

Die Autoren des vorliegenden Büchleins identifizieren fehlergeneigte Situationen und diversifizieren die Sorgfaltspflichten und -optionen. Ziel ist es, Behandlungsfehler zu vermeiden. Als Schlüsselfaktoren für die gelungene Patientenversorgung beschreiben sie die ‚Selbst-Organisation‘ des ärztlichen Tuns sowie die vorausschauende und Fehlerquellen antizipierende Planung von Personaleinsatz und Handlungsabläufen. Im Zentrum des Buchs aber stehen insgesamt 165 Urteile, in denen die Rechtsprechung in den vergangenen Jahren Organisationsfehler erkannt bzw. erwogen hat.

**Fazit:** Ein Appell zur antizipierenden Sorgfalt, der sich vor allem an klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Gutachterinnen und Gutachter wendet.



**Schargus M. (Hg.): Einführung in die Ophthalmochirurgie.**  
Mannheim: Kaden Verlag, 2022.  
240 Seiten, gebunden, 98,60 Euro



**Klapper B. et al. (Hg.): Neustart!**  
Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2021. 627 Seiten, kartoniert, 69,95 Euro



**Milovanovic D.: Ultraschall kompakt für Anästhesisten und Intensivmediziner.**  
Köln: Deutscher Ärzteverlag Verlag, 2021.  
136 Seiten, kartoniert, 39,99 Euro



**Gausmann P. et al. (Hg.): Patientensicherheitsmanagement.**  
Berlin: DeGruyter Verlag, 2022. 2. Auflage.  
801 Seiten, gebunden, 102,95 Euro

## Einführung in die Ophthalmochirurgie

Viele Handgriffe und Abläufe im OP werden von einer Generation zur nächsten weitergegeben – häufig bleibt aber doch nicht viel Zeit für Erklärungen. Damit dieses wertvolle Wissen nicht verloren geht, geben die Autoren in dem vorliegenden Werk eine instruktive Übersicht über das Basiswissen für Ophthalmochirurgen.

Sie stellen Schritt für Schritt alle wichtigen Aspekte von Augenoperationen dar, die es zu beherrschen gilt: Planung und Nachsorge der Augenoperationen, Umgang mit dem Operationsmikroskop, Nahtmaterial, Instrumentenkunde, Schnitt- und Knüpftechniken sowie Anästhesieformen. Zudem bieten sie eine ausführliche Einführung in chirurgische Basistechniken der Lid- und Tränenwegschirurgie, Chirurgie von Lidtumoren und Lidfehlstellungen, Glaukom- und Netzhautchirurgie sowie der Traumatologie. Das Vorgehen wird zudem in übersichtlichen Ablaufschemata Schritt für Schritt dargestellt und von praktischen Hinweisen zur Fehlervermeidung flankiert.

**Fazit:** Ein Muss als Vorbereitung und zur Unterstützung bei den ersten chirurgischen Eingriffen – aber auch Fortgeschrittene finden hier noch viele nützliche Tipps und Tricks.

## Neustart!

Deutschland kann sich glücklich schätzen, ein im internationalen Vergleich leistungsfähiges Gesundheitssystem zu haben. Allerdings überschattet die aktuelle Corona-Pandemie die gesundheitspolitischen Debatten der letzten Jahre und Jahrzehnte und richtet das Vergrößerungsglas auf neue und alte Probleme: Unser Gesundheitssystem steckt im Weiterentwicklungstau.

Die Robert Bosch Stiftung hat 2018 die Initiative ‚Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen‘ gestartet, um im Dialog mit Bürgerinnen und Bürgern und in der Zusammenarbeit mit Fachleuten aus Wissenschaft und Praxis Anforderungen für ein zukünftiges Gesundheitssystem zu skizzieren. Das vorliegende Buch präsentiert die Ergebnisse der sieben ThinkLabs der Initiative, dokumentiert eine Reihe von Podiumsdiskussionen aus der Fachöffentlichkeit, fasst den aktuellen wissenschaftlichen Diskurs zusammen, gibt ethische Denkanstöße und nähert sich gesundheitspolitischen Fragestellungen aus Patientensicht ebenso wie aus der Warte von Angehörigen der medizinischen Fachberufe.

**Fazit:** ‚Neustart!‘ setzt Impulse für ein zukünftiges patientenorientiertes, multiprofessionelles, qualitätsgeprägtes und offenes Gesundheitssystem.

## Ultraschall kompakt für Anästhesisten und Intensivmediziner

Während Ultraschalluntersuchungen vor nicht allzu langer Zeit vor allem im Bereich der konservativen Medizin zu finden waren, ist diese Technik heute aus dem Repertoire von Anästhesisten nicht mehr wegzudenken – ob bei der Durchführung der Regionalanästhesie im OP, der transthorakalen oder transösophagealen Echokardiographie auf der Intensivstation oder bei der immer wichtiger werdenden Point-of-care-Ultraschall-Diagnostik in der Notaufnahme, im Schockraum oder im Rettungsdienst.

Das vorliegende Büchlein rekapituliert das komplexe Thema des Ultraschalls in der Anästhesiologie und Intensivmedizin in seinen häufigsten Einsatzgebieten. Es begleitet in allen Untersuchungssituationen Schritt für Schritt und Bild für Bild. Das übersichtliche Layout ermöglicht es dabei auch im hektischen Alltag, alle relevanten Informationen rasch zu finden.

**Fazit:** Ein bewusst praxisnah gehaltener Begleiter für die Kitteltasche, der gebündelt alle praxisrelevanten Informationen zu den unterschiedlichen Ultraschalleinsatzgebieten in der Anästhesie und Intensivmedizin gibt.

## Patientensicherheitsmanagement

Bestmögliche Patientensicherheit ist ein hohes Gut, das 2019 zu einer eigenen WHO-Resolution und Schaffung des jährlichen Welttags der Patientensicherheit am 17.9. geführt hat. Dabei geht es um ein vielschichtiges zivilgesellschaftliches Projekt, welches darzustellen den renommierten Herausgebern und Autoren des vorliegenden Werks gut gelungen ist.

Neben der Historie gehen sie auch auf die hohen ökonomischen Folgekosten mangelnder Patientensicherheit ein, die immer höher sind als primär investierte Qualitätskosten. Verwiesen wird auch auf Gefahrenpotenziale wie Stress, mangelnde Wertschätzung oder das Fehlen von Teambildung und -schulung sowie auf die Bedeutung klarer Kommunikation als Sicherheitsfaktor. Hilfreich sind konkrete Fallanalysen aus verschiedenen Fachgebieten, ergänzt durch konkrete Handlungsempfehlungen. Patientensicherheit erschließt sich so nicht als bürokratielastige Worthülse, sondern als Produkt aus gelebtem Qualitätsmanagement.

**Fazit:** Auch wenn sich dieses umfangreiche und detaillierte Fach- und Lehrbuch nicht für die Kitteltasche eignet, sollte es dennoch in keinem Arztzimmer fehlen, abschnittsweise verinnerlicht werden und für den Fall der Fälle als Ratgeber gerade in schwierigen Situationen stets greifbar sein.

**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.

**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

**16.–18. 6. 2022, Kronberg**

**Jahrestagung des Wissenschaftlichen Arbeitskreises Kinderanästhesie 2022**

Themen u. a.: Elektive Eingriffe nach COVID-Infektion, Schmerztherapie, Nachverfolgung, Aufmerksamkeitslenkung in der Kinderanästhesie, Leitlinie Pädiatrische Infusionstherapie, Analgosedierung, Hämotherapie bei Kindern

Information und Anmeldung:

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG  
Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg, Tel.: 0911 39316-57, Fax: 0911 39316-20  
info@mcnag.info, www.mcn-nuernberg.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**

**6. 7. 2022, Berlin**

**Expertenforum Ambulantisierung stationärer Leistungen**

Angepasster AOP-Katalog bringt neuen Schub für Digitalisierung und sektoren-unabhängige Vergütung

Information und Anmeldung:

RS Medical Consult GmbH, Johann-Hammer-Str. 22, 97980 Bad Mergentheim  
Tel.: 07931 52612, info@rsmedicalconsult.com, www.rsmedicalconsult.com

**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

**20.–22. 7. 2022, Passau**

**99. Jahrestagung der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen e.V.**

Motto: ‚Chirurgie – für immer jung‘

Information und Anmeldung:

wikonekt GmbH, Petra Bielefeld, Hagenauer Straße 53, 65203 Wiesbaden  
Tel.: 0611 204809-297, Fax: 0611 204809-10, petra.bielefeld@wikonekt.de  
www.vbc-jahrestagung.de

**28.–29. 7. 2022, Frankfurt**

**1. Frankfurter Expertenkurs ‚Hohlfuß beim Erwachsenen und supramalleolare Umstellungen‘**

Präparationskurs für die Expertenzertifizierung

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

**September 2022**

**1.–2. 9. 2022, Berlin**

**47. Jahrestagung der Berliner Chirurgischen Gesellschaft Perspektiven in der Chirurgie: Was kommt, was geht, was bleibt?**

Themen u. a.: Rektumkarzinom, Traumatologie, gut- und bösartige Pleuraerkrankungen, Varikosis, endokrine Chirurgie, Plastische und Handchirurgie, viszerale chirurgische Notfälle

Information und Anmeldung:

MCE Medical Congresses & Events, Gabriele Sponholz  
Tannenring 52, 65207 Wiesbaden, Tel.: 0160 8459-502, gs@mce.info  
www.bcg-jahrestagung.de

**2.–4. 9. 2022, Berlin/Hybrid**

**NARKA**

Themen u. a.: Podiumsdiskussion Kinderanästhesie in der Praxis, Leistungskatalog Ambulantes Operieren, Telematik-Infrastruktur, ultraschallgesteuerte Blockaden in der ambulanten Anästhesie, Notfallseminar gemäß neuer ERC-Leitlinien 2021, inklusive eines wissenschaftlichen Symposiums des BAO sowie BAO-Mitglieder-versammlung

Information und Anmeldung:

Congress Compact 2C GmbH, Joachimsthaler Straße 31–32, 10719 Berlin  
Tel.: 030 88727370, Fax: 030 887273710, info@congress-compact.de  
https://narka-live.de

**10. 9. 2022, Mannheim**

**EDZ-Kurs: Anorektaler M. Crohn und Proktitis**

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>

**24. 9. 2022, Hannover**  
**31. Koloproktologie Seminar Hannover**

Themen u. a.: Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED), Proktologie, venerische Proktitis, Prader-Willi-Syndrom, neue Leitlinie Morbus Crohn und Sexualmedizin

Information und Anmeldung:

NAGK - Norddeutsche Arbeitsgemeinschaft für Koloproktologie, Dr. Michael Roblick  
 c/o End- und Dickdarmzentrum Hannover, Hildesheimer Straße 6, 30169 Hannover  
 Tel.: 0511 646646-119, [info@ndt-ag-kp.de](mailto:info@ndt-ag-kp.de), <http://ndt-ag-kp.de>

**24. 9. 2022, Würzburg**  
**15. Proktologisches Symposium**

**Arbeitsgemeinschaft Proktologie in der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG)**

Information und Anmeldung:

MCE Medical Congresses & Events, Gabriele Sponholz, Tannenring 52  
 65207 Wiesbaden, Tel.: 0160 84 59 502, [gs@mce.info](mailto:gs@mce.info), [www.ag-proktologie-ddg.de](http://www.ag-proktologie-ddg.de)

**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](mailto:nadine.kirsch@intercongress.de), [www.intercongress.de](http://www.intercongress.de)

**29. 9.–1. 10. 2022, Hannover**  
**64. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie**

Themen u. a.: Gemeinsam klug entscheiden, Lymphologie, Gefäßchirurgie, tiefe Beinvenenthrombose, Ulcus cruris, Wundmanagement, diverse Hands-on-Workshops

Information und Anmeldung:

wikonect GmbH, Wiebke Jahn, Hagenauer Straße 53, 65203 Wiesbaden  
 Tel.: 0611 204 809-263, Fax: 0611 204 809-10, [wiebke.jahn@wikonect.de](mailto:wiebke.jahn@wikonect.de)  
<https://phlebologie-2022.de>

**Oktober 2022**

**6.–7. 10. 2022, Koblenz**  
**109. Jahrestagung der Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen**  
**Innovationen und Standards in der Chirurgie**

Themen u. a.: Hernienchirurgie, Schilddrüsenchirurgie, kolorektale Chirurgie, Sarkomchirurgie, Traumachirurgie, simulationsgestützte Ausbildung, Vermeidung von Lernkurven am Patienten

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](mailto:elvira.sommerfeld@wikonect.de)

**7.–8. 10. 2022, Berlin**  
**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 Bundes-

ärztekammer (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](mailto:info@meduplus.de), [www.meduplus.de](http://www.meduplus.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](mailto:edz-akademie@enddarm-zentrum.de)

**25.–28. 10. 2022, Berlin**  
**DKOU 2022 – Deutscher Kongress Orthopädie und Unfallchirurgie**

Themen u. a.: Junge Talente begeistern, individualisierte Medizin, konservative Verfahren, Digitalisierung, Traumaversorgung, Daseinsvorsorge, Ökonomie und Ökologie, Zertifizierung und Zentrenbildung, Komplikationsmanagement

Information und Anmeldung:

Intercongress GmbH, Ingeborg-Krummer-Schroth-Str. 30  
 79106 Freiburg, Tel.: 0761 69699-0, Fax: 0761 69699-11  
[dkou@intercongress.de](mailto:dkou@intercongress.de), [www.dkou.org](http://www.dkou.org)

**November 2022**

**4.–5. 11. 2022, Magdeburg**  
**Magdeburger Chirurgengespräche 2022**  
**und Herbsttagung der Mitteldeutschen Chirurgenvereinigung**

Information und Anmeldung:

MCE Medical Congresses & Events, Gabriele Sponholz  
 Tannenring 52, 65207 Wiesbaden, Tel.: 0160 84 59 502, [gs@mce.info](mailto:gs@mce.info)  
[www.mdcg-tagung.de](http://www.mdcg-tagung.de)

**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](mailto:edz-akademie@enddarm-zentrum.de)

Unbedingt vormerken: **Bundeskongress Chirurgie 2023**



**BUNDESKONGRESS  
 CHIRURGIE 2023**

**BNC · BAO** SEKTORENUNABHÄNGIG  
 FACHÜBERGREIFEND

**CHIRURGEN · ANÄSTHESISTEN · OPERATEURE  
 GEMEINSAM STARK**

Vom **10. bis 11. Februar 2023** findet in Nürnberg der nächste Bundeskongress Chirurgie statt. Schwerpunktthemen und weitere Details zu Inhalten und Rahmenprogramm folgen in Kürze!

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

## Praxismanagement

# Weiterbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte entwickelt

Ein guter Praxisablauf zeichnet sich durch eine optimale Behandlung der Patientinnen und Patienten, geringe Wartezeiten, ein angenehmes Betriebsklima und eine gute betriebswirtschaftliche Umsatz- und Ertragssituation aus. Der Berufsalltag im Gesundheitswesen ist allerdings anspruchsvoll und fordernd. Wie die Firma Fischer+Rauch mitteilte, hat sie auf Anregung aus den Kreisen vor allem größerer Praxen in Zusammenarbeit mit der Hochschule Neu-Ulm und dem Beratungsunternehmen Synchrodent ein Weiterbildungscurriculum für nicht-ärztliche Praxisangestellte entwickelt. Dieses richtet sich an Medizinische bzw. Zahnmedizinische Fachangestellte (MFA, ZFA), Praxismanagerinnen, Erstkräfte und Physician Assistants. Ziel des Curriculums ist es, den Teilnehmenden als Zertifikationskurs weitgehende Kompetenzen zur erfolgreichen Praxis- und Teamführung zu vermitteln.

Mit Abschluss der Weiterbildung erwerben die Teilnehmenden Kenntnisse und Fähigkeiten, die für das erfolgreiche Praxismanagement erforderlich sind. Als Vorteile des Curriculums nannte Fischer+Rauch eine hohe Praxisorientierung, nachhaltige Wissensvermittlung und Networking. Inhalte sind Führung, Personalmanagement, Digitalisierung, Marketing, Controlling/Benchmarking, Wareneinkauf, Qualitäts- und Risikomanagement, Patientensicherheit und Praxisorganisation. Durch



Foto: AOK-Mediendienst

eine ausgewogene Kombination aus kontinuierlichen Live-Online-Trainings über einen längeren Zeitraum, E-Learning, zwei Präsenzwochenenden sowie Selbst- und Transfer-Lernzeiten kann das Programm berufs begleitend absolviert werden.

Das Programm läuft über sechs Monate und umfasst 96 Unterrichtseinheiten. Der erste Kurs findet vom 16. September 2022 bis 18. März 2023 statt. Bei erfolgreichem Abschluss verleiht die Hochschule Neu-Ulm ein Teilnahmezertifikat.

**Kontakt:** [Patrick.Da-Cruz@hs-neu-ulm.de](mailto:Patrick.Da-Cruz@hs-neu-ulm.de), Tel.: 0731 97621602, 0171 6196351

## Varizenchirurgie

# Sicher und effektiv: Schaum-Sklerotherapie bei Neoangiogenese und Crossenrezidiv

Wie die Firma Kreussler mitteilte, sind Crossenrezidive durch Rekanalisation in der phlebologischen Praxis von hoher Relevanz. Ihre Inzidenz wird in der Literatur mit bis zu 80% angegeben. Zu den Rezidivursachen gehören neben strategischen oder technischen Gründen insbesondere ein progredienter Krankheitsverlauf sowie durch Neoangiogenese entstandene Neovaskulate. Aufgrund der hohen Fallzahlen und der zeitaufwändigen, komplikationsbehafteten, kostenintensiven und mit schlechteren Ergebnissen verbundenen Behandlung der Rezidivvarikosis ist das Interesse an effektiven prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen nach wie vor groß.

Die ultraschallgesteuerte Schaum-Sklerotherapie mit Aethoxysklerol® hat sich den Angaben zufolge bereits in einigen Studien als effektive und sichere Behandlungsmethode bei rezidivierender Varikosis in den klinischen Stadien CEAP C2–C6 erwiesen und wird von einem großen Teil zuvor operierter Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer guten Verträglichkeit – und weil keine Anästhesie notwendig ist – anderen Verfahren vorgezogen. Laut aktueller Leitlinie zur Sklerosierungsbehandlung der Varikose kann das Verfahren de facto für alle Formen der Varikose verwendet werden – einschließlich Neu-, Rest- und Rezidivvarizen nach vorangegangenen Eingriffen. Bei größeren Varizen hat sich speziell die Schaum-Sklerotherapie aufgrund der, verglichen mit der Flüssig-Sklerotherapie besseren Effektivität, durchgesetzt.

Um die Evidenz der ultraschallgesteuerten Schaum-Sklerotherapie bei Neoangiogenesen und Crossenrezidiven weiter zu evaluieren, starteten Dr. Nicola Krieckenbauer und Kollegen Anfang 2021 die auf eine Laufzeit von zwölf Monaten angelegte monozentrische, prospektive NeoSklero-Studie zur Effektivität der ultraschallgesteuerten Schaumsklerosierung mit Polidocanol bei Crossenrezidiven. 123 Personen mit einer Rezidivvarikose des sapheno-femorale Übergangs nach operativer oder endovenöser Behandlung wurden rekrutiert. Die ultraschallgesteuerte Schaum-Sklerosierung erfolgte mit 2 bzw. 3% Polidocanol. Im Falle eines unvollständigen Verschlusses waren maximal zwei weitere Schaum-Sklerosierungen im betroffenen Crossenbereich möglich.

Drei Monate nach der letzten Sklerosierung zeichnet sich bereits eine hohe Verschlussrate bei Crossenrezidiven ab. Vier Wochen nach der ersten Sitzung war bei 58,2% der Probanden ein kompletter Verschluss und bei weiteren 30% ein Teilverschluss der betroffenen Venen erreicht worden. Nach drei Monaten lag die Quote bei 77,7% bzw. 13,6%. In über 90% der Fälle war die Schaum-Sklerotherapie demnach erfolgreich. Komplikationen wie tiefe Beinvenenthrombosen oder Lungenembolien traten nicht auf. Die Patientinnen und Patienten selbst beurteilten die Behandlung überdies als schmerzarm.

**Kontakt:** Chemische Fabrik Kreussler & Co. GmbH, [www.kreussler.com](http://www.kreussler.com)

## Geraer Symposium Chirurgie 2022

# Fortbildung mit Fokus auf Hand- und Fußchirurgie

Das Spektrum der Vorträge reichte vom Umgang mit Nervenschäden über Bildgebung, den Stellenwert von Strahlentherapie sowie Bandagen und Orthesen, Anästhesieverfahren, ambulante Vorfußchirurgie, komplexe Fußdeformitäten und Alltagsprobleme wie den Unguis incarnatus bis hin zur postoperativen Nachbehandlung.

Von Dr. Matthias Hager

Die 66 Teilnehmer waren ebenso wie der Veranstalter erfreut, dass nach 2019 das Geraer Symposium Chirurgie am 19. März 2022 wieder als Präsenzveranstaltung im Mercure Hotel Gera City stattfinden konnte. Nichts geht über den kollegialen Austausch im direkten Gespräch.

Dr. Roger Schubert, Chefarzt der Klinik für Neurologie am SRH Waldklinikum Gera, eröffnete das Symposium mit dem Vortrag zur **Nervensonographie bei Kompressionssyndromen**. Die hochauflösende Nervensonographie, bei welcher hochfrequente Sonden und besonders angepasste Software genutzt werden, hat sich in der Diagnostik von peripheren Nervenerkrankungen etabliert. Es ist eine einfach einzusetzende Technik, welche eine ideale Ergänzung zur klinisch-neurologischen und elektrophysiologischen Diagnostik darstellt.

Besonderen Wert hat der Nervenultraschall bei der Diagnostik von Engpass-Syndromen (im besonderen Maße Karpaltunnel- und Kubitaltunnel-Syndrom). Engpässe sind sonographisch gut zu erkennen, da es zu einem Kalibersprung, einem fokalen Ödem, einer Maskierung der Faszikel und einer vermehrten Vaskularisierung proximal der Einengung kommt.

Außerdem sind anatomische Varianten wie ein zweigeteilter Nervus medianus oder eine den Nervus medianus begleitende Arterie (A. mediana) gut darstellbar, sodass den Chirurgen wichtige Hinweise zum weiteren operativen Vorgehen gegeben werden können.

Eine Domäne des Nervenultraschalls stellen postinterventionelle Komplikationen dar, da hierbei die Ursachen der persistierenden bzw. verstärkten Nervenschädigungen direkt dargestellt werden können. Besonders wertvoll ist der hochauflösende Ultraschall in der Diagnostik von intraneuralen Zysten, welche bevorzugt am Nervus peroneus im Bereich des Kniegelenkes auftreten.

**Methode, Indikation und richtiger Zeitpunkt der Denervation des Handgelenkes** war das Thema von Dr. Carsten Dorow von der Chirurgischen Gemeinschaftspraxis Kahla. Die Denervation des Handgelenkes basiert auf den anatomischen Untersuchungen von A. Wilhelm und wurde als Methode zur operativen Schmerzbehandlung von ihm 1966



Foto: iStockphoto.com / Delmaïne Donson

erstmalig veröffentlicht. Für die schmerzleitende Versorgung des Handgelenkes sind zehn verschiedene Nerven beziehungsweise Nervenäste von Wilhelm beschrieben worden.

Auf Basis dieser wurden zehn Denervationspunkte determiniert. Diese erlauben eine präoperative medikamentöse Testung einer möglichen Schmerzausschaltung mittels zu verwendendem Lokalanästhetikum. Die präoperative Testung erlaubt in den meisten Fällen eine Prognoseeinschätzung vor der operativen Denervation.

Die Hauptindikation stellt sich bei der posttraumatischen Arthrose des Handgelenkes mit noch guter Handgelenksfunktion (Beweglichkeit). In abgestufter Form ist sie auch bei der primären Arthrose des Handgelenkes oder auch in Einzelfällen bei der Lunatumnekrose oder einer chronischen Polyarthritiden gegeben.

Über die Notwendigkeit einer kompletten oder nur einer partiellen Denervation gibt es in der Literatur differenzierte Aussagen. Eine dem anatomischen Schädigungsbefund lokalisierte Therapie sollte erfolgen. ▶

Die Ergebnisse einer Handgelenksdenervation sind im hohen Maße von der Erwartungshaltung des Patienten, der Indikationsstellung und der zugrundeliegenden Schädigungsursache abhängig.

Ist unmittelbar postoperativ eine Schmerzreduktion beziehungsweise -ausschaltung gegeben, so sind diese Befunde mittelfristig in über 80 Prozent der Fälle zu halten. In der Literatur sind gute bis sehr gute Ergebnisse Langzeitergebnisse (zehn Jahre) in ca. 60 bis 70 Prozent der Fälle beschrieben. Einschränkend muss man hierzu bemerken, dass sekundär auf andere Verfahren konvertierte Fälle in der Regel nicht in die Bewertung einfließen.

Die Handgelenksdenervation stellt eine minimalinvasive, einfache und reproduzierbare Methode zur Schmerzbeseitigung- bzw. Schmerzreduktion bei der Handgelenksarthrose dar und führt bei entsprechender Indikationsstellung zu guten Ergebnissen. Sie kann unabhängig vom Alter und der beruflichen Belastung durchgeführt werden. Sie stellt somit die operative Methode der Wahl zur Schmerzbehandlung bei Handgelenksarthrose mit guter Beweglichkeit dar und erlaubt jederzeit eine Konversion auf resezierende beziehungsweise arthrode-tische Maßnahmen.

Katja Schmeller, zertifizierte Handtherapeutin aus der Praxis für Ergotherapie Brandt in Gera sprach über die **posttraumatische und postoperative Handtherapie**. Entscheidend für eine erfolgreiche Nachbehandlung von Handverletzungen ist ein rechtzeitiger Behandlungsbeginn. Nach einer erfolgten Anamnese und Befunderhebung beginnt bereits bei der Befundung die Behandlung. Ziel dabei ist, eine bestmögliche Funktionalität der betroffenen Extremität unter maximaler Schmerzfreiheit herzustellen.

Verschiedene Methoden, etwa thermische Anwendungen, manuelle Techniken, Narbenbehandlung und ganzheitliche Behandlungsansätze, kommen während der Behandlung zum Einsatz. Ein Heimübungsprogramm vervollständigt die zumeist ambulanten Behandlungen. Um die Effektivität während der Behandlung zu erhöhen, sollten psychosoziale Aspekte, ob in der Familie, im Beruf oder anderen Alltagssituationen, im Hinblick auf die größtmögliche Selbständigkeit und Alltagsbewältigung des Klienten nicht außer Acht gelassen werden.

**Ist die Strahlentherapie an Hand und Fuß noch aktuell?** Dieser Frage widmete sich die Chefärztin der Klinik für Strahlentherapie und Radio-onkologie SRH Waldklinikum Gera, Dr. Priska Bank. In ihrem Übersichtsvortrag stellte sie Indikation, Ablauf, Durchführung und Ergebnisse der Bestrahlung bei gutartigen Erkrankungen vor, insbesondere im Bereich von Hand, Fuß und Ellbogen (Arthrosen, Fersensporen, Tendinitis).

Neben der Notwendigkeit der Bildgebung, die in Befund und Bild zur Indikationsstellung vorliegen sollte, wurde insbesondere auf die Wirkungsweise der Therapie, die Dosierung im niedrigen Gray-Bereich (3–6 Gy Gesamtdosis verteilt auf sechs bis zwölf Einzelfractionen à 0,5 Gy) sowie auf die häufig auftretende Schmerzverstärkung während und auch nach der Therapie eingegangen, die sich innerhalb von zwei bis drei Monaten nach Therapiebeginn zurückbildet.



Foto: Pixabay

Auch das Alter als Kriterium der Therapie (keine Indikation bei Menschen unter dem 20. Lebensjahr, strenge Indikationsstellung zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr sowie in Abhängigkeit von der zu bestrahlenden Region und der Vorbehandlung) müsse berücksichtigt werden. Insgesamt zeigt die Entzündungsbestrahlung bei den meisten Patienten eine erhebliche Verbesserung oder auch ein Sistieren der Beschwerden und sollte deshalb nach Ausschöpfen oder bei Kontraindikation konservativer Methoden immer mit in den Behandlungsplan einbezogen werden.

Anhand ausgewählter Indikationen erläuterte Jens-Uwe Streu aus der Radiologischen Praxis Gera die **Bildgebung an Hand und Fuß**. Neben der unerlässlichen Anamnese und der klinischen Untersuchung sind Röntgenaufnahmen, Computertomographie und Magnetresonanztomographie Mittel der Wahl zur Diagnostik bei Verletzungen und Erkrankungen in diesen Körperregionen. Er erläuterte die verschiedenen Untersuchungsmethoden und deren sinnvolle Kombination untereinander. Damit können die meisten Diagnosen mit hoher Sicherheit gestellt und der Verlauf vergleichbar verfolgt werden. Wichtig für den Radiologen ist es, eine möglichst klare Zielstellung vom Überweiser zu erhalten.

Eine ausführliche Übersicht zu **Bandagen, Orthesen an Hand und Fuß – Wirkungsweise und Indikation** gab Silvio Grubert von der Klinik für Unfallchirurgie und Handchirurgie am SRH Wald-Klinikum Gera GmbH. Von der Stack'schen Fingerschiene bis zum Zehenspreizer umfasste der Vortrag alle Möglichkeiten einer konservativen Therapie bzw. der perioperativen Begleitbehandlung mit Orthesen und Bandagen an Hand und Fuß.

Die Aufgaben des Arztes reichen von der Verordnung (Diagnose, Anzahl und Art des Hilfsmittels, Ziel der Versorgung, ggf. Herstellungs-

hinweise, Neuversorgung, Ersatzbeschaffung etc.) über Endabnahme am Patienten, Kontrolle des Hilfsmittels und seiner Funktion, Hilfsmittel-Gebrauchsschulung bis hin zur Information und Motivation des Patienten, um ‚teure Fehlversorgung‘ bei Nichtnutzung zu vermeiden. Bei der Teamarbeit zwischen Arzt, Orthopädietechniker und Therapeuten hat der Arzt eine Koordinations- und Führungsfunktion.

**Moderne Anästhesieverfahren bei Operationen an Hand und Fuß** sind das Arbeitsgebiet von Dr. Daniel Kreutzer, Anästhesiepraxis Jena. Mithilfe der ultraschallgestützten Regionalanästhesie können auch alte Patienten und solche mit Vorerkrankungen ambulant und sicher operiert werden. Für Eingriffe an den Extremitäten, insbesondere die Handchirurgie, sind fast alle Patienten aus anästhesiologischer Sicht behandelbar. Hausärztliche Vorbefunde sind wünschenswert, aber nicht zwingend erforderlich. Gleiches gilt für ausgedehnte Nüchternzeiten präoperativ, noch das Absetzen von Vitamin-K-Antagonisten (VKA), direkte orale Antikoagulanzen (DOAK) bzw. Thrombozytenaggregationshemmern, die bei regionalen Betäubungen ebenfalls in der Regel verzichtbar sind.

Durch den Einsatz kurz- und ultrakurzwirksamer Lokalanästhetika bei regionalen und rückenmarksnahen Anästhesien sind die sofortige postoperative Beurteilung des OP-Ergebnisses, zügige Mobilisierung und Entlassung garantiert. Beim Einsatz langwirksamer Lokalanästhetika können die postoperative Schmerzfreiheit, lange OP-Zeiten sowie eine gute Durchblutung durch die Sympathikolyse an der operierten Extremität gewährleistet werden.

Zum Thema **ambulante Vorfußchirurgie** berichtete Dr. Wolfgang Urban von der Chirurgischen Gemeinschaftspraxis Gera. In seinem Übersichtsvortrag kam die gesamte Bandbreite der Vorfußchirurgie zur Darstellung. Hauptaugenmerk wurde dieses Mal auf Selteneres gelegt. So standen Diagnostik, konservative und operative Therapien von Krankheitsbildern wie Taylor's bunion, Digitus quintus varus, Morbus Ledderhose (1897 vom deutschen Chirurgen Georg Ledderhose beschrieben) und das Morton-Neurom im Vordergrund.

Ebenso erläuterte der Referent die stadiengerechten (entsprechen der Klassifizierung nach Caughlin) gelenkerhaltenden periartikulären Osteotomien (z.B. Cheilektomie, Moberg, Waterman-Green, Youngswick) bei Hallux rigidus. Die Möglichkeiten der Arthrodeses des Großzehengrundgelenkes in fortgeschrittenen Stadien wurden aufgeführt. Der Referent ging aber auch auf alternative Methoden in der Hallux rigidus-Chirurgie, wie Cartiva (Polyvinylalcoholhydrogel) oder Reg Joint (Poly-L/D-lactid), ein.

In einem vielbeachteten Vortrag sprach Dr. Andreas Wagner, Leitender Oberarzt am Deutschen Zentrum für Orthopädie an den Waldkliniken Eisenberg, über die **Rückfußchirurgie bei ausgeprägten Deformitäten**. Rückfußdeformitäten sind, besonders bei ausgeprägten Formen, aufgrund des polyartikulären und polyossären Aufbaus des Rückfußes ausgesprochen komplex.

### Dr. Matthias Hager

Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie  
Verein zur Förderung der  
Ambulanten Chirurgie e.V.  
c/o Chirurgische Gemeinschaftspraxis Gera  
Schmelzhüttenstraße 4  
07545 Gera  
chirurgieverein.gera@gmx.de  
www.chirurgieverein-gera.de



Foto: Frank Schenke

Zudem variieren Fehlwachstum oder Deformierung einzelner bzw. mehrerer Knochen und Gelenke, stattgehabte degenerative Gelenkveränderungen sowie Vorbehandlungen die Krankheitsbilder. Dies erfordert nach Wertung und Respekt der Ätiopathogenese eine umfassende Analyse der Deformität und danach die Erstellung eines patientenspezifischen Therapieplans.

Ziel der operativen Therapie komplexer Rückfußdeformitäten ist die Herstellung eines belastungsstabilen schmerzfreien (oder zumindest schmerzarmen) Fußes mit plantigradem Fußauftritt. Nach Möglichkeit sollte ein Gelenkerhalt – vor allem des oberen Sprunggelenkes – angestrebt werden. Dies ist jedoch bei ausgeprägten Fehlstellungen oft dauerhaft nicht möglich. Additiv auftretende degenerative Gelenkveränderungen erfordern zudem gelenkersetzende oder gelenkversteifende Korrekturen.

Dass ein **Unguis incarnatus** ein quälendes Alltagsproblem ist, konnte Dr. Axel Jähnichen aus der Chirurgischen Gemeinschaftspraxis Gera bestätigen. Der eingewachsene Zehennagel ist ein in der ambulanten Chirurgie häufig vorkommendes Krankheitsbild. Als Ursache gelten genetische Faktoren, enges Schuhwerk, Nagelwachstumsstörungen und falsche Nagelpflege. Im Ergebnis kommt es zu einer schmerzhaften Schwellung und partiell eitrigem Entzündung am seitlichen Nagelrand.

Zur Behandlung stehen in der Frühphase konservative Methoden wie Tapen, Nagelspange, Fußbäder zur Verfügung. Bei ausgeprägten Befunden sind operative Verfahren erforderlich. Die Nagelkeilexzision (Emmert-Plastik) ist eine seit vielen Jahrzehnten angewandte operative Methode, die allerdings wegen der oft nur mäßigen kosmetischen Ergebnisse heute nur noch bei besonderen Fällen zum Einsatz kommen sollte. Die Chemo-Kaustik mit Phenol ohne Hautschnitt bietet sehr gute kosmetische Ergebnisse, kann zur Rezidivbehandlung nach Emmert-Plastik sowie bei Menschen mit Diabetes und Patienten, die blutverdünnende Medikamente einnehmen, durchgeführt werden.

Die segmentale laterale Nagelmatrixexzision nach Foote in Oberst'scher Leitungsanästhesie und Blutsperrung mit vollständiger Exzision der eingewachsenen Nagelanteile, Nagelverschmälerung, Resektion des Granulationsgewebes unter Schonung des periungualen Weichteilgewebes und Verschluss der Wunde mittels Steristrip ist das bevorzugte Verfahren des Autors. In seiner Einrichtung werden ca. 200 Operationen dieser Art pro Jahr durchgeführt. Zur Rezidivprophylaxe ist die postoperative korrekte Nagelpflege durch den Patienten unerlässlich. ◀

## Dermatochirurgie

# Deutlich facettenreicher als nur ‚Muttermale spindeln‘ ...

Wie in anderen operativen Fächern, benötigt man in der Dermatochirurgie fundiertes basischirurgisches Wissen, genaue Anatomiekenntnisse und Sicherheit bei Krankenhaushygiene sowie Risiko- und Komplikationsmanagement. Bei den Rahmenbedingungen für ambulante Strukturen sind andere Länder Deutschland deutlich voraus.

Von Dr. Andrea Baczako

Die Dermatochirurgie ist ein Teilbereich der Dermatologie und umfasst operative Eingriffe am Hautorgan. Meist wird der Schwerpunkt in der Tumorchirurgie gesetzt, also der Entfernung gutartiger (z.B. Naevi, Lipome, Epidermalzysten) und maligner (z.B. maligne Melanome mit Sentinel-Lymphknotenbiopsie, Basalzellkarzinome, Plattenepithelkarzinome) Hauttumoren mit nachfolgender Defektrekonstruktion. Darüber hinaus jedoch fällt unter die Dermatochirurgie auch die operative Behandlung von Ulzera, Akne inversa, Narbenkorrekturen und Zirkumzisionen sowie zahlreiche ästhetisch-korrektive Eingriffe.

Mit der steigenden Inzidenz von UV-induziertem Hautkrebs [1] stellt dessen operative Versorgung somit einen großen und wichtigen Teil der dermatologischen Patientenversorgung dar [2]. Dem immens zunehmendem Therapiebedarf gilt es weiterhin zu begegnen. Um dazu langfristig in der Lage zu sein, sind einige Umstände zu berücksichtigen, die in der Breite scheinbar noch nicht als Problem wahrgenommen werden, langfristig die Versorgung jedoch gefährden könnten.

Das Spektrum der Dermatochirurgie vereint Teilbereiche aus der Dermatologie, Plastischen Chirurgie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Urologie, Gynäkologie und Allgemein Chirurgie. Die Weiterbildungsordnung zum Facharztwerb Dermatologie sieht den Kenntniserwerb im operativen Bereich zwar vor, bietet mit den geforderten Eingriffszahlen aber kaum die fundierte Basis, die zur selbständigen Durchführung komplexer dermatochirurgischer Eingriffe inklusive Komplikationsmanagement befähigt.

## Fundiertes basischirurgisches Wissen ist Voraussetzung

Denn Operieren kann nicht nur in der Theorie erlernt werden. In der Realität des klinischen Alltags fehlen leider häufig Zeit und Ressourcen, die Weiterbildungsassistent:innen in der Intensität zu betreuen und so anzuleiten wie es für die sichere Durchführung eines chirurgischen Eingriffs erforderlich ist, ohne dass dabei der Druck der Fallzahlen die Ausbildung trübt. So ist es nicht verwunderlich, dass Kolleg:innen mit dermatochirurgischem Tätigkeitsschwerpunkt häufig Erfahrung in anderen chirurgischen Disziplinen in ihrer Biographie vorweisen. Denn

was in der Dermatochirurgie zwar wie in jedem anderen chirurgischen Fach vorauszusetzen ist, sind ein fundiertes basischirurgisches Wissen und die genaue Kenntnis der topographischen Anatomie, aber auch Sicherheit bei Themen wie Krankenhaushygiene, Risiko- und Komplikationsmanagement. Dermatochirurgie ist eben nicht nur ‚Muttermale spindeln‘ [3].

Nun müssen nicht alle Dermatolog:innen zu Dermatochirurg:innen ausgebildet werden. Für eine Erweiterung und Vertiefung der Kenntnisse bei entsprechendem Interesse und Wunsch nach Tätigkeit in diesem Feld wäre ein strukturiertes Weiterbildungscurriculum nötig und sinnvoll. Die Deutsche Gesellschaft für Dermatochirurgie und auch internationale Fachgesellschaften sind bemüht, in dieses diffuse Tätigkeitsfeld Strukturen zu implementieren und Wissen zu vermitteln. Zahlreiche Workshops, Kurse, Fortbildungen und Stipendien

### Dermatochirurgie: Übersicht Methoden der mikrographischen Schnitttrandkontrolle (Auswahl)

Alle Verfahren bieten Vor- und Nachteile und setzen eine fundierte Ausbildung und Erfahrung in der Anwendung der jeweiligen Technik voraus.

#### 1. Mohs Surgery

- ▶ Kryostatschnitt („saucer shape“),
- ▶ In der Regel taggleicher Verschluss,
- ▶ Hochstandardisiertes Verfahren,
- ▶ Ideal für Hochrisikotumore und kritische Lokalisationen.

#### 2. Münchner Methoden

- ▶ Kryostatschnitt (Horizontale Stufenschnitte),
- ▶ In der Regel taggleicher Verschluss.

#### 3. La Galette

- ▶ Nachträgliche Exzision von Rändern und Basis in situ,
- ▶ Komplexe Schnittführung.

#### 4. Randstreifen-Methode

- ▶ En bloc-Exzision,
- ▶ Entfernung von Rändern und Basis am Exzidat.

#### 5. Vertikale Stufenschnitte

- ▶ ‚Brotlaibtechnik‘,
- ▶ Unvollständige Darstellung der Schnittländer.

stehen hier zwar zur Verfügung, eine anerkannte Zusatzbezeichnung ‚Dermatochirurgie‘ existiert in Deutschland bisher allerdings nicht.

### Interdisziplinäres Vorgehen ohne Konkurrenzdruck

Für die Einführung einer solchen Ausbildung setzen sich zahlreiche Gremien bereits seit langer Zeit ein. Die Frage ist also: Wer soll am Hautorgan operativ tätig sein? Die Antwort: Jede:r, der dafür ausgebildet ist. Es liegt nahe, dass die Haut auch von Hautärzt:innen operativ versorgt werden sollte. Dennoch gibt es zahlreiche Situationen, in denen ein interdisziplinäres Vorgehen ohne Konkurrenzdruck sinnvoll ist (z. B. Dermatologie/HNO bei Kopf-Hals-Tumoren) und auch praktiziert wird.

Über allem steht bei jedem operativen, so auch dermatochirurgischen Eingriff die Sicherheit der Patient:innen. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um risiko- und komplikationsarme Operationen in Lokalanästhesie, die von Patient:innen hervorragend toleriert werden [4]. Wundinfekte und kleinere Nachblutungen stellen bei insgesamt niedrigem Auftreten die häufigsten Komplikationen dar.

Eine routinemäßige perioperative Antibiotikagabe ist nicht vorgesehen [5], für Patient:innen mit Antikoagulation gibt es klare Richtlinien [6]. Das individuelle Operationsrisiko ergibt sich aus der anatomischen Lokalisation und Größe des Tumors bzw. Defekts (z. B. Gefäßnähe) sowie der Art und Komplexität der Defektrekonstruktion. Weiterhin zu berücksichtigen sind hauptsächlich metabolische und kardiovaskuläre Grunderkrankungen und deren Therapie (z. B. orale Antikoagulation), Alter, Immunsuppression, neurologische oder psychiatrische Erkrankungen [7].

### Indikation zur OP im stationären oder ambulanten Setting

Nicht zu vergessen sind jedoch auch andere Faktoren wie das häusliche Umfeld, die Anwesenheit von Angehörigen zur ggf. erforderlichen Betreuung oder die Anbindung an die hausärztliche Versorgung. Mit Kenntnis dieser Parameter gilt es, die Indikation zur Operation im ambulanten oder stationären Setting zu stellen. Diese Frage wird zwischen niedergelassenen Ärzt:innen und in Kliniken tätigen Kolleg:innen zum Teil kontrovers diskutiert.

Zweifelsfrei ist die Sachlage bei einfachen Exzisionen kleiner Tumoren, sodass im Hinblick auf die Gesamtzahl aller dermatochirurgischen Eingriffe die große Mehrheit ambulant durchgeführt wird [8]. Die baulichen, logistischen und hygienischen Voraussetzungen für ambulantes Operieren sind in den jeweiligen Einrichtungen in der Regel vorhanden, da dies behördlich überwacht wird [9]. Untersuchungen zeigen, dass auch größere Eingriffe höheren Schwierigkeitsgrades sehr gut, sicher und mit hoher Patient:innenzufriedenheit durchgeführt werden können [10].

Die meisten, insbesondere hochbetagte Patient:innen profitieren, sofern kein erhöhtes Operationsrisiko besteht, von der Vermeidung eines stationären Krankenhausaufenthaltes mit anschließender Rekon-

### Dr. Andrea Baczako

Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten  
Allergologin

Dermatologie am Michelsberg  
Stuttgarter Straße 155, 89075 Ulm  
Tel.: 0731 62265  
Fax: 0731/62296  
andrea.baczako@dermatologie-michelsberg.de  
www.dermatologie-michelsberg.de



Foto: Baczako

valeszenz im eigenen häuslichen Umfeld. Ein solches Vorgehen erfordert neben detaillierter Planung in der Regel auch die Einbeziehung von Angehörigen und der Hausärzt:innen.

### Ambulante OP-Infrastruktur kann Krankenhäuser entlasten

Ausländische Konzepte sehen eine Zusammenarbeit mit Notfall-einrichtungen vor, z. B. im Falle nächtlicher Komplikationen. Dies betrifft hauptsächlich die allgemeinärztliche Notfallversorgung und soll selbstverständlich niemals ohne Absprache erfolgen. Mit entsprechender Organisation wäre eine solche Infrastruktur aber durchaus denkbar und könnte auch der Entlastung der Krankenhäuser dienen.

Das genannte Konzept wird in den angloamerikanischen Ländern und den Niederlanden bei der Mohs Surgery [11] zur Entfernung hauptsächlich nichtmelanozytärer maligner Hauttumore mit histographischer Randkontrolle und taggleicher Defektrekonstruktion erfolgreich praktiziert. Diese Technik sieht die umgehende mikroskopische Beurteilung der Präparate am Gefrierschnitt durch die Operateur:innen vor, wodurch der Transport in ein externes Labor entfällt.

Aufgrund der fehlenden Vergütung, hoher Anschaffungskosten [12], Notwendigkeit dafür geschulten Personals und aufwändiger Ausbildung ist diese Methode in Deutschland allerdings kaum zu finden. Andernorts hingegen hat sie sich als kosteneffiziente Standardmethode für die jeweiligen Indikationen mit hoher Patient:innenzufriedenheit etabliert [13, 14].

### Vergütung dermatochirurgischer Eingriffe

Sind nun die patient:innenspezifischen Faktoren berücksichtigt, so bleibt noch der Aspekt der Vergütung dermatochirurgischer Eingriffe zu beleuchten:

- ▶ Der **Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM)** kategorisiert für gesetzlich Versicherte genehmigungspflichtige, ambulant durchgeführte dermatochirurgische Eingriffe nach Größe, Dauer, Schnitttrandkontrolle und Art des Verschlusses.
- ▶ Im stationären Bereich greift hier das **DRG-Abrechnungssystem**, das neben einer Basispauschale auch die durchgeführten Prozeduren und Fallkomplexität (z. B. Nebendiagnosen, Risikofaktoren) berücksichtigt und indikationsspezifische Liegedauern vorsieht. ▶

» Für eine Erweiterung und Vertiefung der Kenntnisse wäre ein strukturiertes Weiterbildungscurriculum sinnvoll. Fachgesellschaften sind bemüht, in dieses diffuse Tätigkeitsfeld Strukturen zu implementieren und Wissen zu vermitteln.«

Dr. Andrea Baczako



Fotos: Baczako

**Abb. 1–3:** Basalzellkarzinom prä- bzw. intra- und drei Wochen postoperativ. Die Entscheidung zur ambulanten oder stationären Versorgung hängt von vielen Faktoren ab.

- In der **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** werden einzelne Positionen zwar etwas detaillierter abgebildet, bekanntlich ist diese aber unabhängig von stetig wachsenden Kosten seit Jahrzehnten unverändert.

Die genaue Höhe der Vergütung lässt sich aus den jeweiligen Abrechnungsleitfäden entnehmen. Ob diese für die Leistung angemessen ist, bleibt Gegenstand der Diskussion.

Für Risikopatient:innen erlaubt eine stationäre Durchführung dermatochirurgischer Operationen eine engmaschige postoperative Überwachung, intravenöse Analgesie oder Antibiose und ggf. rasche Intervention bei Nachblutung. Dies ist jedoch nicht immer nötig. Große und komplexe Operationen, die zum Teil in Allgemeinanästhesie durchgeführt werden müssen, sind selbstverständlich nur in Kliniken durchführbar [15]. Die stationäre operative Behandlung unkomplizierter Fälle ohne Risikofaktoren wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) regelmäßig geprüft. Dabei wird die Vergütung um Aufenthaltstage gekürzt oder gar gesamte stationäre Fälle gestrichen und in der Folge ambulant abgerechnet.

#### Ambulante Versorgung muss niederschwellig möglich sein

Um derartige Situationen zu vermeiden, ist die korrekte Indikationsstellung im Vorfeld entscheidend [16]. Dies ist allerdings nur dann möglich, wenn eine kompetente ambulante Versorgung niederschwellig zugänglich ist und auch angemessen vergütet wird. Zudem gibt es in der Klinikalkulation Faktoren wie Bettenbelegung oder fehlende Kostendeckung konservativer dermatologischer Fälle, die bei der Indikationsstellung keine Rolle spielen dürfen.

Gelingt die Stärkung des ambulanten Sektors in der Dermatochirurgie unter Nutzung der stationären Ressourcen für Hochrisikofälle und ambulant nicht durchführbare Operationen, so können der wachsende Bedarf pragmatisch, patient:innenorientiert und sicher gedeckt und die jeweiligen Abteilungen der Krankenhäuser in diesem Bereich entlastet werden [17, 18]. Unumgänglich hierzu ist ein grundlegender Strukturwandel, der bürokratischen, gesundheitspolitischen und monetären Stolpersteinen nicht zum Opfer fallen darf.

#### Fazit: Einheitliche Aus- und Weiterbildung wünschenswert

Als interdisziplinärer Teilbereich umfasst die Dermatochirurgie – je nach Lokalisation des zu behandelnden Hautareals – Inhalte einer ganzen Reihe von Fachgebieten. Im Sinne der Qualitätssicherung wäre eine einheitliche Aus- und Weiterbildung wünschenswert. Eine Verbesserung der Qualifizierung setzt allerdings auch voraus, dass die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen verbessert werden, um deutlichere Anreize für die ambulante Dermatochirurgie zu setzen. ◀

#### Literatur

Zu den Literaturverweisen gelangen Sie online über den Kurzlink <https://tinyurl.com/bdn56xft> bzw. indem Sie den nebenstehenden QR-Code scannen.



Bitte einsenden an den

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

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

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



oder indem Sie diesen QR-Code scannen.

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Titel | Name | Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße | PLZ | Ort

\_\_\_\_\_  
Zuständiger KV-Bereich

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum | Telefon privat

\_\_\_\_\_  
Telefon- und Faxnummer Praxis

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse | ggf. Homepage

\_\_\_\_\_  
Ort | Datum | Unterschrift

#### Informationen zum Datenschutz

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

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

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

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

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

## Hernienchirurgie

# Ein bewährtes Tool feiert den ersten runden Geburtstag

Seit mittlerweile zehn Jahren sammelt das Herniamed-Register Daten zur Hernienversorgung. Inzwischen umfasst die Datenbank nahezu eine Million Patienten. Beim diesjährigen Herniamed-Studientreffen wurden aktuelle Zahlen sowie eine Reihe von Veränderungen und Ergänzungen bei der Dokumentation vorgestellt.

Von Antje Thiel

**Coronabedingt fanden die diesjährigen Hernientage und auch das Herniamed-Studientreffen am 11. März 2022 erneut als virtuelle Veranstaltung statt. Es hatten sich über 600 Teilnehmer angemeldet, was Herniamed-Gründer Prof. Ferdinand Köckerling vom Vivantes Humboldt-Klinikum als ungebrochen großes Interesse am Thema Hernienchirurgie und auch an der Registerarbeit wertete.**

Das Herniamed-Register und die damit verbundene Zertifizierung von Hernienzentren konnte dieses Jahr einen runden Geburtstag feiern: Beide wurden vor genau zehn Jahren aus der Taufe gehoben. „Im September 2012 haben wir uns mit der Deutschen Herniengesellschaft (DHG) und der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) mit ihrer Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Hernie (CAH) geeinigt, eine gemeinsame Zertifizierung für Hernienzentren einzuführen“, erinnerte sich Prof. Köckerling. Als Zertifizierungsstufen

stehen das DHG-Siegel ‚Qualitätsgesicherte Hernienchirurgie‘, ‚Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie‘ und ‚Referenzzentrum für Hernienchirurgie‘ zur Verfügung. „Es ist allgemein akzeptiert, dass man sich nur verbessern kann, wenn man seine Ergebnisse kennt“, sagte Prof. Köckerling. Angesichts der rasanten Entwicklung in der Hernienchirurgie gebe es großen Bedarf an regelmäßiger Qualitätskontrolle – gerade bei neuen Methoden, die gegen etablierte Verfahren antreten.

## Kriterien für die DHG-Zertifizierung

Für alle Zertifizierungsstufen gelte es, nahezu alle Hernien-Operationen ( $\geq 90\%$ ) in Herniamed zu erfassen, die Qualitätsindikatoren zu erfüllen, eine hohe Follow-up-Rate ( $\geq 70\%$ ) zu erreichen. Kompetenz- und Referenzzentren müssten jährlich mindestens 16 Fortbildungspunkte durch den Besuch von Veranstaltungen zur Hernienchirurgie sammeln. Sie müssten zudem binnen 30 Tage nach der Operation niedrige Raten

### Update: Aktuelle Zahlen aus dem Herniamed-Register

„ich darf gleich mit einem kleinen Paukenschlag beginnen.“ Mit diesen Worten eröffnete der Berliner Hernienchirurg Dr. Ralph Lorenz das diesjährige Herniamed-Studientreffen. „Es nehmen über 700 Praxen und Kliniken an Herniamed teil. Noch in diesem Jahr werden wir eine Million Patienten in unserer Datenbank haben. Das ist ein riesiger Erfolg für dieses Register.“ Herniamed bilde zum einen alle Hernienarten ab und habe bereits viele Registerstudien publiziert. Gleichzeitig sei es das weltweit größte und erfolgreichste Register – sogar im Vergleich zu den vielgelobten staatlichen Registern in Schweden oder Dänemark, die aber allein aufgrund der geringeren Bevölkerungszahlen ihrer Länder nicht mit Herniamed mithalten könnten.

Für die Jahre 2020 und 2021 verzeichne das Register etwas geringere Zahlen, was vermutlich auf die Corona-Pandemie zurückzuführen sei, erklärte Dr. Lorenz. Doch mit 100.000 Einträgen pro Jahr wurden – gemessen an der Gesamtzahl der Hernien – unverändert etwa ein Drittel aller Fälle in Herniamed dokumentiert. „Die Anteile haben sich nicht groß verändert, was für den repräsentativen Charakter unserer Zahlen spricht“, meinte Dr. Lorenz.

Häufigste Prozedur bei primären einseitigen Leistenhernien-Eingriffen sei bei Männern die TAPP-Technik (37%), gefolgt von Lichtenstein (30%) und TEP (23%). Bei Frauen verzeichnete die Statistik eine andere Verteilung: Hier lag die TAPP noch weiter vorn (41%), gefolgt von TEP und Lichtenstein (beide 22%). Die klassische Shouldice-Operation spielt bei beiden Geschlechtern – Männer: 2%,

Frauen: 6% – nur eine untergeordnete Rolle. Bei entsprechenden Rezidivhernien ist Lichtenstein (41%) das bevorzugte Verfahren bei Männern, bei Frauen liegt die TAPP (40%) auf Platz 1.

Als überraschend bezeichnete Dr. Lorenz die Daten zu Nabelhernien, bei denen es sich in 6% der Fälle um Nofalleingriffe handelte. Sie wurden bei Männern zu 50% und bei Frauen sogar zu 58% mit Nahtverfahren operiert. „Da sieht die Realität also anders aus als die Leitlinien es vermitteln möchten“, sagte Dr. Lorenz. Bei epigastrischen Hernien wiederum liege der Anteil der Nahtverfahren deutlich niedriger (Männer: 27%, Frauen 37%), Hiatushernien würden zu 75% ohne Netz operiert. „Sogar Narbenhernien werden bei Männern in 9% und bei Frauen in 13% der Fälle mit Nahtverfahren operiert, was man bei dieser Indikation erstmal nicht annehmen würde“, erklärte der Chirurg.

Er adressierte aber auch eine Reihe noch offener Fragen, etwa ob die Herniamed-Daten wirklich ein realistisches Abbild der Versorgungsrealität liefern können: „Es gibt ja eine gewisse positive Auslese, weil vor allem die Hernien-Enthusiasten darin ihre Fälle dokumentieren.“ Auch die Frage, wie man konkret hohe Follow-up-Raten nach fünf bzw. zehn Jahren erreichen kann, sei noch nicht beantwortet. Darüber hinaus gab Dr. Lorenz zu bedenken, dass die beste Registerdatenbank nichts wert sei, wenn die Verfahren nicht standardisiert und damit vergleichbar werden. Auch zum Tailoring der OP-Methoden in der klinischen Praxis gebe es noch keine validen Daten.

intra- und postoperativer Gesamtkomplikationen bei Leistenhernien (<5%), Reoperationen bei Leistenhernien (<2%), Reoperationen bei Narbenhernien (<10%), Infektionen/Revisionen bei laparoskopisch operierten Narbenhernien (<3%) und Infektionen/Revisionen bei offen operierten Narbenhernien (<10%) nachweisen.

Um die Einhaltung der Anforderungen des DHG-Siegels ‚Qualitätsgesicherte Hernienchirurgie‘ zu prüfen, bietet Herniamed ein Benchmark-Tool an, mit dem die einzelne Einrichtung ihr eigenes Ergebnis mit dem anderer Teilnehmer vergleichen kann. Auch die Qualitätsindikatoren und die Follow-up-Rate werden darin automatisch ermittelt. Einmal jährlich sind die Verantwortlichen in den teilnehmenden Einrichtungen aufgefordert, der DHG mitzuteilen, ob sie die vorgeschriebenen Qualitätsindikatoren und Follow-up-Raten erreicht haben. „Sollte dies nicht der Fall sein, stellt die DHG einen strukturierten Prozess mit Auditor zur Verfügung“, berichtete Prof. Köckerling.

Auch inhaltlich wurde Herniamed auf den neuesten Stand gebracht und ergänzt. „Bitte setzen Sie sich damit auseinander und dokumentieren sie entsprechend“, bat der Herniamed-Gründer. Anhand von Fallbeispielen erläuterten seine Nachredner, worauf es bei der Dokumentation ankommt:

**Rektusdiastase.** „Wichtig ist, dass Sie die Klassifikation für Rektusdiastasen kennen“, sagte Dr. Wolfgang Reinhold (Hamburg). Neben der Breite und Längenausdehnung der Diastase müsse auch erfasst werden, ob eine Vorwölbung vorhanden ist. Bei postpartalen Hernien seien auch die Zahl der Schwangerschaften und die Hautverhältnisse wichtig.

**Komplexe Narbenhernie.** „Es ist wichtig, dass wir die Komplexität der Eingriffe gemäß der französischen Klassifikation auch wirklich im Register abbilden“, betonte Prof. Henning Niebuhr (Hamburg). Hierzu zählten z. B. extrakutane Fisteln, Rezidive nach Netzimplantation, Komorbiditäten, hoher intraabdomineller Druck bei Adipositas oder Notfall-Operation mit Darmresektion. „Es ist gut, dass man die Komplexität abbilden kann, gerade wenn man daraus Publikationen oder Vorträge gestalten möchte.“

**Verbesserung der Follow-up-Rate.** Dr. Bernd Stechemesser (Köln) erläuterte diverse Möglichkeiten, die Follow-up-Rate zu verbessern. So könne man Patient und/oder Hausarzt mehrfach anschreiben, telefonisch zu ihnen Kontakt aufnehmen oder ihnen den Fragebogen mit frankiertem Rückumschlag zusenden. Er selbst bevorzuge den telefonischen Kontakt. Wichtig sei auch, die Gründe für den Abbruch des Follow-up (z. B. Tod, Umzug, erneute OP) zu dokumentieren. „Manche kümmern sich gar nicht um ihren Follow-up, andere betreiben es sehr emsig. Bitte bleiben Sie dran, nur so können wir gute Daten produzieren und die Qualität unserer Einrichtungen hochhalten!“

**Robotische Operationen.** Neu in das Herniamed-Register aufgenommen wurden roboterassistierte Hernien-Operationen. Dr. Konstantin Zarras (Düsseldorf), der seit mittlerweile drei Jahren begeistert mit diesem Verfahren arbeitet, erklärte, man wisse nur wenig über die diesbezügliche Versorgungsrealität in Deutschland. „Doch angesichts der schnellen Implementation der Robotersysteme bin ich froh, dass wir das nun monitoren können. Register können Fragen beantworten, die außerhalb der Reichweite randomisiert-kontrollierter Studien liegen.“ ◀

## Chirurgen Magazin + BAO Depesche 106: Autoren gesucht



Foto: Pixabay

### In eigener Sache

## Autoren gesucht zum Thema Handchirurgie in Heft 106 – Ausgabe 4.2022

Für Ausgabe 4.2022, die am 4. November 2022 erscheinen wird, möchten wir uns in der Rubrik ‚Medizin‘ schwerpunktmäßig mit dem Thema Handchirurgie beschäftigen. Wir suchen Autorinnen und Autoren, die aus der Praxis für die Praxis unter Berücksichtigung der aktuellen Studienlage über handchirurgische Themen (traumatische und degenerative Schäden an Gelenken, Sehnen und Bändern der Hand, konservative und operative Therapie, Engpasssyndrome, Arthrose, M. Dupuytren, adäquate Schmerztherapie, Anästhesieverfahren, leitliniengerechte Therapie etc.) berichten mögen. Wir freuen uns über allgemeine Überlegungen und Hintergrundberichte ebenso wie persönliche Erfahrungen oder Kasuistiken.

Darüber planen wir für dieses Heft auch Berichte über die Sicherstellung der flächendeckenden ambulanten chirurgischen bzw. operativen Versorgung (Rekrutierung von Nachwuchs, Vergütungsmodelle, Praxisnetze und intersektorale Gesundheitszentren). 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 23. September 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



## Bundeskongress Chirurgie

# Freimütige Rückblicke auf eigene Fehler: „An jeder Galle hängt ein Mensch!“

Wie kommt es in der Chirurgie zu Fehlern? Wie geht man im Team kollegial mit ihnen um? Welche Zweifel und Selbstvorwürfe lösen sie insbesondere bei jungen Ärztinnen und Ärzten aus? Und welche Rahmenbedingungen erfordert eine konstruktive Fehlerkultur? Das lernt man am besten anhand echter Fallbeispielen aus der Praxis.

Von Antje Thiel

„Jeder entdeckte Fehler ist ein Schatz!“ Merksätze wie dieser geistern durch sämtliche Veröffentlichungen und Tools, die sich mit positiver Fehlerkultur beschäftigen. Bei der Sitzung ‚Ich habe Komplikation‘ des Jungen Forums im Rahmen des Bundeskongresses Chirurgie am 11. Februar 2022 in Nürnberg gab es eine ganze Menge wertvoller Schätze zu bergen. Denn hier erzählten gestandene Chirurgen von ihrer ersten Komplikation sowie deren Auswirkung auf ihr chirurgisches Selbstverständnis und ihren ganz persönlichen Umgang mit Fehlern.

So berichtete **Prof. Lutz Mirow, Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Klinikum Chemnitz**: „Komplikationen betreffen nicht nur den Patienten, sondern auch – psychisch – den Operateur. Je weiter Sie sich vorwagen in der Viszeralchirurgie, desto eher hängt das Leben dran. Und da geht es dann nicht um die Galle von Zimmer 20, sondern um den Mensch, der an dieser Galle hängt. Das dürften wir nie vergessen.“ Zu seiner ersten Komplikation kam es im ersten Jahr seiner ärztlichen Tätigkeit: „Es war eine akute Appendizitis, meine erste Appendektomie überhaupt. Ich durfte eine junge Frau operieren

und war sehr aufgeregt.“ Er wurde bei der Operation von einer Oberärztin begleitet, es schien eine völlig problemlose OP zu sein: „Ich hatte nach dem Wundverschluss ein sehr gutes Gefühl.“ Mitten in der Nacht wurde er allerdings von seinem Pieper geweckt. Es hatte sich ein halber Liter Blut in der Drainage gesammelt. „Ich sehe diesen Beutel noch heute vor mir“, erinnerte sich Prof. Mirow. Bei der nächtlichen Relaparoskopie tauschten er und die Oberärztin die Rollen: „Wir machen das bis heute so, dass nie der initiale Operateur die Reoperation vornimmt.“ Um 7:30 Uhr war der zweite Eingriff abgeschlossen, die insuffiziente Koagulation war behoben, und alles war gutgegangen.

„Doch mein damaliger Chefarzt hatte eine sehr ungute Art, mit Komplikationen umzugehen: Er machte mich vor versammelter Mannschaft nieder. Es wurde getuschelt, hämisch gegrinst. Sowa muss man erst einmal verarbeiten, auch wenn man sonst ein forscher junger Arzt ist“, erzählte Prof. Mirow. Als Chefarzt legt er heute deshalb Wert darauf, dass Komplikationen personenunabhängig besprochen werden. Zudem stellt er jedem Weiterbildungsarzt einen Facharzt als Mentor an die Seite. Er weiß, dass viele Ärztinnen und Ärzte nach Komplikatio-

nen von Selbstzweifeln geplagt werden und im schlimmsten Fall sogar ihren Job an den Nagel hängen. „Ich habe meine erste Komplikation nie vergessen. Wir müssen lernen, dass eine Komplikation kein Versagen ist. Sie kann passieren, sie wird passieren. Bleiben Sie tapfer, Sie haben einen der schönsten Berufe der Welt. Bleiben Sie selbstkritisch, holen Sie sich Feedback, holen Sie sich Unterstützung!“, lautete sein Rat an den chirurgischen Nachwuchs.

Die erste Komplikation von **Jens Windisch, Allgemein- und Viszeralchirurg am Helios Vogtland-Klinikum Plauen**, hatte hingegen durchaus schwerwiegende Folgen: „Ich war Rotationsassistent im zweiten Jahr. Bei der Morgenbesprechung hieß es, da sei nur eine Narbenhernie mit Dünndarminterponat zu nähen.“ Doch anstelle des Dünndarminterponats fand er narbig verdicktes Peritoneum vor. Nach Exzision des Interponats, Separation der Schichten und Präparation der Fazierränder entschied er sich zu einer offenen IPOM-Operation, um einen spannungsfreien Bauchdeckenverschluss zu erzielen. Im weiteren Verlauf kam es zu einer schweren Infektion mit Wunddehiszenz und freiliegendem Netz, aus der sich trotz Vakuumtherapie im Verlauf der Folgemonate eine Sepsis entwickelte. Wegen einer Dünndarmläsion wurden mehrere Revisionseingriffe erforderlich. Der Patient verbrachte etliche Wochen auf der Intensivstation und benötigte im Anschluss eine neurologische Reha.

„In der Summe waren es mehr als 7,5 Monate Behandlungsdauer für eine einfache Hernie, und das Ergebnis sah nicht schön aus“, sagte Windisch. Rückblickend sieht er seinen Fehler vor allem darin, dass er präoperativ den Befund zuvor nicht kannte – zumal es sich um einen ungewöhnlichen Befund handelte und keine Computertomographie vorlag. „Sowohl Operateur als auch Assistent waren unerfahren. Ich denke, es war ein Behandlungsfehler“, erklärte der Chirurg und empfahl zum einen, Patienten breiter aufzuklären und dies auch zu dokumentieren. Außerdem sollte man keine Kompromisse wider besseres Wissen eingehen. Doch vor allem lautete sein Rat: „Holen Sie sich Hilfe, wenn der Befund Sie überfordert!“

Von allzu großem Übermut und Elan berichtete **Priv.-Doz. Dr. Benedikt Braun, Orthopäde und Unfallchirurg an der BG-Klinik Tübingen**: Als Jungoberarzt an der Uniklinik operierte er eine 82-jährige Dame mit einer proximalen Humerusfraktur, die eine inverse Schulterprothese benötigte. Die Patientin wünschte eine rasche OP, woraufhin er sich nach nur kurzer Besprechung mit den oberärztlichen Kollegen und dem Pflorgeteam noch am selben Tag zur Operation entschloss. Im Verlauf derselben stellte sich allerdings nach Zementierung des Schafts heraus, dass kein passendes Inlay vorrätig war. Während die Patientin auf dem OP-Tisch lag, versuchte das Team vergeblich, über den Außendienst ein passendes Implantat zu beschaffen. „Notgedrungen verwendeten wir ein unpassendes Inlay“, berichtete Dr. Braun.

Postoperativ entwickelte die Patientin eine leichte Wundheilungsstörung. Diese nahm man zum Anlass für eine erneute Operation, im Rahmen derer dann das Inlay gewechselt wurde. Dr. Brauns Fazit: „Es war alles zu schnell. So eine Operation rennt ja nicht weg! Man muss immer selbst prüfen, ob die richtigen Implantate da sind und ob sie

auch steril sind. Man braucht zudem eine Ausweichstrategie – und man muss bedenken, dass mit zunehmender OP-Dauer das Infektionsrisiko steigt.“ Im geschilderten Fall hatte er postoperativ mit der Patientin gesprochen und ihr gesagt, dass ein Implantat eingebaut wurde, das eine Nummer zu klein war. „Wenn man schon so einen Quatsch macht, muss man wenigstens offen mit der Patientin sprechen – und dafür sorgen, dass dieser Fehler nicht noch einmal vorkommt“, sagte Dr. Braun. Auch ‚Buddy Surgery‘ könne dabei helfen, komplexe Situationen besser zu meistern: „Bei schwierigen Operationen sollten Sie sich jemanden dazunehmen, mit dem Sie gerne operieren, einen OP-Buddy.“

Der **BNC-Vorsitzende Jan Henniger aus Frankfurt** wiederum schilderte seine erste Komplikation in der Niederlassung: „Da ist man in der Regel allein im OP, was einerseits angenehm ist – im Ernstfall aber nicht so schön.“ Bei der betreffenden Patientin handelte es sich um eine Oberärztin an einer großen Klinik, die im Zuge einer Krebstherapie einen Port erhalten sollte. „Sie kam zu mir, weil ich das schon lange und häufig mache, während in den Kliniken Ports häufig von jungen Assistenten implantiert werden.“ Bis auf einen kurzen Moment, in dem sich der Katheter intraoperativ nicht vorschieben ließ, verlief die OP unauffällig. „Doch drei Portimplantationen später klingelte das OP-Telefon. Der Mann der Patientin, selbst Herzchirurg, fragte nach postoperativen Röntgenbildern, denn seine Frau hatte Schmerzen und Druckgefühle an der Stelle des Ports“, berichtete Henniger.

Da er bei Portimplantationen auf regelhafte postoperative Röntgenkontrolle verzichtet, bestellte er die Patientin zum Röntgen ein. Sie kam in Begleitung ihres Mannes. „Es stellte sich heraus, dass ich ihr einen Pneumothorax gestochen hatte. Es war ein schwieriges Gespräch“, erinnerte sich Henniger. Er wandte sich telefonisch an die Kollegen in seiner alten Klinik und schilderte die Situation. Kurz darauf saßen alle zusammen und diskutierten den Fall. Die Patientin stimmte einer stationären Aufnahme zu und wurde dort operiert, während Henniger in seinen eigenen OP zurückkehrte. Am nächsten Tag besuchte er die Kollegin in der Klinik. Sie benötigte keine Bülau-Drainage und unternahm keine juristischen Schritte. „Ich habe mich ungeheuer geärgert, dass mir das passiert ist. Es fühlte sich wie eine Niederlage an“, gab Henniger zu. „In der Klinik ducken sich die Leute oft weg und reden nicht über ihre Komplikationen. Doch hier war der Fall völlig klar, ich war für den Pneumothorax verantwortlich. Wir haben also darüber geredet und dadurch einen Rechtsstreit vermieden.“ Sein entscheidender Rat lautete daher: „Kommunikation ist alles!“

Der **Hamburger Rechtsanwalt und BNC-Justiziar Jörg Hohmann** knüpfte direkt an Hennigers Fall und ermutigte das Plenum, bei Komplikationen das Gespräch mit den Betroffenen zu suchen: „Das ist das Beste, um einen Rechtsstreit zu vermeiden.“ Eine solche Aussprache müsse aber gut vorbereitet werden und sollte aus Beweisgründen in Gegenwart eines Zeugen stattfinden. „Wichtig ist, dass Sie darin keine Schuld anerkennen, sondern lediglich den Fall sachlich schildern und den Gesprächsinhalt und -verlauf dokumentieren“, riet Hohmann. Denn ein Schuldanerkenntnis gegenüber dem Patienten könne dazu führen, dass die Haftpflichtversicherung den Schaden nicht übernimmt. ◀



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

## WIR BRAUCHEN IHRE SOLIDARITÄT!

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



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

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



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

Träger des Friedensnobelpreises