

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



Schwerpunkt Kinderchirurgie

Indikationen, Standards und Fallbeispiele aus der Praxis für die Praxis

Neue Vergütungsformen

Welche Perspektiven bieten
Hybrid-DRG für Chirurgie und
operative Medizin?

Ärztlicher Nachwuchs

Thüringen zeigt Medizin-
studierenden frühzeitig Wege
in die ambulante Medizin

Symposium Aktuelle Proktologie

Interdisziplinäres Spektrum an
proktologisch relevanten Themen
aus Praxis und Klinik





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 51.

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

Inhalt

Berufspolitik

Leitartikel BNC

Chirurginnen und Chirurgen
sehen einfach am besten aus!

Leitartikel BAO

Die neueste Variante eines Inkompetenz-
kompensationskompetenzgesetzes

BAO-Regionalkonferenzen

Rechtssicherheit bei Hygiene, Datenschutz,
Arbeitssicherheit und Cyberkriminalität

Ärztlicher Nachwuchs

Thüringen zeigt Studierenden Wege
in die ambulante Medizin

Vergütung

Perspektiven für die Chirurgie
mit Hybrid-DRG?

Regional

Ansprechpartner

Kontakt zu den Geschäftsstellen und
Regionalverbänden von BNC und BAO

Meldungen

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

Service

Aktuelles zum Arztrecht

Leserfrage: Lohnt es, sich gegen Regress
wegen Sprechstundenbedarf zu wehren?

Aktuelles zum Arztrecht

Gesellschafter- und Angestelltenstatus von
Vertragsärzten im MVZ ist weiterhin möglich

Abrechnung

Auszüge aus dem neuen Kompendium
'Der Kommentar zu EBM und GOÄ', Teil 7

Praxisteam

Neue Regeln für Arbeitsverträge mit MFA und
anderen Angestellten seit 1.8.2022

Medizin

Kinderchirurgie

Ambulante Kinderchirurgie in der Praxis –
der BNKD stellt sich vor

Kinderchirurgie

Der Nabelbruch beim Kind:
Wann abwarten, wann operieren?

Kinderchirurgie

Besonderheiten in der ambulanten
Kindertraumatologie

Kinderchirurgie

Ambulante Kindertraumatologie
am konkreten Fallbeispiel

Kinderanästhesie

Patientensicherheit: „Eltern vertrauen uns
das Wertvollste an, das sie haben ...“

Proktologie

16. Symposium ‚Aktuelle Proktologie‘
des Proktologischen Zentrums Berlin

Verschiedenes

Editorial

Die passende Ansprache für alle
Interessierten finden – wie geht das?

Impressum

Kontakt zu Herausgebern, Redaktion,
Verlag, Grafik und Anzeigenabteilung

Nachrichten

Aktuelle Informationen aus Politik
und Wissenschaft

Buchtipps

Aktuelle Neuerscheinungen für Chirurgen,
Operateure und Anästhesisten

Termine

Kongresse, Seminare und Workshops
für die fachärztliche Weiterbildung

Industrie

Nachrichten und Produktneuheiten
unserer Partner aus der Industrie

Titelbild: iStockphoto.com / naumoid; Titelbildrecherche: Schelli

SC 5010 SEK Mobiler OP Stuhl

für

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



Kniehalter, elektrisch



Armtisch



Schulterzugang



Schockposition



AKRUS GmbH & Co KG

Otto-Hahn-Str. 3 | 25337 Elmshorn

Phone: +49 4121 79 19 30

Fax: +49 4121 79 19 39

info@akrus.de | www.akrus.de

Editorial

Die passende Ansprache für alle Interessierten finden – wie geht das?

Liebe Leserinnen und liebe Leser,

unsere Sprache ist im Wandel begriffen, und der macht auch vor medizinischen Fachzeitschriften nicht halt. Immer mehr Redaktionen verwenden in ihren Publikationen gendersensible Sprache. Der Springer-Verlag hat kürzlich entschieden, sämtliche Fachtitel umzubenennen: von rein männlichen Bezeichnungen wie ‚Der Chirurg‘ hin zu ‚Die Chirurgie‘. „Viele Medizinerinnen fühlen sich heute von männlichen Berufsbezeichnungen nicht mehr angesprochen oder sogar diskriminiert“, heißt es von Springer dazu. Angesichts eines immer weiter steigenden Frauenanteils in der Medizin scheint es ratsam, sich neuen sprachlichen Gewohnheiten zu öffnen.

Dies gilt auch für die Berufsverbände, die auf den ärztlichen Nachwuchs bisher leider oft wie Clubs ‚alter weißer Männer‘ und aufgrund ihrer Altersstruktur und Geschlechterverteilung nicht sonderlich attraktiv wirken. In der letzten Redaktionskonferenz haben wir daher diskutiert, wie wir künftig in Bezug auf gendergerechte Sprache verfahren wollen. Wir möchten niemanden sprachlich ausschließen, unsere Texte aber zugleich lesbar gestalten. Ein ziemlicher Spagat!

Wir versuchen es nun so: In allen Texten, die aus der Feder der Redaktion stammen, wird entweder binär gegendert (‚Chirurginnen und Chirurgen‘) oder auch wahlweise das generische Maskulinum bzw. das generische Femininum verwendet. Sprich: Dann stehen sowohl ‚die Chirurgen‘ als auch ‚die Chirurginnen‘ für alle Geschlechter. Externen Autorinnen und Autoren stellen wir nach wie vor frei, ob und in welcher Form sie ihre Texte gendern möchten. Bis sich im allgemeinen Sprachgebrauch eine einheitliche gendergerechte Schreibweise durchgesetzt hat, könnte es hier also ein wenig bunter zugehen. Wir werden uns hoffentlich daran gewöhnen!



Foto: Thiel

Antje Thiel

Redaktionsleitung

antje.thiel@vmk-online.de

Impressum: Chirurgen Magazin + BAO Depesche

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

Herausgeber und verantwortlich für den Inhalt:

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

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

Redaktionskollegium und wissenschaftlicher Beirat:

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

Verlag, Anzeigen und Vertrieb:

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

Redaktionsleitung:

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

Anzeigenleitung:

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

Grafik und Layout:

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

Druck:

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

Haftung:

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

Urheberrechte:

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

Manuskripte:

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

Verbreitete Auflage:

Die Zeitschrift Chirurgen Magazin + BAO Depesche wird in einer Auflage von 7.300 Exemplaren (3.2022) gedruckt und hat eine verbreitete Auflage von 7.249 Exemplaren (3.2022). Entsprechende Nachweise sind bei der Redaktion erhältlich.

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

Kindertraumatologie

Kinderchirurgen warnen vor Gefahr von Sportunfällen als Folge der Pandemie

Der Bewegungsmangel in der Corona-Pandemie hat für viele Kinder die Gefahr erhöht, gerade bei Sport und Spiel einen Unfall zu erleiden. „Denn Kinder, die sich nicht regelmäßig bewegen, zum Beispiel, indem sie draußen mit anderen spielen, verhalten sich ungeschickter und weniger geschmeidig, sind dadurch unfallanfälliger und verletzen sich schwerer, wenn sie mal stürzen“, sagt die Rostocker Kinderchirurgin Prof. Stefanie Märzheuser, Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. (DGKCH) und Präsidentin der Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e.V. (BAG).

Aufgrund von Schul- und Kitaschließungen, Heimunterricht und Isolation im Zuge der Corona-Pandemie entfiel für Kinder nicht nur der Sportunterricht, sondern vor allem auch das tägliche Austoben im Freien – im Grunde alle Bewegungsmöglichkeiten, die sowohl psychisch als auch physisch so notwendig sind für ein gesundes Heranwachsen. „Wer sich viel bewegt, gerät nicht nur schwerer ins Straucheln, sondern fängt sich auch ganz anders ab, wenn es doch einmal passiert. Und das gilt nicht nur für Kinder. Man kennt das auch von älteren Menschen, die noch Sport treiben und sich eine gewisse Grundgelenkigkeit erhalten haben“, erklärte Märzheuser. Aktuell hat die ‚Stiftung Sicherheit im Sport‘ nach einer Umfrage etwa eine Million Kinder ermittelt, die von April 2021 bis April 2022 speziell bei Sport und Bewegung so schwer verletzt wurden, dass sie ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen mussten.

Lokalanästhesie

Forschung an neuen, reibungsarmen und gewebeschonenden Schläuchen

Am Institut für Angewandte Biopolymerforschung (ibp) der Hochschule Hof wird aktuell an einem im Ultraschall sichtbaren Mikroschlauch geforscht, der die Arbeit von Anästhesieteams an Kliniken vereinfachen soll. Gefördert wird das Projekt ‚TubUS – Ultraschall-sichtbarer Mikroschlauch‘ von der Bayerischen Forschungsförderung. Damit will man der Herausforderung bei der Lokalanästhesie begegnen, dass der Kunststoffschlauch im Ultraschall nicht sichtbar und deshalb nach Entfernung der metallischen Nadel nur schwer zu positionieren ist. Der neue Kunststoffschlauch soll dank innovativer Mikrostrukturen im Polymer, an der Oberfläche und an der Schlauchspitze deutlich im Ultraschall sichtbar sein. Damit wird die Ultraschall-Visibilität maßgeblich verbessert, die Positionierung des Schlauchs deutlich erleichtert und die reibungsarme und damit gewebeschonende Führung des Schlauchs ermöglicht.



Foto: ibp



Foto: Pixabay

DGKCH-Präsident Prof. Dr. Udo Rolle forderte angesichts dieser Zahlen, „in künftigen Pandemiesituationen das bisherige Management einer kritischen Prüfung zu unterziehen. Lockdowns und Kontaktbeschränkungen lassen sich natürlich auch für Kinder und Jugendliche nie ganz ausschließen. Wir sollten sie aber immer als Ultima Ratio begreifen, also nur dann einsetzen, wenn alle anderen Stricke reißen. Kinder brauchen Bewegung, vielleicht in Pandemiezeiten noch mehr als sonst.“

Kinderchirurgie

Bei akuter Appendizitis kann man mit der OP bis zu neun Stunden warten

Der Verdacht auf Appendizitis bei Kindern wird vielerorts als chirurgischer Notfall eingestuft. Andere wiederum neigen dazu, nachts eingewiesene Kinder erst am nächsten Morgen zu operieren. Eine retrospektive Studie an 254 Kindern, die mit perforierter Appendizitis ins Krankenhaus eingeliefert worden waren, bestätigt nun frühere Studien, wonach Kinder mit akuter Blinddarmentzündung – sofern sie klinisch stabil sind – nicht notfallmäßig operiert werden müssen.

Das Autorenteam schlussfolgerte, dass eine Appendektomie bei Kindern mit perforierter Appendizitis in der Regel bis zu neun Stunden verschoben werden kann, ohne dass sich das Risiko für Komplikationen oder Re-Interventionen erhöht. Dies gelte sogar für Kinder mit erhöhtem Komplikationsrisiko, das durch einen initialen CRP-Wert von ≥ 128.6 mg/l definiert wird. Die Daten könnten die risikoadaptierte OP-Planung unterstützen.

Quelle: Frongia G. et al. World J Surg 46, 1980–1986 (2022)
doi.org/10.1007/s00268-022-06561-6

Spitzenverband Fachärzte

Investorengeführte MVZ: Patientenversorgung geht über Kapitalinteresse

Der Spitzenverband Fachärzte (SpifA) begrüßt die jüngste Forderung der Gesundheitsministerkonferenz an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), klare Regeln für Investorentätigkeiten im Bereich der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zu schaffen und Investitionen mit reinem Kapitalinteresse einen Riegel vorzuschieben. Die Länder betrachten mit Sorge den Trend zu immer mehr investorengetragenen MVZ, deren Anteil bereits über viele Facharztgruppen hinweg überwiegt.

SpifA-Chef Dr. Dirk Heinrich sagte dazu: „Wir brauchen in Deutschland mehr denn je Investitionen in die Versorgungsstrukturen. Diese müssen aber von einer nachhaltigkeitsgetriebenen Orientierung an Gemeinwohlinteressen anstatt dem kurzfristigen Ziel einer möglichst hohen Rendite getrieben sein. Und dafür brauchen wir klare gesetzliche Rahmenbedingungen. Nur so kann eine allumfassende Patientenversorgung langfristig sichergestellt und die Freiheit ärztlicher Entscheidungen, was Diagnose und Therapie betrifft, geschützt werden.“



Foto: Pixabay

Der SpifA fordert hierzu eine gesetzliche Verpflichtung, dass die Leitung eines MVZ stets einem zugelassenen Vertragsarzt bzw. einer Vertragsärztin obliegen muss. „Damit könnte zumindest im Ansatz sichergestellt werden, dass unternehmerische Entscheidungen aufgrund von medizinischen und nicht rein ökonomischen Prinzipien getroffen werden“, sagte Dr. Heinrich.

Darüber hinaus fordert der SpifA die Erstellung eines durch den GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft gepflegten Transparenzregisters hinsichtlich der Trägerstrukturen und wirtschaftlich Berechtigten von MVZ sowie die erneute Prüfung der Zulassung von MVZ zur vertragsärztlichen Versorgung im Falle, dass sich die Trägerstruktur, Gesellschaftsform oder wirtschaftliche Berechtigung ändert.

Kontakt: www.spifa.de

Cochrane Review

Proximale Humerusfraktur: Kein Vorteil der operativen Therapie belegbar

Die proximale Humerusfraktur gehört zu den häufigsten Knochenbrüchen überhaupt. Betroffen sind vor allem Menschen über 60 Jahre und unter diesen insbesondere Frauen. Mit etwas Glück sind die Fragmente des gebrochenen Knochens nur geringfügig disloziert, und der Bruch lässt sich durch Ruhigstellung konservativ behandeln. Stärker dislozierte Brüche werden jedoch häufig operiert. Ein kürzlich aktualisierter Cochrane Review fasst die Evidenz aus 47 Studien mit mehr als 3.000 Patienten zu verschiedenen Therapieansätzen für unterschiedliche Typen von proximalen Humerusfrakturen zusammen.

Demnach zeigt die Evidenz auch für stärker dislozierte klassische proximale Humerusfrakturen keinen Vorteil einer operativen gegenüber einer konservativen Behandlung. Wohl aber zieht ein einmal operierter Bruch mit höherer Wahrscheinlichkeit Folgeoperationen nach sich. Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz für diese Ergebnisse bewerteten das Autorenteam mit moderat bis hoch. Der Review unterstützt nach Auffassung des Cochrane Instituts die Einschätzung, dass proximale Humerusfrakturen in Deutschland zu oft unnötig operiert werden. „Allerdings ist jeder Bruch unterschiedlich. Im Einzelfall kann eine OP daher auch weiterhin sinnvoll sein“, heißt es in einer Mitteilung ergänzend.

Quelle: Handoll et al. Cochrane Library, 21.6.2022, doi.org/10.1002/14651858.CD000434.pub5

Postoperative Schmerzen

Schmerzhafte Kältereize weisen auf drohende Chronifizierung hin

In einer jüngst veröffentlichten Studie hat eine niederländisch-deutsche Forschungsgruppe untersucht, welche Frühwarnzeichen es für eine Chronifizierung postoperativer Schmerzen gibt, um eine rechtzeitige Identifikation der Betroffenen und die Einleitung präventiver Maßnahmen zu ermöglichen. Hierfür wurde an einem Kollektiv von 344 Patienten mit verschiedenen Operationen ein Frühwarn-Score entwickelt, daneben wurde die Validität des Scores an einer zweiten Gruppe aus einer anderen Klinik überprüft.

Neben Risikofaktoren wie Operationen am Skelettsystem sowie einer präoperativen Opioidaufnahme fielen vor allem zwei Faktoren auf: Wenn Patienten 14 Tage nach einer Operation immer noch über Schmerzen klagten – vor allem aber, wenn sie dabei berichteten, dass sich ein Kältereiz schmerzhaft anfühlt – war das Risiko einer Chronifizierung drei Monate nach der Operation deutlich erhöht. „Eine veränderte Schmerzschwelle für Kälte ist ein Hinweis darauf, dass das schmerzverarbeitende System nicht mehr normal funktioniert“, berichtet Erstautorin Marjelle van Driel.

Im nächsten Schritt sollte nun untersucht werden, welche Verfahren bei den identifizierten Betroffenen mit erhöhtem Risiko eine Chronifizierung verhindern können.

Quelle: Van Driel et al. B J Anaesth 2022, doi.org/10.1016/j.bja.2022.04.030

Ambulantes Operieren

KBV und Krankenkassen beschließen Eckpunkte und Zeitplan

Mit Blick auf die Ambulantisierung der Versorgung haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband Ende Juni 2022 einen ersten Meilenstein gesetzt. Sie beschlossen im Bewertungsausschuss Eckpunkte, mit denen die Möglichkeiten des ambulanten Operierens ausgeweitet werden. Demnach stehen in einer ersten Stufe dafür ab dem 1. Januar 2023 zusätzlich rund 60 Millionen Euro zur Förderung bestimmter Eingriffe zur Verfügung. Es handelt sich dabei um ein durchschnittliches Plus von 30 Prozent für die ausgewählten Leistungen. Durch die finanzielle Förderung soll erreicht werden, dass diese Eingriffe häufiger ambulant erbracht werden als bisher. Die konkreten Festlegungen sollen zeitnah erfolgen.

In einer folgenden Stufe planen KBV und GKV-Spitzenverband, die Kalkulationsgrundlage für die Vergütung aller ambulanten Operationen im Sinne einer forcierten Ambulantisierung zu erweitern. „Insbesondere besteht Bedarf, die gestiegenen Hygieneanforderungen in die Vergütung aufzunehmen“, erklärte KBV-Chef Dr. Andreas Gassen und nannte es „ein gutes Zeichen, dass Krankenkassen und Ärzteschaft einig darin sind, die Möglichkeiten des ambulanten Operierens entscheidend auszuweiten.“ Die KBV wies darauf hin, dass grundsätzlich auch bei der Weiterentwicklung der ambulanten

Operationen gilt, dass diese punktsummen- und ausgabenneutral erfolgen muss. Ausnahmen von dieser Ausgaben- und Punktsummenneutralität haben KBV und Krankenkassen in den Eckpunkten festgehalten (z.B. Hygienekosten und Änderungen der Kalkulationsannahmen).

Parallel zu den Anpassungen der ambulanten Operationen im EBM laufen auch die Beratungen zwischen KBV, GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft zur Anpassung des Katalogs für ambulante und stationärsersetzende Leistungen, kurz AOP-Katalog. Nach dem Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘ soll eine möglichst umfassende Ambulantisierung erreicht werden.

Der Auftrag, den AOP-Katalog zu erweitern und eine für Krankenhäuser und Vertragsärzte einheitliche Vergütung festzulegen, geht zurück auf das MDK-Reformgesetz von 2020. In einem ersten Schritt hatte im März das IGES Institut ein Gutachten vorgelegt: Darin wird für 2.476 medizinische Leistungen grundsätzlich Ambulantisierungspotenzial gesehen und damit die Möglichkeit, den AOP-Katalog auszubauen. Nach Vorlage des Gutachtens geht es nun darum, den Katalog nach und nach zu erweitern und eine einheitliche Vergütung festzulegen.

Kontakt: www.kbv.de/html/themen_1126.php

Intimchirurgie bei Frauen

Erste S2k-Leitlinie bewertet gängige Verfahren

Die Gründe, aus denen Frauen operative Eingriffe an ihren Geschlechtsorganen wünschen, sind vielfältig. Neben ästhetischen Faktoren können auch Veränderungen – etwa nach Geburten, altersbedingtes Erschlaffen der Haut oder starke Gewichtsabnahme – zu Problemen führen. Rekonstruktive und ästhetische Operationen des weiblichen Genitale beinhalten die Wiederherstellung oder Angleichung von Form und Funktion der Vulva.

Um die Versorgung von betroffenen Patientinnen zu vereinheitlichen, hat die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) nun die erste S2k-Leitlinie zu diesem Thema veröffentlicht. Die Empfehlung basiert

auf einer Bewertung der angewandten Verfahren, welche in einem fachübergreifenden Experten-konsens erarbeitet wurde. Darüber hinaus stellen die Autorinnen und Autoren derzeit übliche intimchirurgische Eingriffe zur Rekonstruktion sowie Operationen und Operationsschritte dar. Ein eigenes Kapitel ist den Formen von Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation, FGM) gewidmet. Je nach Schwere der Gewebe- und Funktionsverletzung des Geschlechtsorgans werden entsprechende Therapieoptionen dargestellt, die allerdings ein umfassendes Verständnis der komplexen soziokulturellen und medizinischen Aspekte insbesondere im Kindes- und Jugendalter erfordern.

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 Medizinerinnen und Abrechnungs-Profis erarbeitet.

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

Wezel/Liebold

Der Kommentar
zu EBM und GOÄ

mit Kommentar
zur UV-GOÄ



jetzt kostenlos online testen:
www.ebm-goä.de

asgard verlag

Leitartikel BNC

Chirurginnen und Chirurgen sehen einfach am besten aus!

Es gibt nicht viel, womit man dieser Tage Zuversicht verbreiten kann. Denn es reihen sich immer neue Punkte in die lange Liste der Zumutungen, mit denen Politik und Kostenträger niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten die Freude an ihrer Arbeit rauben. Da hilft ein bisschen ironischer Selbstbetrug – und natürlich Zusammenhalt.

Von Jan Henniger

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

endlich einmal kein Genörgel gleich in den ersten Zeilen, stattdessen eine positive Grundhaltung und Weisheiten, die man selbst schon immer in sich trug und die einen darin bestätigen, dass es damals die richtige Entscheidung war, der inneren Berufung zu folgen und in die Medizin zu gehen. Das ist die einfache Erklärung für die Überschrift dieses Leitartikels. Ansonsten nämlich hält die Realität leider vor allem ernüchternde Nachrichten für uns bereit. Kleine Erfolge wie etwa gewisse Fortschritte bei der Erstattung von Hygienekosten verblassen angesichts der neuen sinnlosen Behinderungen unserer Arbeit durch Politik und Krankenkassen. Die Nullrunde bei den ärztlichen Honoraren, die die Kassen seit Neuestem fordern, ist ein weiteres Zeichen dafür, dass Wesentliches nicht verstanden wird: nämlich, dass es um die Versorgung von Menschen geht und um deren Ärztinnen und Ärzte, die sich um sie kümmern.

Gestiegene Kosten zeitnah weitergeben

Allzu gern wird vergessen, dass es sich bei Arztpraxen im niedergelassenen Bereich um Unternehmen handelt, die hohe laufende Kosten stemmen müssen. Etwa für Energie, Qualitätssicherung und Personal, welches ebenfalls überleben muss. Es muss also möglich sein – wie in anderen Branchen auch – steigende Kosten zeitnah weiterzugeben.

Dennoch erlaubt sich unser Bundesgesundheitsminister, die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführte Neupatientenregel zu kippen. Eine Regelung, die nichts anderes bedeutet, als dass man eine Rechnung, die man nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ohnehin zu Recht stellt, nicht gekürzt bekommt.

„Digitalisierung“ und „Gematik“ sind zwei weitere Reizwörter dieser Tage. Der Zwergenaufstand unserer Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) gegen die damit verbundenen immer neuen Zumutungen zeigt einmal mehr, dass wir auf diese Behörde nur bedingt zählen können. Glücklicherweise gibt es in den einzelnen KV-Regionen eine ganze Reihe von Kolleginnen und Kollegen, die für Sitze in den KV-Vertreterversammlungen kandidieren bzw. bereits gewählt wurden und mit

großem Enthusiasmus ihre Ämter antreten (siehe Seite 20ff.). Sie verdienen die volle Unterstützung der Berufsverbände. Zugleich müssen wir aber auch einfordern, dass sie die Interessen ihrer Wählerinnen und Wähler vertreten. Große Worte allein reichen da nicht.

Wir brauchen einen höheren Organisationsgrad

Ein Kollege schrieb mir kürzlich: „Zur Not müssen wir einmal drei Wochen lang die Praxen schließen! Erst dann wird vielleicht einmal klar, dass wir systemrelevant sind – und zwar immer, nicht nur in Krisenzeiten.“ Eine solche Forderung stellt man nur, wenn man echtes Unbehagen mit seiner Situation empfindet.

Für die Umsetzung solcher Aktionen aber braucht man einen hohen Organisationsgrad. Doch genau hieran hapert es. Denn die jungen Kolleginnen und Kollegen wachsen mit dem Selbstverständnis auf, dass man nicht alles leisten muss, um alles zu bekommen. Zusammen mit den älteren Semestern, die sich aus der Versorgung verabschieden, befeuern sie den Mangel in den Krankenhäusern und Praxen. Dass das System dennoch zusammengehalten wird, liegt an Kolleginnen und Kollegen, die den Mangel mit zu großem Einsatz wettmachen. Sie verzichten auf die Freizeit, die sich die jüngere Generation zu Recht und ohne Gewissensbisse einfach nimmt. Doch das Engagement hat einen hohen Preis: Es führt zu Unzufriedenheit und privaten Problemen. All dies sind Entwicklungen, die unser Beruf nicht verdient.

Lassen Sie uns den Streit mit Behörden und Parteien eskalieren und demokratisch unsere Interessen wieder stärker durchsetzen. Die Vorstellung, mit Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach am Tisch zu sitzen und ihn zu beeinflussen, ist eine Illusion – und eine undemokratische noch dazu. Lauterbach kennt nur Lauterbach. Er hatte noch nie Freunde, die nicht von ihm abhängig waren. Er muss erkennen, dass nicht alle seine Gegner Querdenker, Spinner und Verrückte sind.

Viele von Ihnen bekommen zurzeit Post von Firmen, die Ihre Praxis übernehmen wollen. Es geht dabei nicht um Praxen auf dem Land, die einen Allrounder benötigen, der die Versorgung auf dem Land sichert. Diese Firmen sind auf der Suche nach Praxen, die durch starke Spezialisierung in attraktiven Flächen maximalen Umsatz abwerfen.

Aus unternehmerischer Sicht eine logische Denkweise. Meist wird dadurch aber die Versorgung so weit eingeschränkt, dass die dabei entstehenden Konstrukte gar keine Grundversorgung mehr anbieten. Notleidende sind zum einen die Patientinnen und Patienten – aber auch die Ärztinnen und Ärzte, die übrigbleiben und Grundversorgung sichern.

Die chirurgische Grundversorgung ist in Gefahr

Wer einen chirurgischen Sitz innehat, aber keine Abszesse aufschneiden kann, gehört nicht zu den Grundversorgern. Diese Botschaft müssen wir in die Selbstverwaltung tragen! Denn was geschieht mit den chirurgischen Patientinnen und Patienten, wenn ein chirurgischer Sitz zu einem orthopädischen gemacht wird? Sollen sie von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung in der Klinik behandelt werden, die bereits heute heillos überfordert sind?

Die großen Themen unseres ärztlichen Selbstverständnisses können wir nur untereinander in den Kammern und als Verbände mit der Politik klären. Denn jemand, der eine Weiterbildung in Chirurgie oder Orthopädie und Unfallchirurgie absolviert hat, kann mehr als nur zum MRT überweisen und individuelle Gesundheitsleistungen verkaufen!

Andere Themen hingegen gehören in die breitere Öffentlichkeit. Hierzu zählt der anstehende Konnektorentausch, an dem sich hervorragend illustrieren lässt, wie Behörden weiterhin mit unseren Geldern umgehen. Die vorhandenen Konnektoren für Updates zu nutzen, ist angeblich nicht möglich – entsprechend wird sich die PVS-Industrie erneut eine goldene Nase mit unnützen Dingen verdienen. Dabei sollte man – nicht zuletzt auch aus Nachhaltigkeitsgründen – einmal darüber nachdenken, wie sinnvoll es ist, eine Box nach fünf Jahren zum Elektroschrott zu erklären. Und natürlich entzieht dieser Tausch dem System wieder Geld, das besser für die Versorgung von Patientinnen und Patienten eingesetzt werden sollte.

MDK-Gutachten schreiben statt Leistenhernien operieren

Trotz all dieser Widrigkeiten streben mehr junge Menschen in die Medizin als in andere Berufsbilder. Die Zahl der Studienplätze reicht bei weitem nicht aus, obwohl deren Anzahl langsam steigt und auch ausländische Universitäten unseren ärztlichen Nachwuchs mit ausbilden. Grundsätzlich fehlendes Interesse an Medizin ist also nicht unser Problem. Der Zeitpunkt, an dem wir unsere für die Patientenversorgung dringend benötigten Kolleginnen und Kollegen verlieren, ist die fachärztliche Weiterbildung. An diesem Punkt ihrer Ausbildung entscheidet sich der ärztliche Nachwuchs, lieber Gutachten für den Medizinischen Dienst zu schreiben als Leistenhernien zu operieren.

Denn das Interesse am Lernen wird den Kolleginnen und Kollegen ausgetrieben, wenn das Funktionieren in einem auf Gewinnmaximierung ausgelegten System über dem Behandeln erkrankter Menschen steht. Wir sind deshalb dazu aufgerufen, wieder Vorbilder zu sein. Bilden Sie neue Fachärztinnen und Fachärzte aus! Leben Sie vor, dass es erstrebenswerter ist, Menschen zu helfen als Menschen zu verwalten!

Jan Henniger

Geschäftsführender BNC-Vorsitzender
und niedergelassener Chirurg

GECO-Frankfurt
Gotenstraße 6–8
65929 Frankfurt
Tel.: 069 310646-15
henniger@bncev.de
www.bncev.de



Foto: Henniger

Fachärztliche Weiterbildung gehört in ambulanten Bereich

Voraussetzung hierfür ist aber auch, dass wir als chirurgische Praxen bei der Ausbildung des Nachwuchses nicht draufzahlen. Die Chirurgeninnen und Chirurgen, die jetzt in die Vertreterversammlungen der KVen gewählt wurden und werden, werden hoffentlich dafür sorgen, dass Förderungen der Weiterbildung für unsere Fachgruppe verfügbar sind und bedarfsgerecht eingesetzt werden – ohne unverständliche Ausschlüsse, etwa in Form einer Förderrichtlinie, nach der ein Chirurg überwiegend konservativ arbeiten muss, damit er entsprechende Gelder abrufen darf. Auch die Verteilung der Förderung zwischen der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgungsebene ist einfach ungerecht. In Zeiten zunehmender Ambulantisierung brauchen wir Fachärztinnen und Fachärzte, die in der ambulanten Versorgung ausgebildet werden. Denn nur dort wird vermittelt, was z.B. nach einer Operation passiert. Kliniken decken längst nicht mehr die Varianz an Krankheitsfällen ab, um den Nachwuchs wirklich breit auszubilden.

Die Klinken werden längst ausschließlich betriebswirtschaftlich regiert. Sorgen wir dafür, dass wir nicht noch die ambulante Versorgung aus der Hand geben. Eine ausgezeichnete Gelegenheit, über alle diese Themen zu sprechen, ist auch im kommenden Jahr unser Bundeskongress Chirurgie vom 10. bis 11. Februar 2023 in Nürnberg. Dort können Sie fachliche Weiterbildung mit politischem Austausch verbinden. Dort können wir gemeinsam diskutieren, welche Zukunft wir Ärztinnen und Ärzte uns wünschen und wie wir unsere Ziele erreichen können. Vielleicht kommt bei unserem Austausch ja tatsächlich heraus, dass wir einmal geschlossen drei Wochen lang unsere Praxen schließen und gleichzeitig in den Urlaub fahren. Dann würden Politik, Selbstverwaltung und Krankenkassen feststellen, dass wir es sind, die sie vor dem Zorn der potenziellen Wählerinnen und Wähler beschützen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, nun habe ich mich doch wieder an die Schwelle zur Depression geschrieben beim Gedanken an so viel Unsinn und die unschönen Begleiterscheinungen unseres Berufes. Genießen Sie die verbleibenden Sommertage und tanken Sie auf. Denn im Herbst haben wir viel zu tun. Und damit Sie auch bei der Stange bleiben, nicht vergessen: Chirurgeninnen und Chirurgen sehen einfach am besten aus!

Mit den besten kollegialen Grüßen, Ihr Jan Henniger

1. Vorsitzender des BNC

Leitartikel BAO

Die neueste Variante eines Inkompetenz-kompensationskompetenzgesetzes

Wo bleibt wieder einmal die Qualitätssicherung in der Gesundheitspolitik zum Schutz von Patientinnen, Pflegenden, medizinischen Assistenzberufen und Fachärztinnen? Oder komprimiert ausgedrückt: Hat Bundeskanzler Olaf Scholz in seinem Krisenbauchladen noch den nötigen Überblick?

Von Dr. Christian Deindl

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das angesagte „Alles klar zur politische Wende“ gerät zur unfreiwilligen Patenthalse. Ein Schreckgespenst nach dem anderen segelt durch die Medienlandschaft, immer mit jeweils mindestens drei verschiedenen Regierungsmeinungen und nicht weniger oppositionellen Appendizes im Gepäck. Durch das Ausrufen immer neuer Probleme vermeidet die verantwortliche Politik geschickt die Lösung bereits bestehender und selbstverursachter Herausforderungen.

Bestens bewährt hat sich in diesem Kontext das politische Narrativ der Kostenexposition im Gesundheitswesen und des von Koalition zu Koalition überlieferten Spardiktats. Mit Ausnahme einer damit unweigerlich einhergehenden ausufernden planwirtschaftlichen und patientenfernen Bürokratie. Statt Hippokrates herrscht nun Bürokrates und macht vor keinem Patienten- und Sprechzimmer mehr halt. Jeder dafür abgezweigte Euro ist aus ordnungspolitischer Sicht gut angelegtes Geld.

Auf dem Weg in die medizinische Versorgungswüste

Mit der Patientenbrille gesehen handelt es sich hingegeben um Zweckentfremdung, die geradewegs in die medizinische Versorgungswüste führt. Ein Prozess, der durch die wortbrüchige ministerielle Rücknahme der Vergütung und somit bewusste Streichung zusätzlich benötigter Facharztsprechstunden gezielt beschleunigt wird. Und ist erst einmal die ambulante Facharztmedizin erfolgreich ruiniert, sind parallel dazu periphere Krankenhäuser und deren Betten wegzentralisiert, dann werden EBM und GOÄ ihrer dualen Existenz verlustig und in einer einheitlichen Minimalversicherung auf-, nein, untergehen.

Dabei verstärkt eine reduzierte flächendeckende und wohnortferne medizinische Versorgung unweigerlich die chronisch beklagte wirtschaftliche Talfahrt. Eine solide, sprich transparente, leistungs- und qualitätsgerechte und kostendeckende Finanzierung aller medizinischen Standorte im Rahmen der anstehenden Ambulantisierung über den Mindestzeitraum der nächsten fünf Jahre wäre ein konkretes Fahrmanöver, um aus dem jahrelangen Schlingerkurs wieder in die richtige

Spur zu kommen. Leider greifen immer wieder Wirtschaftslobbyisten verantwortungsfrei ins Regierungsgeschäft ein und wissen geschickt ihren überfälligen Beitrag für ein nachhaltiges Gesundheitssystem zu verhindern und ihre eigenen Boni leistungsunabhängig zu mehren. Zu sehr haben sich die Nutznießer des medizintechnischen Fortschrittes und medizinisch bestens versorgte Arbeitnehmerinnen an die (Selbst-) Ausbeutung von Pflegenden und Ärztinnen in Klinken und Praxen gewöhnt, um deren Bedürfnisse noch wahrzunehmen.

Aber noch gelten demokratische Spielregeln und das Rechtsstaatsprinzip auch im Gesundheitswesen. Nicht von ungefähr hat das Bundesverfassungsgericht verfügt, dass der Gesetzgeber alle wesentlichen Entscheidungen selbst treffen muss und die Verantwortung nicht per Delegation abgeben darf. Aber exakt dies tut er auf Landes- und Bundesebene, indem er die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zum Handlanger seiner gerade aktuellen Ideologie macht. Und wenn medizinische Qualität eines nicht trägt, dann ist es genau letztere. Bundeskanzler Olaf Scholz wusste genau, wen und wessen Ideologie er sich ins Gesundheitsministerium holt, hat er doch beides wohlwollend lange mitbegleitet.

Rechtsstaatsprinzip und Bestimmtheitsgrundsatz

Darüber hinaus garantiert der Bestimmtheitsgrundsatz, dass Betroffene aus der Norm die Voraussetzungen und den Umfang der Beschränkungen ablesen können müssen, um ihr Verhalten danach auszurichten. Die intransparente GKV-Tradition von Ärzte-Regressen widerspricht diesem Grundsatz und ist auf Verunsicherung, Stresserzeugung und Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit ausgelegt. Niedergelassene Fachärztinnen haben diese Vorgaben nicht selbst zu verantworten. Sie agieren vor dem wechselnden Hintergrund politischer Entscheidungen und zugleich als Anwälte ihrer Patientinnen innerhalb der immer wieder neu definierten Grenzen des solidarischen Gesundheitswesens mit medizinischer Kompetenz und Expertise.

Bevor nun der jüngste Gesetzescoup seine sowohl für Patientinnen als auch für selbständige, niedergelassene Fachärztinnen lebens- und existenzbedrohende Wirkung voll entfalten kann, sind die gesamte

Fachärzteschaft und ihre Berufsverbände gut beraten, diese grundgesetzlichen Kausalitäten öffentlich zu diskutieren und sich nicht weiter an der Beratungsresistenz politischer Entscheidungsträger abzuarbeiten. Auch wenn die Bundesministerin für Bildung und Forschung wie folgt zitiert wird: „Die Politik hat noch nie so viel Bedarf an wissenschaftlicher Beratung gehabt“, und sich selbst davon ausschließt.

Exakt diese Beratung in Bezug auf Ambulantes Operieren, dessen Qualitätsstandards und angemessene Vergütung bietet der BAO seit 30 Jahren kompetent und kontinuierlich an! Aber er biedert sich nicht an, denn für jegliche Art bisheriger politischer Hohlraumversiegelung ist die Zeit definitiv abgelaufen! Vom Präsidenten der Bundesärztekammer (BÄK) verzweifelt empfohlenes Fingerhakeln bedeutet in der Regel, dass eine Partei über den Tisch gezogen wird. Bisher waren es ausschließlich Funktionäre der ärztlichen Selbstverwaltung, welche die dabei verspürte Reibungsenergie immer noch als angenehme Wärme und Zuwendung in einem politischen Umfeld voller sozial- und gesundheitspolitischer Kälte empfinden mögen. Ein Schelm, wer dabei auch an Honorarverhandlungen und deren hochpeinliche Resultate, an die fehlende gesundheitspolitische Würdigung für ambulante Operateure und Anästhesisten sowie deren engagierten professionellen Teams aus qualifizierten Mitarbeiterinnen denkt.

Das Konkrete schlägt das Allgemeine

Dann doch lieber an eine wirkliche Zeitenwende, auch im Gesundheitswesen. Den bisher unerreichten Gipfel an Zumutung bezwang Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach durch seine strikte Ablehnung eines Corona-Bonus für MFA, seine medialen Sherpas räumten die eine oder andere Empörungswelle beiseite. Zu lange sind wichtige politische Entscheidungsträger in Bezug auf das komplexe Gesundheitswesen immer im entscheidenden Moment parallel zu den eigenen Kernkompetenzen unterwegs. Wer weiterhin ergebnisloses Reden als bloßen Selbstzweck und zur eigenen Existenzvergewisserung sieht, vergeudet mit Sicherheit die knappe und deshalb wertvolle Zeit, die zum gemeinsamen Handeln erforderlich ist und noch verbleibt.

Über Ambulantisierung und Ambulantes Operieren zu sprechen, aber weder die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen noch die ebenso wichtigen Ressourcen dafür zur Verfügung zu stellen verhindert weiterhin wichtige Strukturreformen und deren realistische Umsetzung zum Schaden des Allgemeinwohls. Gerade ambulant-operative Medizin mit kostenintensiver Struktur- und Prozessqualität darf nur untervergütet gelebt werden. Mit der drastischen Folge, dass nach erfolgter Ausbildung immer mehr Pflegende und Ärztinnen sich selbst von der aktiven Medizin und von ihren einstigen beruflichen Idealen fernhalten. Besser kann man ordnungspolitisches Versagen nicht dokumentieren. Für Kliniken und Praxen sind Qualitätsmanagement (QM) und Kennzahlen verpflichtend, wieso nicht auch für gesundheitspolitische Institutionen und deren Entscheidungsträger?

Politik badet gerne lau im Allgemeinen und übersieht ebenso gerne, dass das Konkrete das Allgemeine immer schlägt. So muss man bei der anstehenden Ambulantisierung und der geplanten Ausweitung

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

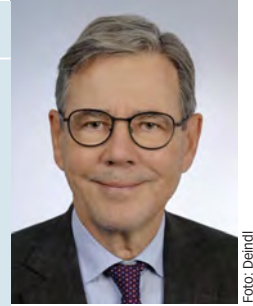


Foto: Deindl

des Ambulanten Operierens in die Details gehen und diese zu einem transparenten Regelwerk zusammenfügen. Der große Wurf gelingt selten mit einem ganz großen – noch dazu falschen – Schritt und fällt der Selbstüberschätzung der Verantwortlichen zum Opfer, deren Hauptfehler es ist, die Macht der vielen kleinen Schritte zu unterschätzen.

Der BAO trägt seit 30 Jahren maßgeblich zu diesen Fortschritten beim Ambulanten Operieren bei und gedenkt dies auch weiter engagiert zu tun, zumal es der Pandemieminister tunlichst unterlässt, dringende andere Dinge anzuschieben. Fundierte Gegenmeinungen werden schlicht negiert, angeblich immer im Konsens mit einem Expertenteam, das sich selbst die Frage stellen muss, ob sich die guts herrenartige Zäsur in die ökonomische Existenz von Facharztpraxen mit der eigenen wissenschaftlichen Expertise vereinbaren lässt.

Unternehmerische Selbstbestimmung wird beschnitten

Im Gegenzug beginnt Gesetzgebung, sich jeder Vernunft und fachlichen Kontrolle zu entziehen und in politische Willkür umzuschlagen, damit das elementare Recht auf die berufliche und unternehmerische Selbstbestimmung von niedergelassenen Fachärztinnen zu beschneiden und am Ende gar die rechtsstaatliche Pflicht zur flächendeckenden und wohnortnahen medizinischen Daseinsfürsorge gänzlich aus Partei- und Regierungsprogrammen zu streichen.

Diese Lücke auf dem heimischen Gesundheitsmarkt zu schließen, ist und bleibt eine der Hauptaufgaben des BAO und der von ihm vertretenen ambulanten Operateure und Anästhesistinnen. Präsident und Vize-Präsident waren in ihren jungen Assistentenjahren aktiv im Streit um die Überstundenbezahlung an bayerischen Universitätskliniken involviert. Diese Frage ist geklärt! Identisch verhält es sich mit der Nicht-Honorierung erbrachter fachärztlicher Leistungen in Praxen und Kliniken, auch im Rahmen der anstehenden Ambulantisierung.

Für jeden seriösen Berufsverband gilt in Anlehnung an die Odyssee (1. Gesang, Vers 303), wenn die Göttin Athene Odysseus Sohn Telemachos ermahnt: „...zeige Dich wehrhaft, damit auch spätere Generationen gut von Dir reden...“ In diesem Sinn wird der BAO weiterhin seine Verantwortung für das Projekt ‚Ausbau und Förderung des Ambulanten Operierens‘ engagiert wahrnehmen und seine Botschaften nach wie vor ins eulenarme Berlin tragen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen, Ihr Dr. Christian Deindl

BAO-Präsident

BAO-Regionalkonferenzen

Rechtssicherheit bei Hygiene, Datenschutz, Arbeitssicherheit und Cyberkriminalität

Von Tamara Dietze

Zur Sicherung der Kontakte in alle Regionen hinein hat der BAO-Bundesvorstand Anfang des Jahres beschlossen, künftig neben dem jährlichen Kongress in Nürnberg im Februar je Himmelsrichtung eine Veranstaltung zu jeweils gleichen Themen zu veranstalten.

Alle vier regionalen Veranstaltungen in diesem Jahr standen unter der Überschrift ‚Rechtssicherheit in der Praxis – aktuelle Herausforderung für ambulante Operateure und Anästhesisten‘.

Vertraute, intensive und kollegiale Gespräche

Am **18. Juni 2022 in Bremen** wurde neben den gängigen Themen, die auch Gegenstand der jährlichen Belehrungen sind (Hygiene, Arbeitssicherheit, Datenschutz), das Thema Cyberkriminalität diskutiert – von erlebten Schädigungen bis hin zu vorbeugenden Maßnahmen. Dr. Rüdiger Werbeck berichtete als Hamburger Kinderchirurg über Patientensicherheit und Schmerzmanagement in der ambulanten Kinderchirurgie, indem er die gesamten abgestimmten Abläufe vorstellte. Zu guter Letzt informierte BAO-Präsident Dr. Christian Deindl über die erwarteten Erkenntnisse durch das IGES-Gutachten.

Es blieb aber auch Zeit für den persönlichen Austausch, bei dem sich vertraute, intensive und kollegiale Gespräche zwischen den anwesenden Praxisinhabern anbahnten – der wirkliche Mehrwert der BAO-Mitgliedschaft, in dem die unterschiedlichsten operativ tätigen Fachrichtungen vertreten sind. Neu gegründete Praxen, die sich gleich zum Start ihrer Praxistätigkeit zur Mitgliedschaft entschlossen haben, waren ebenso dabei wie Kollegen, die erst wenige Jahre in der Praxis aktiv sind, und ‚alte Hasen‘ wie z. B. Dr. Gerd-Dieter von Koschitzky aus Walsrode und Dr. Jörg Hennefründ aus Oldenburg, die im Landesverband Niedersachsen mit ihrer Genossenschaft und sonstigen Aktivitäten Mehrwert für die Kollegen stiften. Freundlicherweise unterstützte uns die Firma HWV mit der Bereitstellung des Raums und Verköstigung der Teilnehmenden.

Am **9. Juli 2022 in Erfurt** setzten andere Referenten und Teilnehmende etwas andere Akzente. Beim Thema Hygiene, das von einem Spezialisten der Firma B. Braun und einer anästhesiologischen Kollegin und Hygieneärztin vorgestellt wurde, lag der Fokus auf der Vorbereitung auf angekündigte Amtsbegehungen in der Region. Von allen mit höchster Aufmerksamkeit verfolgt wurde die Schilderung von Dr. Frank Leppin, Kinderchirurg in Erfurt, über die katastrophalen Auswirkungen eines Wasserschadens durch ein geplatztes Heißwasserrohr. Glück-

Tamara Dietze

Geschäftsführerin
Bundesverband Ambulantes Operieren
Joachim-Karnatz-Allee 7
10557 Berlin
Tel.: 030 31958413
buero@bao.berlin
www.operieren.de
www.op-netzwerk.de



Foto: Dietze

licherweise konnte er den Wiederaufbau der Praxis angehen, um weiterhin kleine Menschen in Erfurt sicher und wohnortnah zu behandeln, damit sie in vertrauter Umgebung gesund werden können.

Prognosen für die künftige AOP-Landschaft

Außerdem konnte Dr. Deindl in Erfurt bereits von einer spannenden Veranstaltung am **6. Juli 2022 in Berlin** berichten. Ausgerichtet von der Firma RS Medical Consult, diskutierten dort Experten aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens über Ambulantisierung und sektorunabhängige Vergütung. Mit von der Partie waren u. a. Dr. Gerald Gass (Deutsche Krankenhausgesellschaft), Prof. Josef Hecken (Gemeinsamer Bundesausschuss), Prof. Boris Augurzky (RWI-Institut), Dr. Martin Albrecht und Prof. Thomas Mansky (Mitverfasser des IGES-Gutachtens), Johannes Wolff (GKV-Spitzenverband) und Dr. Bernhard Gibis (Kassenärztliche Bundesvereinigung). Sie diskutierten Prognosen für die zukünftige Landschaft des Ambulanten Operierens miteinander und mit dem Publikum, in dem neben drei Vertretern des BAO auch vier Kollegen der Praxisklinik-Gesellschaft (PKG) saßen, die sich alle kompetent zum erwartbaren Geld- und Leistungsfluss äußerten.

Im zweiten Block hatten die Leistungserbringer das Wort: Während Dr. Winfried Leßmann und Dr. Axel Paeger alternative Praxisstrukturen vorstellten, stellte BAO-Präsident Dr. Deindl die Einschätzung der ambulant operierenden Praxen dar. Bei aller Bereitschaft zum Gespräch waren an diesem Tag kontroverse Einschätzungen zu hören.

Weitere BAO-Regionalkonferenzen in diesem Jahr:

- ▶ BAO-Symposium NARKA am 04.09.2022 (Berlin),
- ▶ BAO-Symposium 62. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie am 08.10.2022 (Garmisch-Partenkirchen),
- ▶ BAO-Symposium 55. HNO-Kongress am 29.10.2022 (Mannheim). ◀

Operateure und Anästhesisten im BAO

ambulant, interdisziplinär, freiberuflich

BAO BUNDESVERBAND AMBULANTES OPERIEREN E.V.

www.operieren.de



Der BAO engagiert sich für die

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

Der BAO bietet seinen Mitgliedern

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

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

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

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

EIN BEITRITTSFORMULAR FINDEN SIE AUF DER INTERNETSEITE DES BAO UNTER

www.operieren.de/content/e3247/e6292

Ärztlicher Nachwuchs

Thüringen zeigt Studierenden Wege in die ambulante Medizin

Ärztliche Leistungen werden zunehmend in den ambulanten Bereich verlagert. Folglich muss auch die medizinische Lehre vermehrt in den Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte stattfinden. Dies gilt nicht nur für die fachärztliche Weiterbildung, sondern bereits für das Medizinstudium und das Praktische Jahr.

Von Antje Thiel

Dr. Heike Dorow ist als Chirurgin in Kahla (Thüringen) niedergelassen. Daneben arbeitet sie an der Universitätsklinik Jena und ist am Institut für Allgemeinmedizin im Rahmen des Studiengangs Ambulant-orientierte Medizin (AoM) zuständig für die fachübergreifende ambulante Lehre. Im Interview erläutert sie, warum es so wichtig ist, dass chirurgische Praxen bereits Medizinstudierenden für Praktika als Lehrpraxen offenstehen.

Wie hat es Sie als ambulant tätige Chirurgin ans Institut für Allgemeinmedizin verschlagen?

Dorow: Ich habe während meiner gesamten beruflichen Tätigkeit immer auch begleitend in der universitären Forschung gearbeitet. Insofern hatte ich da keine Berührungsängste. Ich bin aber tatsächlich am Institut für Allgemeinmedizin die einzige Ärztin, die aus einem anderen Fachgebiet stammt. Ich bin zuständig für die ambulante Lehre in Fachpraxen – nicht nur in der Allgemeinmedizin – in der Linie Ambulant orientierte Medizin. Daher sehe ich mich auch als Bindeglied zwischen den Fachgruppen.

Was sind Ihre konkreten Aufgaben bei der Organisation der ambulanten Lehre?

Dorow: Die Medizinstudierenden an der Universität Jena können sich ab dem 6. Semester, nach der Vorklinik, für eine Schwerpunkt-

Dr. Heike Dorow

Die niedergelassene Chirurgin Dr. Heike Dorow ist zuständig für die ambulante Lehre in Fachpraxen in der Linie Ambulant orientierte Medizin



Foto: Uniklinik Jena

linie entscheiden: Klinisch orientierte Medizin, Ambulant orientierte Medizin oder Forschungsorientierte Medizin. Bei ihrer Entscheidung unterstützen wir sie zuerst durch verschiedene Informationsveranstaltungen. In der Linie AoM sind dann Praktika in Praxen verschiedener Fachrichtungen vorgesehen. Ich betreue hierbei den Studiengang Ambulant-orientierte Medizin (AoM) mit und halte den Kontakt zu den Lehrpraxen.

Wieviel Zeit verbringen die Medizinstudierenden dann in den Lehrpraxen?

Dorow: Die praktischen Einsätze in den Praxen verteilen sich über mehrere Jahre. Die Studierenden verbringen pro Semester mindestens drei bis vier halbe Tage in den jeweiligen Praxen. Daneben finden auch theoretische Lehrveranstaltungen statt.

Inwieweit verändert sich durch den Studienzweig AoM das Bild, das Medizinstudierende von der Niederlassung haben?

Dorow: Sie lernen zum einen, wie das ambulante System überhaupt aufgebaut ist. Außerdem erleben sie die Besonderheiten der Niederlassung: freiere Zeiteinteilung, selbstbestimmteres Arbeiten, berufliche Zufriedenheit. Diese Einblicke können dazu beitragen, dass Studierende Ängste oder Vorbehalte gegenüber der Niederlassung und der damit verbundenen Verantwortung abbauen. Manche entdecken auf diese Weise, dass die Niederlassung genau das ist, was sie sich für ihre berufliche Zukunft wünschen. Andere spüren, dass es nicht das Richtige für sie wäre. Und natürlich bekommen die Studierenden in der ambulanten Versorgung einen intensiveren Einblick in das jeweilige Fachgebiet. Insbesondere im chirurgischen Bereich können sie auf diese Weise ein sehr breites fachliches Spektrum kennen lernen. Ich kämpfe deshalb sehr dafür, dass die ambulante Chirurgie stärker in der universitären Lehre verankert wird.

Was bewegt niedergelassene Ärztinnen und Ärzte dazu, sich auf diese Weise in der ambulanten Lehre zu engagieren?

Dorow: Wer mitmacht, hat in der Regel den Wunsch, der jungen Generation etwas weiterzugeben. Diese Kolleginnen und Kollegen berichten oft über den positiven Austausch mit den Medizinstudierenden, zwischen alt und jung. Sie erfahren von den Studierenden, wie es aktuell in der Lehre zugeht. Sie diskutieren mit ihnen über Leitlinien und Forschung in ihrem jeweiligen Fachgebiet. Für manche von ihnen ist dieser Austausch durchaus auch mal ein Anstoß, die eigene Arbeit kritisch zu hinterfragen. Man kann aber nicht leugnen, dass das Programm für die Lehrpraxen auch mit viel Arbeit verbunden ist.

Welche Voraussetzungen muss eine Lehrpraxis erfüllen?

Dorow: Die Lehrpraxis muss eine gewisse Scheinzahl erfüllen und eine Fachärztin oder einen Facharzt haben, die oder der seit mindestens drei Jahren in der Niederlassung arbeitet. Sie muss ein bestimmtes fachliches Spektrum vorweisen und den Medizinstudierenden außerdem eine 1:1 Betreuung bieten. Nach den Einsätzen finden Feedbackgespräche statt, die Lehrpraxen werden auch evaluiert.

Ist es schwierig, ausreichend viele Niedergelassene für diese Aufgabe zu gewinnen?

Dorow: Aktuell haben wir zum Glück einen ausreichend großen Pool engagierter Lehrpraxen. Doch wenn es künftig möglich sein wird, dass der ärztliche Nachwuchs – insbesondere für Innere Medizin und Chirurgie – deutlich mehr Teile des Praktischen Jahrs (PJ) in der ambulanten Versorgung ableistet, dann werden wir weit mehr Lehrpraxen brauchen als heute. Denn dort arbeitet man direkter am Patienten und kann mehr lernen als in der Klinik, außerdem gibt es geregelte Arbeitszeiten. Insofern gehe ich davon aus, dass es großes Interesse am ambulanten PJ geben wird – auch in der Chirurgie.

Deshalb appelliere ich an die chirurgischen Kolleginnen und Kollegen, den Kontakt zu den medizinischen Fakultäten zu suchen und

Möglichkeiten für das Engagement als Lehrpraxis zu eruieren. Nur so können wir das chirurgische Angebot für Medizinstudierende ausweiten und versuchen, den ärztlichen Nachwuchs für die ambulante Chirurgie zu begeistern! ◀

Ärztescout Thüringen: Hilfe beim Weg in die ambulante Medizin

Der Ärztescout versteht sich als zentraler Ansprechpartner zu allen Fragen rund um die ambulante Medizin. Zu den Zielgruppen gehören Medizinstudierende, Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und alle an der ambulanten Medizin Interessierten. Angehende Medizinstudierende können sich auf der Website über Ihren Weg vom Medizinstudium in Jena bis zur vertragsärztlichen Niederlassung in Thüringen informieren. Anhand eines Zeitstrahls können sie ihre jeweils aktuelle Station aufrufen und die verfügbaren Angebote prüfen. Daneben bündelt der Ärztescout Informationen über Veranstaltungen, verschiedene Modelle der Niederlassung und Angebote für die Nachwuchsarbeit.

Ein Baustein dieser Nachwuchsarbeit ist das 2021 gestartete Mentoren-Projekt 2.0. Ziel ist es, neben der frühzeitigen ärztlichen Praxis auch das Interesse für die ärztliche Tätigkeit in den Regionen zu wecken und somit zur Sicherung der flächendeckenden medizinischen Versorgung in Thüringen beizutragen. Insgesamt 20 Plätze stehen den Medizinstudierenden des Universitätsklinikums Jena jährlich zur Verfügung. Die Mentees begleiten die ärztlichen Mentorinnen und Mentoren auf der Station, in der Ambulanz, im OP oder in der Praxis. Die Landesärztekammer Thüringen akquiriert landesweit geeignete Mentorinnen und Mentoren, wobei der Fokus auf den ländlichen Regionen liegen soll.

Kurzlink zum Ärztescout: tinyurl.com/mryjv3hk

Kurzlink zum Mentoren-Projekt 2.0: tinyurl.com/2smnpyhj

Medizinstudium und Praktisches Jahr: Ambulante Lehre gewinnt künftig an Gewicht

Es ist mittlerweile drei Jahre her, seit das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Arbeitsentwurf für eine neue Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) vorgestellt hat. Diese soll 2025 in Kraft treten und dabei helfen, besser auf die Herausforderungen für die künftige ärztliche Versorgung zu reagieren.

Unter anderem stehen Veränderungen beim **Praktischen Jahr (PJ)** an: Es soll künftig in Quartale anstatt Tertiale aufgeteilt werden. Das zusätzliche Pflichtquartal soll in einem ambulanten vertragsärztlichen Bereich – bei freier Auswahl des Fachbereichs – abgeleistet werden. Wie auch bisher verpflichtend im PJ bleiben die Fachgebiete Chirurgie und Innere Medizin. Das vierte Wahlquartal in einem klinisch-praktischen Fachgebiet kann man frei wählen.

Beim zukünftigen vierten Staatsexamen, welches dem derzeitigen dritten Staatsexamen entsprechen wird, ist eine **Prüfung an einem Patienten aus dem ambulanten und aus dem stationären Bereich** vorgesehen.

Die Änderungen haben zur Folge, dass die Fakultäten verpflichtet werden, **Lehrpraxen stärker als bisher in die ärztliche Ausbildung einzubeziehen** und klinische sowie theoretische Inhalte im Studium vom ersten Semester an miteinander zu verknüpfen.

Ob die neue ÄApprO wie geplant 2025 umgesetzt werden kann, ist derzeit allerdings fraglich. Es liegt noch immer **kein entsprechender Gesetzesentwurf** vor. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hatte 2020 Stellung bezogen (siehe Kurzlink tinyurl.com/yc6s8cj5) und strebt an, dass die jeweilige KV über die als Lehrpraxen anerkannten Vertragsarztpraxen durch die jeweilige Universität informiert wird. Die Bundesärztekammer, die ein Jahr später zu den Plänen Stellung genommen hat (siehe Kurzlink tinyurl.com/2p8k4dx8), sieht diese Aufgabe hingegen vorrangig bei den Landesärztekammern.

Vergütung

Perspektiven für die Chirurgie mit Hybrid-DRG?

„Um die Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen zu fördern, setzen wir zügig für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG um“, heißt es im Ampel-Koalitionsvertrag. Eine Einführung in den vieldiskutierten, aber bisher nicht genau definierten Begriff.

Von Dr. Karsten Braun

Die intersektorale Schnittstelle gilt als Schwachstelle im deutschen Gesundheitswesen. Ebenso unterschiedlich sind die Vergütungssysteme: So ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) die Gebührenordnung für den ambulanten kassenärztlichen Bereich. Darin erfolgt eine pauschalierte Kalkulation mit Normkostenansatz, definierten Leistungsbündeln, Berücksichtigung von Arzt- und technischer Leistung mit Modellierung des Zeit- und Kostenaufwands in einem Standardbewertungssystem; die Vollzeittätigkeit für gesetzlich Versicherte soll eine Entlohnung der Arztzeit erbringen, die dem Gehalt eines leitenden Oberarztes entspricht; die Vergütung der Leistung resultiert aus Punktzahl multipliziert mit Orientierungspunktwert.

Demgegenüber erfolgen im stationären Sektor mit dem System der German Diagnosis-related Groups (G-DRG) ein Istkosten-Ansatz und eine statistische Verteilungsrechnung, bei der sämtliche Fallkosten einer Krankenhausstichprobe sowie Diagnosen und Leistungen pro Fall in eine Regressionsrechnung eingehen, um das Relativgewicht je DRG zu ermitteln. Es erfolgt eine jährliche Anpassung; Häufigkeitsänderungen von Diagnosen und Leistungen gehen ein, die Vergütung entspricht dem Produkt aus Relativgewicht und Landesbasisfallwert.

Die bisher inhaltlich und finanziell nicht näher definierten Hybrid-DRG verfolgen den Ansatz, vergleichbare Leistungen sektorenunabhängig und vom Prinzip her preisgleich zu vergüten. Es sollen identische Qualitätsparameter, Dokumentations- und Prüfungsregelungen gelten. Die Wahl der Behandlungsform soll effizienter und ressourcenschonender, unter Beachtung von Qualität und Kosten enger am Bedarf des Patienten ausgerichtet und bürokratieärmer werden.

Theoretisch wäre die Festlegung der Vergütung nach Maßgabe immer desselben Sektors, nach Maßgabe des jeweils leistungsprägenden Sektors („Tarifgeberprinzip“) oder mit eigenständigen sektorenunabhängigen Vergütungsformen denkbar. Eine engere Zusammenarbeit zwischen dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und dem Institut des Bewertungsausschusses (InBA) für den EBM könnte dabei mit einem Mischansatz die Harmonisierung zwischen stationärer und ambulanter Vergütung herbeiführen.



Profiteure der Öffnung der Sektorengrenzen waren bislang vor allem Kliniken

Die Einführung von Hybrid-DRG und der damit zu erwartenden begleitenden Systemveränderungen bietet – je nach Perspektive und in Abhängigkeit von der konkreten Ausgestaltung – verschiedene Chancen, aber auch derzeit nicht genau abzuschätzende Risiken.

Vertragsärzte und Freiberufler-MVZ

Im IGES-Gutachten ‚Perspektiven einer sektorenübergreifenden Vergütung ärztlicher Leistungen‘ von 2018 (siehe Kurzlink tinyurl.com/bdzc3shx) wurde anhand von fünf häufig vorkommenden Fallbeispielen ambulant sensibler Diagnosen gezeigt, dass die unter DRG-Bedingungen zu erzielende Vergütung 1,3-fach bis 16-fach höher war als die unter EBM-Bedingungen. Da gegenüber den Krankenhäusern eine Absenkung von Hybrid-DRG auf EBM-Niveau wegen derer höheren Vorhaltekosten ungerecht wäre, ist zu erwarten, dass Hybrid-DRG höher als im EBM, aber geringer als im DRG-System bewertet werden. Ein in Thüringen durchgeführtes Pilotprojekt mit der Techniker Krankenkasse (TK) arbeitete bei vier Indikationen mit Mittelwerten. Das vertragsärztliche Bedürfnis nach Leistungsgerechtigkeit könnte so eher befriedigt werden. Welcher Anbieter diese Vergütung erhält, ließe sich durch Patientensteuerung beeinflussen – ein Wettbewerbsvorteil

für Niedergelassene, solange kein limitierter Zugang zur Leistungserbringung bestünde, z.B. durch regionale Ausschreibung. Bisher ist der Basisfallwert der Krankenhäuser wegen der Bindung an die Grundlohnrate stärker gestiegen als der Orientierungspunktwert für Vertragsärzte. Eine identische Systematik bei Hybrid-DRG könnte sich bei einer Preisfindung durch ein unabhängiges Institut mit jährlichen Anpassungen wie im G-DRG-System positiv auswirken.

Gesetze zur Öffnung der Sektorengrenzen haben bislang einseitig Kliniken begünstigt, ambulant tätig werden zu können. Hybrid-DRG könnten nun Niedergelassenen die Möglichkeit zur Erbringung kurzstationärer Aufenthalte in Praxiskliniken bieten. Der demografische Wandel lässt einen zunehmenden Bedarf an ‚Low-care‘-Übernachtungen erwarten. Auch kostenintensivere Behandlungen könnten im niedergelassenen Bereich besser darstellbar werden. Falls für Hybrid-DRG ebenfalls das bisher für den stationären Sektor gültige Prinzip der ‚Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt‘ zur Geltung käme, ließe sich das vertragsärztliche Leistungsangebot um innovative Verfahren erweitern.

Andererseits könnte die Bereitstellung ausreichender Kapazitäten Vertragsärzte vor Schwierigkeiten stellen, wenn keine eigenen Einrichtungen zur Leistungserbringung genutzt werden. Hinsichtlich der Investitionen sind Vertragsärzte und von Freiberuflern geführte Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gegenüber den Krankenhäusern benachteiligt: Durch das dualistische Prinzip der Krankenhausfinanzierung erhalten Krankenhäuser ihre technische Ausstattung aus Steuermitteln. Ein fairer Ausgleich dieses Wettbewerbsnachteils wäre nur dadurch zu erzielen, dass diese Ausstattung auch den niedergelassenen Ärzten zur Verfügung stünde bzw. ein entsprechender Ausgleich geschaffen würde. In der Realität wäre dies schwer zu organisieren. Höhere, an Mittelwerten ausgerichtete Vergütungen – wie im TK-Pilotprojekt in Thüringen – könnten keinen dauerhaften Bestand haben und wurden in Äußerungen des Kostenträgers nur als ‚Übergangslösung‘ eingestuft. Realistisch zu erwarten ist eher eine schlechende Annäherung an den EBM.

Vorbild Belegarztwesen?

Ein schon lange in Deutschland existentes und im Prinzip gut gedachtes System zur Überwindung der Sektorengrenzen ist das Belegarztwesen. Darin kommt nicht nur das Krankenhaus im Vergleich mit der Hauptabteilungs-DRG, sondern auch der Belegarzt im Vergleich mit dem ambulanten Operateur deutlich schlechter weg. Eine konzeptionell ähnliche Gestaltung von Vergütungen bei Hybrid-DRG wäre für Leistungserbringer nachteilig. Perspektivisch zu erwarten ist, dass aus sozialer Indikation notwendige Hotelleistungen oder höherer Pflegeaufwand im Rahmen dauerhafter Vergütungsregelungen mehr Berücksichtigung finden werden als im Pilotprojekt. Dies würde dann die Attraktivität für Krankenhäuser erhöhen, im ambulanten Bereich mit MVZ markterweiternd in Konkurrenz zu Vertragsärzten tätig zu werden. Gleichzeitig würden bisher das KV-System begünstigende Zugangshindernisse für Patienten zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus (Überweisungsvorbehalt, ‚ambulant vor stationär‘) deut-

Dr. Karsten Braun, LL. M.

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Ambulantes OP-Zentrum Wertheim
Bahnhofstraße 33
97877 Wertheim
Tel.: 09342 92080
kbraun@facharztzentrum-wertheim.de
<https://op-zentrum-wertheim.de>



Foto: Udo Schäfer

lich reduziert. Kritiker der vermeintlichen ‚doppelten Facharztschiene‘ könnten sich erneut beflügelt sehen, niedergelassene Fachärzte als überflüssig darzustellen.

Der Sachverständigenrat Gesundheit hat in dem von ihm vorgelegten Reformkonzept zur Bedarfsplanung Konzepte zur Harmonisierung von Krankenhausplanung und vertragsärztlichem Zulassungswesen vorgelegt. In Erwägung gezogen wurde auch die Einführung eines dritten Planungsbereichs für Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können. Derartige Planungskonzepte schwächen wahrscheinlich die Stellung der Vertragsärzte und treiben die Substitution ärztlicher Leistungen voran. Dem kollektivvertraglichen System würden weitere Mittel und Einfluss entzogen.

Krankenhäuser

Bisherige EBM-Vergütungen sind für Krankenhäuser unattraktiv. Besser bewertete Hybrid-DRG würden die ambulante Behandlung ambulant behandelbarer Fälle für Kliniken attraktiver machen. Dies gilt insbesondere für Häuser in strukturschwachen Regionen, die zur Verbesserung der Erlössituation vermehrt ambulant behandeln. Die perspektivisch absehbare Konzentration der Notfallversorgung am Standort Krankenhaus mit den integrierten Notfallzentren begünstigt tendenziell eine Zentralisierung der ambulanten und stationären Versorgung am Krankenhaus. Bürokratischer Aufwand für Prüfungen durch den Medizinischen Dienst (MD) könnte entfallen.

Andererseits mindern Verlagerungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich die stationäre DRG-Erlössituation des Krankenhauses. In letzter Konsequenz werden stationäre Bettenzahlen auf den Prüfstand gestellt und Konzentrierungsprozesse auf wenige Klinikbetreiber unterstützt. Während im ambulanten monistischen Finanzierungssystem bei EBM-Vergütungen auch Anteile für Investitionen enthalten sind, erfolgt die Krankenhausfinanzierung in Deutschland nach dem dualen System. Investitionen fließen nicht in die Kalkulation der DRG-Vergütung ein, sondern werden theoretisch durch die steuerfinanzierte Förderung der Bundesländer gedeckt.

Die bereitgestellten Landesmittel reichen in der Realität für die Investitionserfordernisse der Krankenhäuser oft nicht aus. Investitionen können daher bisher durch stationäre Fallzahlsteigerungen im DRG-System zum Teil mitfinanziert werden. Eine Ambulantisierung mit Hybrid-DRG nimmt Krankenhäusern diese Möglichkeit, was sie vor wirtschaftliche Schwierigkeiten stellen könnte, sofern keine neuen ►

Chirurgen Magazin + BAO Depesche 107: **Autoren gesucht**



Foto: Pixabay

In eigener Sache

Autoren gesucht zum Thema Unfallchirurgie in Heft 107 – Ausgabe 1.2023

Für Ausgabe 1.2023, die am 27. Januar 2023 erscheinen wird, möchten wir uns in der Rubrik ‚Medizin‘ schwerpunktmäßig mit dem Thema Unfallchirurgie beschäftigen. Wir suchen Autorinnen und Autoren, die aus der Praxis für die Praxis unter Berücksichtigung der aktuellen Studienlage über unfallchirurgische Themen (operative vs. konservative Frakturbehandlung, Extremitäten- und Gelenkverletzungen, Kindertraumatologie, D-Arzt-Wesen, 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 fachlichen wie berufspolitischen Sitzungen beim Deutschen Kongress Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2022 (intersektorale Zusammenarbeit, unfallchirurgischer Nachwuchs, Zentrenbildung, Digitalisierung etc.). 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 16. Dezember 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

Systeme der Investitionsfinanzierung geschaffen würden. Krankenhäuser mit vielen Hybrid-DRG-Fällen ohne Übernachtung wären wirtschaftlich bessergestellt, eine entsprechende Risikoselektion des Patientengutes könnte zum Nachteil anderer Häuser erfolgen.

Generell sind die heute oft peripheren Krankenhausstandorte mit längeren Anfahrtswegen für ambulante Patientenbehandlung nicht unbedingt vorteilhaft. Die bestehenden baulichen Verhältnisse sind in vielen Krankenhäusern für ambulante Leistungserbringung suboptimal; eine kurzfristige Umorientierung zur ambulanten Medizin könnte für viele Krankenhäuser schwierig werden.

Kostenträger

Hybrid-DRG verringern die Anreize für Niedergelassene, Patienten stationär einzuweisen, wenn ambulante Behandlung möglich ist. Investition in ärztliche Versorgung kann die Zahl der Krankenhausfälle reduzieren. Hybrid-DRG bieten die Chance, dass sich die Behandlungskonzepte durchsetzen, welche unter medizinischen und ökonomischen Gesichtspunkten die besten Ergebnisse liefern. Begleitend zur Einführung können verbindliche und einheitliche Qualitätssicherungsmaßnahmen etabliert werden. Eine Kostenneutralität könnte realisiert werden, wenn das gesamte Ausgabenvolumen für die jeweilige Leistung auf den Gesamtbetrag zuvor ambulant und stationär vergüteter Leistungen gedeckelt würde. Bürokratischer Aufwand für Prüfungen durch den Medizinischen Dienst könnte entfallen.

Jedoch basiert die Vergütung ambulanter Eingriffe nach EBM auf veralteten, empirisch erhobenen Kostenkalkulationen, die gestiegene Kosten wie für Personal, Hygiene und neue rechtliche Vorgaben unzureichend berücksichtigen. Obwohl es sich größtenteils um extrabudgetäre Leistungen handelt, begünstigt die veraltete Kalkulationsgrundlage die Krankenkassen zum Nachteil der Leistungserbringer. Im Bereich der stationären DRG hingegen ist es üblich, die Höhe der Vergütungen jährlich den tatsächlichen Kosten anzupassen. Brächten Hybrid-DRG ebenso eine jährliche Neukalkulation durch ein unabhängiges Institut auf Basis der Istkosten mit sich, wäre für Kostenträger mit einem Anstieg der Kosten zu rechnen.

Fazit

Akteure im Gesundheitswesen werden genau beobachten und sollten mitgestalten, wie künftige Hybrid-DRG aussehen werden. Im chirurgischen Bereich werden gewiss viele Hybrid-DRG definiert. Fair erscheint z.B. die Idee einer identischen Bewertung von Eingriffen unabhängig vom Ort der Durchführung und ein Zuschlagssystem, welche das jeweilige Setting – ambulant oder stationär – abbildet. Klug wäre, wenn sich beide Sektoren vor Verhandlungen mit Dritten einigen würden. Frieden im System kann nur gelingen, wenn Fallzahllimitierungen und Ausschreibungen, die bestimmte Leistungserbringer ausschließen, vermieden werden.

Erstmals erschienen im BVOU-Infobrief 1/22, der Mitgliederzeitschrift des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.

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
Telefon 09436 902294

ANC Rheinland-Pfalz

Dr. Jörg Fischböck
Maximilianstraße 12
67433 Neustadt/Weinstraße
Telefon 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 8a, 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. 6D, 22941 Jersbek
Telefon 04532 2687560
E-Mail info@bncev.de

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

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

LAO Berlin e.V.

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

LAO Brandenburg e.V.

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

LAO Hamburg e.V.

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

LAO Niedersachsen e.V.

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

Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO)**Präsident**

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

Vizepräsident

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

Schatzmeister / Synopse PKG

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

Schriftführer

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

Beisitzer internat. Beziehung / IAAS

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

Beisitzerin

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

Beisitzer / IT

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

Beisitzer / AND

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

Ehrenpräsident

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

BAO Geschäftsstelle**Geschäftsführerin**

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

Mitgliederverwaltung

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

KV Thüringen, KV Saarland, KV Sachsen, KV Hamburg, KV Mecklenburg-Vorpommern

Chirurgen als starke Stimmen für die selbstbestimmte ärztliche Freiberuflichkeit



Foto: Menzel

Dipl.-Med. Ingo Menzel (Weimar)

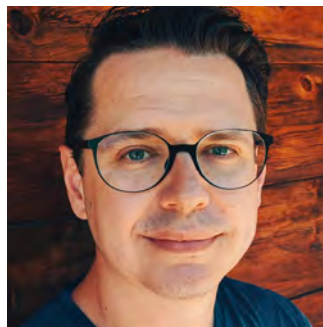


Foto: Hell

Michael Hell (Homburg)



Foto: SÄK

Prof. Jörg Hammer (Leipzig)

In einer ganzen Reihe von Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sind die Stimmen bereits ausgezählt. Hier ein Überblick über die Regionen, in denen chirurgische Kandidaten in der nächsten Vertreterversammlung (VV) vertreten sind.

Als Chirurg und Orthopäde/Unfallchirurg mit eigenem ambulanten OP-Zentrum in Weimar ist Dipl.-Med. Ingo Menzel über die Facharztliste in die VV der **KV Thüringen** eingezogen. „Ich danke allen Unterstützern für das Vertrauen in meine Wahl. Immerhin habe ich das zweitbeste Facharzt-Ergebnis erzielen können“, berichtet er, „damit will ich auch weiterhin eine feste Stimme für die freie Berufsausübung darstellen.“ Menzel versteht sich als natürlicher Interessenvertreter aller ambulant tätigen Chirurgen, Orthopäden/Unfallchirurgen sowie aller ambulanten Operateure und Anästhesisten. „Ich will Verantwortung übernehmen zur Wahrung unserer selbstbestimmten Freiberuflichkeit, Erreichung auskömmlicher und gerechter Honorierung, Gestaltung unserer zukünftigen Versorgungslandschaft und Förderung des ärztlichen Nachwuchses im ambulanten Bereich“, betont der Chirurg, der bereits auf langjährige berufspolitische Erfahrungen in Ärztekammer-Gremien und KV-VV sowie Berufsverbänden auf Landesebene (ANC Thüringen) als auch Bundesebene zurückblickt (Kontakt: Dipl.-Med. Ingo Menzel, Tel.: 03643 850920, chirurgie-weimar@t-online.de).

Im Südwesten der Republik sind gleich drei Vertreter der operativen Fachgebiete in die VV der **KV Saarland** eingezogen. Neben Dr. Daniel Bastian (St. Wendel) werden als KV-Novizen auch Dr. Henrik Lind (Illingen) und der Homburger Orthopäde und Unfallchirurg Michael Hell einen Sitz in der nächsten VV haben. Letzterer ist 38 Jahre alt, erst seit drei Jahren niedergelassen und meint: „Wir haben es mit einem Bundesgesundheitsministerium zu tun, das gern von oben über uns bestimmt und müssen uns außerdem gegen eine starke Krankenhaus-Lobby behaupten. Ich möchte mitgestalten anstatt gestaltet zu werden. Schließlich habe ich noch 30 Jahre Berufsausübung vor mir und will, dass das ein zufriedenstellendes Tätigkeitsfeld bleibt“, sagt er.

Die Haltung mancher älterer Fachkollegen, die den Nachwuchsmangel und das fehlende berufspolitische Engagement der jüngeren Generation beklagen, kann er nur bedingt nachvollziehen: „Ich habe den Eindruck, dass viele den ärztlichen Nachwuchs nicht gezielt genug

ansprechen“, meint er. Allgemein gehaltene Schreiben an die Chefarztetagen der Kliniken landeten allzu oft nur irgendwo im Posteingangskorb und erreichten die Zielgruppe nicht. Hinzu kommt: „Eine Mitgliedschaft in den Berufsverbänden ist mit deren aktueller Altersstruktur und Geschlechterverteilung für den ärztlichen Nachwuchs lei-

der nicht so attraktiv“, erklärt Hell. Neben einer besseren Ansprache des chirurgischen Nachwuchses möchte er sich innerhalb der KV und auch innerhalb der operativen Fächer für eine stärkere Vernetzung einsetzen. Insbesondere die immer noch vorhandenen Gräben zwischen Chirurgie und Orthopädie/Unfallchirurgie möchte er überwinden: „Wir werden bei der Weiterbildung, bei den Arztsitzen und bei der Abrechnung zusammengeführt – da können wir uns das alte Lagerdenken nicht mehr erlauben“, meint der Unfallchirurg und betont: „Ich bin offen für Fragen aller Kolleginnen und Kollegen, sei es zur Abrechnung oder sei es zum Thema Praxisgründung.“ (Kontakt: Michael Hell, Tel.: 06841 755057, hell.michael@gmail.com)

Im äußersten Osten haben zwei niedergelassene Chirurgen ihre VV-Sitze verteidigen können. In der **KV Sachsen** werden ab Januar 2023 Dr. Hagen Bruder (Dresden) und Prof. Jörg Hammer (Leipzig) chirurgische Interessen vertreten. Für Prof. Hammer geht es dabei vor allem darum, die chirurgische Weiterbildung an die veränderten Rahmenbedingungen anzupassen: „Wir müssen mehr Weiterbildungsinhalte in den ambulanten Bereich verlagern und junge Ärztinnen und Ärzte motivieren, im Anschluss auch ambulant zu arbeiten. Das bedeutet, dass aber auch zunehmend vertragsärztliche Praxen als Ausbildungspraxen zur Verfügung stehen müssen – und dass die entsprechenden Förderstrukturen verbessert werden.“

Was den vielzitierten Generationenkonflikt zwischen älteren und jüngeren Ärztinnen und Ärzten angeht, wünscht Prof. Hammer sich mehr Kompromissbereitschaft auf beiden Seiten: „Man muss den Wunsch der Jüngeren nach einer besseren Work-Life-Balance ernstnehmen – doch der Nachwuchs muss auch bereit sein, sich an die Praxis anzupassen. Schließlich darf die Patientenversorgung nicht auf der Strecke bleiben.“ Ausdrücklich begrüßt Prof. Hammer universitäre Wahlpflichtmodule zum Ambulanten Operieren: „Die Studierenden wissen ja meist gar nicht, was im ambulanten fachärztlichen Bereich und in der intersektoralen Versorgung alles möglich ist und gemacht wird.“ Letztere sieht er als große Chance für die Weiterentwicklung der Versorgung und merkt an: „Auf der Versorgungsebene kommen die Akteure eigentlich immer gut miteinander klar. Konflikte und Hemmnisse sind rein politischer Natur.“ Daneben macht sich Prof. Hammer

stark für mehr Wertschätzung gegenüber Medizinischen Fachgesellschaften, die insbesondere während der Pandemie immer wieder an ihre Grenzen gegangen sind und „adäquate Anerkennung jenseits von Klatschen“ verdient haben. (Kontakt: Prof. Jörg Hammer, Tel.: 0341 9636723, dr.hammer@thonbergklinik-notfallzentrum.de)

Auch aus anderen KV-Regionen liegen bereits Wahlergebnisse vor. Bei Redaktionsschluss war klar, dass in der **KV Hamburg** der niedergelassene Chirurg Dr. Florian Giensch (Hamburg) in die nächste VV einzieht (siehe auch CMBD 2.2022). In der **KV Mecklenburg-Vorpommern** konnte Dr. Thomas Nowotny (Anklam) die Wählerinnen und Wähler von sich überzeugen. Bei der **KV Baden-Württemberg**, wo sich mit Dr. Andreas Lang (Bad Friedrichshall), Dr. Matthias Szabo (Tuttlingen), Dr. Rainer Tischer (Lauffen), Dr. Bernhard Schönmann (Rottweil), Dr. Jörg Richter (Winnenden), Dr. Michael Schneider (Stuttgart), Dr. Erich Schindler (Eberbach), Dr. Jürgen Mosbacher (Bad Friedrichshall), Dr. Andreas Dörfinger (Asperg) und Dr. Karsten Braun (Wertheim) insgesamt gleich neun chirurgisch-orthopädische Kandidaten zur Wahl gestellt hatten, lag bei Redaktionsschluss noch kein Auszählungsergebnis der bis 1. August 2022 abgegebenen Stimmen vor. Gleiches gilt für die **KV Nordrhein**, wo sich mit Dr. Manfred Weisweiler (Vorsitzender der ANC Nordrhein) und Dr. Joachim Schier (Mönchengladbach) zwei berufspolitisch äußerst erfahrene ANC-Mitglieder zur Wahl gestellt haben. In Nordrhein war die Stimmabgabe bis 12. August 2022 möglich.

Wir werden in den kommenden Ausgaben weiter über die KV-Wahlen und die Ergebnisse der chirurgischen Kandidatinnen und Kandidaten berichten. Sofern in Ihrer KV-Region die Stimmabgabe noch nicht erfolgt ist: Machen Sie bitte von Ihrem Wahlrecht Gebrauch!

KV-Wahl Bayern vom 27.10.–9.11.2022

Verantwortung übernehmen und den Kolleginnen und Kollegen etwas zurückgeben



Dr. Heinz Rödl (Nittenau)



Dr. Frank Sinning (Nürnberg)



Dr. Markus Zoller (Rothenburg)

In der Selbstverwaltung des Freistaats ist die chirurgische Fachgruppe bis dato nicht vertreten – und das wollen Dr. Heinz Rödl (seit Anfang 2022 Vorsitzender der ANC Oberpfalz) sowie seine Kollegen Dr. Frank Sinning (stellvertretender BNC-Vorsitzender) und Dr. Markus Zoller (Sprecher der bayerischen ANC bei der KV und im AFB) ändern. „Ich habe seit meiner Niederlassung 2006 stark von meinen Vorgängern

profitiert“, erklärt Dr. Rödl, „nun ist es an der Zeit, Verantwortung zu übernehmen und etwas zurückzugeben. Vor allem, da wir ein relativ kleines Fachgebiet sind, das wegen der gewissen Dramatik unserer Tätigkeit aber rasch im Fokus steht.“

Dr. Sinning ist es wichtig, die chirurgische Fachgruppe gegenüber der Politik und ihren Akteuren zu repräsentieren. „Nach innen wünsche ich mir, dass sich die fachärztlichen Kolleginnen und Kollegen gemeinsam als Gegenpol zum hausärztlichen Lager organisieren.“ Und Dr. Zoller ergänzt: „Ich stehe für Tradition, Innovation und Solidarität mit allen Facharzt*innen.“

Kontakt: Dr. Heinz Rödl, Tel.: 09436 902294, info@chirurgie-roedl.de

Praxisbörse: Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie/D-Arzt im Kreis Minden-Lübbecke gesucht

Für einen freiwerdenden vollen KV-Sitz in chirurgischer Zweier-Praxisgemeinschaft wird ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie/D-Arzt gesucht. Die Anstellung mit der Möglichkeit der späteren Übernahme oder der Erwerb der Praxis sind ebenso möglich wie die Umwandlung in eine Gemeinschaftspraxis zusammen mit dem verbleibenden Kollegen. Der Erwerb wird von der Stadt mit 75.000 € unterstützt!

Unsere Praxisgemeinschaft ist seit Jahrzehnten in unserer sympathischen Kleinstadt mit großem ländlichen Einzugsbereich gut etabliert. Unser tolles Praxisteam arbeitet in einer über 350 m² großen und funktionell ausgerüsteten Praxis mit digitalem Röntgen, Sonografie und eigenem ambulanten OP einschließlich Durchleuchtungseinheit etc. sehr motiviert zusammen. Bei Interesse gern für ein unverbindliches Gespräch oder einen Besuch melden.

Kontakt: Dr. med. Ali Mahdi, Tel.: 0171 3857670

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

KV-Wahl Westfalen-Lippe vom 20.–30. 9. 2022

Kandidatur für die Interessen der operativen Fächer – und für die der Patienten



Foto: Brinkmann

Dr. Holger Brinkmann (Soest)



Foto: Aufmkolk

Prof. Matthias Aufmkolk (Ahaus)



Foto: Tacke

Dr. Christoph Tacke (Hagen)



Foto: Neumeuer

Dr. Kai Neumeuer (Paderborn)

Ohne Präsenz in den Ausschüssen der Vertreterversammlung (VV) kann man innerhalb der Selbstverwaltung nichts bewegen. Davon sind die vier chirurgischen Kandidaten aus Westfalen-Lippe, Dr. Holger Brinkmann (Soest), Prof. Dr. Michael Aufmkolk (Ahaus), Dr. Christoph Tacke (Hagen) und Dr. Kai Neumeuer (Paderborn) überzeugt. Der ANC-Vorsitzende Dr. Holger Brinkmann hat in den vergangenen sechs Jahren bereits Erfahrung mit der Arbeit in der Selbstverwaltung gesammelt: „Aktuell bin ich das einzige operativ tätige Mitglied in der VV und entsprechend in vielen Ausschüssen präsent, um unsere Interessen darzustellen und gewichtig zu vertreten. Dabei ist meine Tätigkeit als Vorsitzender des Finanzausschusses äußerst hilfreich.“

Für die anderen drei Kandidaten ist es die erste Kandidatur um einen Sitz in der VV. „Beim Sprechstundenbedarf etwa stößt man

schnell an die Grenzen der Möglichkeiten. Patienten in Niedersachsen oder Nordrhein haben zum Teil besseren Zugang zu Hilfsmitteln als in Westfalen-Lippe. Und bevor ich mich weiter darüber ärgere, möchte ich lieber etwas bewegen“, begründet Prof. Aufmkolk seine Kandidatur.

Sein Kollege Dr. Tacke ergänzt: „Ich möchte nicht nur die Interessen der operativ tätigen Kollegen vertreten, sondern auch die der Patienten. Deren chirurgische Versorgung setzt ja erst einmal voraus, dass überhaupt Chirurgen da sind!“ Entsprechend wichtig ist es den chirurgischen Kandidaten, im Zulassungsausschuss präsent zu sein. Aber auch die immensen Kostensteigerungen durch Inflation und steigende Gehälter für Medizinische Fachangestellte haben sie im Blick.

Kontakt: Dr. Holger Brinkmann, Tel.: 02921 9439434, info@ancwl.de

KV-Wahl Brandenburg vom 5.–27. 9. 2022

Ärztennetze brauchen einen festen Platz in der ambulanten Versorgung



Foto: Greese

Dr. Ralf Greese (Wittstock)



Foto: Matthies

Dr. Björn Matthies (Lübbenau)



Foto: Rohde

Dr. Harmut Rohde (Schwedt)

In Brandenburg gibt es eine breit aufgestellte Wahlliste ‚Bündnis für Brandenburg‘, die alle Facharztgruppen anspricht und in der sich somit auch die operativ tätigen Fächer wiederfinden. Zusammen mit Dr. Peter Noack (Cottbus) und Dr. Torsten Braunsdorf (Calau) hoffen auch Dr. Ralf Greese (Vorsitzender ANC Brandenburg), Dr. Björn Matthies und Dr. Hartmut Rohde auf viele Stimmen aus dem fachärztlichen Lager. Als Vorsitzender des interdisziplinären Ärztenetzes Medifair,

das in den Regionen Ostprignitz-Ruppin und Prignitz agiert, möchte Dr. Greese sich für diese Versorgungsform starkmachen: „Ich wünsche mir einen neuen Stellenwert für Ärztenetze in der KV-Versorgung, damit sie z. B. als berechtigte Leistungserbringer MVZ gründen können.“ Dr. Rohde legt mit Blick auf mögliche Praxisnachfolger großen

Wert auf den generalistischen Anspruch der chirurgischen Fachgruppe: „Unfallchirurgen können uns nicht vollständig ersetzen.“ Dr. Matthies wiederum möchte sich als angestellter MVZ-Chirurg insbesondere für die Belange angestellter Ärztinnen und Ärzte einsetzen, die aktuell in vielen Bereichen außer Acht gelassen werden.

Kontakt: Dr. Ralf Greese, Tel.: 03394 403580, ralf_greese@web.de

Briefe an die Redaktion

Bärendienst für die bereits weitgehend vollzogene Gleichstellung

Chirurgen Magazin + BAO Depesche 2.2022, 'Warum Deutschland mehr Chirurgen braucht' und 'Dermatochirurgie: Deutlich facettenreicher als nur Muttermale spindeln'

Ich darf als seit 25 Jahren niedergelassener Gefäßchirurg (davon 20 Jahre mit einer erfolgreichen Chirurgen) zwei Beiträge aus dem letzten Heft kommentieren.

Frau Prof. N. ist der Ansicht, dass auch in D niedergelassene Ärzte ihre Patienten bevorzugt an männliche Chirurgen überweisen. [...] Ich darf entgegnen: Unseren ca. 100 Stammzuweisern ist es völlig egal, ob meine Frau oder ich den Patienten sehen. Sie sind froh, dass sie bei uns überhaupt einen zeitnahen Termin bekommen. Die Behauptung scheint ideologisch ausgerichtet zu sein, entbehrt jeglicher Grundlage und steht konträr zu unserer täglichen Erfahrung. Außerdem sei laut Prof. N. eine Erhöhung des Frauenanteils nicht nur eine Frage der beruflichen Gleichstellung, sondern auch der Patientensicherheit. [...] Ich darf entgegnen: Frau Dr. N. sind wohl die Nöte der einfachen nicht-universitären Chirurgen gänzlich unbekannt. Wir sind froh, wenn wir (egal ob Chirurgen oder Chirurg) unsere Kranken (egal ob weiblich oder männlich) zeitnah und zügig behandeln können. Diagnose und Therapie haben doch

nicht abhängig vom Geschlecht zu erfolgen. Warum sollten Chirurgen, die Patientinnen operieren, nur wegen ihrer Geschlechtszugehörigkeit eine höhere Komplikationsquote aufweisen als Chirurgen? Unsere Patientinnen wünschen kompetente Hilfe und scheren sich dabei nicht um das Geschlecht des Operateurs (m/w/d). Man könnte den Gedanken, dass Patient und Arzt dem gleichen Geschlecht angehören sollen, ja noch fortspinnen: m operiert nur m, w nur w und divers nur divers. Farbige operieren nur Farbige, und Kinder werden nur von 'Kinderchirurgen' (Alter <18 Jahre) operiert. Der bereits weitgehend vollzogene Gleichstellung zwischen Männern und Frauen in der Chirurgie wird mit solchen Aussagen ein Bärendienst erwiesen. Wir brauchen einfach mehr Personal – egal ob m oder w oder d!

Mir persönlich fällt es schwer, nach einem arbeitsreichen Tag gegenderte Artikel zu lesen. [...] Auch Begriffe wie Heilmittelerbringer:innen (KVB) stören nur den Lesefluss. Mein Vorschlag: Bitte weisen Sie doch im Editorial Ihrer Zeitschrift darauf hin, dass die Berufsbezeichnungen geschlechtsneutral zu sehen sind. Im Rest des Heftes muss dann nicht mehr gegendert werden! [...]

Dr. Peter Heilberger, Schweinauer Hauptstraße 12, 90441 Nürnberg

Briefe an die Redaktion

Korrekte Abrechnung leider nur über die Ziffer 02302 möglich

Chirurgen Magazin + BAO Depesche 2.2022, 'Geraer Symposium Chirurgie 2022: Fortbildung mit Fokus auf Hand- und Fußchirurgie'

Es gab einige Reflexionen auf meinen Tagungsbericht vom Geraer Symposium Chirurgie 2022 bezüglich der Abrechnung bei der operativen Behandlung des Unguis incarnatus nach FOOTE.

Nach unserer Auffassung ist die korrekte Abrechnung leider nur über die Ziffer 02302 möglich. Wir wissen, dass damit der Leistungsumfang

nicht ausreichend gewürdigt wird. Abrechnungen über OPS sind unserer Meinung nach allenfalls in Ausnahmefällen möglich (zumindest in Thüringen), im Falle des Regresses sollte man eine Begründung (z.B. dokumentierter Nachweis eines Panaritium ossale) haben. Wir kennen die Diskussion seit Jahren auch aus unserem Umfeld.

Dr. Matthias Hager, Verein zur Förderung der Ambulanten Chirurgie e.V.
c/o Chirurgische Gemeinschaftspraxis Gera, Schmelzhüttenstraße 4, 07545 Gera



Online-Veranstaltungen im Bereich Orthopädie und Chirurgie der Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle – Unser Fachwissen, Ihr Vorsprung –



Dr. Meindl u. Partner
Verrechnungsstelle

- Privatabrechnungstipps in der **konservativen** Orthopädie, am **05.10.2022, 18:00 – 19:15 Uhr**
- Optimale **operative** Abrechnung, mit Beispielen der OP-Dokumentation:
 - ▶ Knie – Hüfte – Schulter, am **12.10.2022, 18:00 – 19:15 Uhr**
 - ▶ Wirbelsäule – Hand – Fuß, am **19.10.2022, 18:00 – 19:15 Uhr**



Melden Sie sich jetzt zu unseren kostenfreien Online-Veranstaltungen an und holen Sie sich wertvolle Abrechnungstipps.
Scannen Sie den QR-Code ein oder gehen Sie auf
www.verrechnungsstelle.de/Veranstaltungen

Bei Fragen? Melden Sie sich gerne:

Tel.: 0911 98478-290
E-Mail: marketing@verrechnungsstelle.de

Aktuelles zum Arztrecht vom BNC-Justiziar

Leserfrage: Lohnt es, sich gegen Regress wegen Sprechstundenbedarf zu wehren?

Fachgesellschaften und Haftpflichtversicherer empfehlen mittlerweile die Verwendung von Tupfern mit eingearbeitetem Röntgenkontrastfaden. Sie verringern das Risiko, Verbrauchsmaterialien im OP-Areal zu vergessen, erhöhen die Patientensicherheit und sind damit als vorzuhaltender medizinischer Standard zu anzusehen.

Von Jörg Hohmann

Frage: Wegen eines Sprechstundenbedarfs aufgrund der Verwendung von Tupfern mit Röntgenstreifen bin ich bereits zum wiederholten Mal in Regress genommen worden. Wir verwenden diese Tupfer um zu vermeiden, dass Tupfer ohne Kontraststreifen in der OP-Wunde vergessen werden, woraus zweifellos Haftungsumstände resultieren können. Kann man gegen solche Regresse vorgehen kann? Und sollte man ansonsten auf normale Tupfer umstellen?

Antwort: Die Sprechstundenbedarfsverordnung ist eine regionale Positivliste. Sie können grundsätzlich nur das verordnen, was explizit in der Liste genannt ist. Gegebenenfalls differenziert die Vereinbarung auch nicht zwischen Tupfern oder Kompressen mit und ohne Röntgenkontraststreifen. Beispielsweise heißt es in der Anlage 1 (Seite 45) der SSB-Vereinbarung Baden-Württemberg nur ‚sterile und unsterile, keine

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

Alkoholtupfer‘. Insoweit sind Tupfer mit Röntgenkontraststreifen nicht ausgeschlossen. Ob diese dann als unwirtschaftlich gelten (wenn sie teurer sind) hängt davon ab, ob mittlerweile solche moderneren Tupfer zum Standard gehören.

Grundsätzlich haben Sie als Vertragsarzt die medizinischen Standards vorzuhalten, und der Patient auch einen Anspruch darauf. Hierzu lassen sich die folgenden Überlegungen anstellen.

Zurücklassen von Tupfern ist ein Behandlungsfehler

Das Zurücklassen eines Tupfers stellt nach der Entscheidung des Oberlandesgerichts (OLG) München (RDG 214, Seite 83) einen Behandlungsfehler aus dem Bereich des vollbeherrschbaren Herrschafts- und Organisationsbereichs dar.

Werden Ansprüche aus dem begrenzt steuerbaren Kernbereich ärztlichen Handelns geltend gemacht, ist der Patient für die substantiierte Darlegung der genauen Umstände des fehlerhaften Handelns verantwortlich. Dieser Grundsatz wird aber durchbrochen, wenn eine Schädigung aus dem vollbeherrschbaren Herrschafts- und Organisationsbereich resultiert. Hierzu zählen auch die organisatorischen Maßnahmen zur Vorbereitung und Durchführung von Operationen, zum Beispiel die Zählkontrolle der zum Einsatz gekommenen OP-Instrumente und Verbrauchsmaterialien wie Tupfer. Dieses hatte in oben zitiertem Streitfall zur Folge, dass sich die Beweislast für das schuldhaftes Fehlverhalten ‚Zurücklassen des Tupfers‘ zugunsten des Patienten auf die Beklagten-seite verschoben hat. Ein Entlastungsbeweis war nahezu unmöglich.

www.vmk-online.de



Verlag für
Medizinkommunikation

CHIRURGENMAGAZIN
BAO Depesche

Chirurgen Magazin
BAO Depesche
Online-Archiv
und Aktuelles aus
dem Verlag

VMK Verlag für
Medizinkommunikation GmbH

Für das Qualitätsmanagement in den operativen Einheiten bedeutet dies, dass für sämtliche Tätigkeiten aus den Gesichtspunkten der Haftungsvermeidung und des Patientenschutzes im vollbeherrschbaren Herrschafts- und Organisationsbereich eine hundertprozentige Ergebnisqualität einzufordern ist.

Potenzieller Fehler wird eher unter- als überschätzt

Allgemein wird davon ausgegangen, dass das Phänomen unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Bereich zahlenmäßig eher unter- denn überschätzt wird. Aber ungeachtet der statistischen Häufigkeiten kann das unbeabsichtigte Belassen von Fremdkörpern für den Patienten zu großem persönlichen Schaden führen. Zu den möglichen Folgen zählen Infektionen, Sepsis, Fistelbildungen, Perforationen von Hohlorganen sowie Läsionen von großen Gefäßen und Nerven, teilweise sogar mit tödlichem Verlauf. Manchmal dauert es Jahre, bis ein übersehener Fremdkörper als Ursache für nicht erklärbare Schmerzen entdeckt wird.

Es bedarf deshalb wirksamer Strategien, ein unbeabsichtigtes Übersehen oder Vergessen von Fremdkörpern im OP-Bereich weitestgehend auszuschließen. Im deutschsprachigen Raum fehlt es – über individuelle Empfehlungen in einzelnen Abteilungen und Einrichtungen hinaus – bislang an einheitlichen Standards zur Vermeidung von unbeabsichtigt belassenen Fremdkörpern im OP-Bereich.

Diesen Umstand hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. bereits im Jahr 2008 zum Anlass genommen, eine interprofessionelle und interdisziplinäre Arbeitsgruppe zu gründen und mit der Erarbeitung gemeinsamer Empfehlungen zu betrauen. Unter der Überschrift ‚Jeder Tupfer zählt‘ fokussiert die Arbeitsgruppe das Zählen vor, während und nach der Operation. ‚Jeder Tupfer zählt‘ steht dabei stellvertretend für alle Instrumente und Materialien, die für eine Operation benötigt und gegebenenfalls auch zum Einsatz kommen. Die Arbeitsgruppe empfiehlt die Durchführung standardisierter Zählkontrollen mit entsprechender Dokumentation bei Einhaltung eines gleichbleibenden Ablaufs und eindeutig verteilten Zuständigkeiten.

Empfehlung für Tupfer mit Röntgenkontraststreifen

Mittlerweile gibt es jedoch auch entsprechende Präpariertupfer, die einen eingearbeiteten Röntgenkontraststreifen enthalten. Er signalisiert bei peri- oder postoperativen Röntgenkontrollen, dass sich noch ein Tupfer im OP-Gebiet befindet. Aufgrund der besseren Ergebnisse entwickelt sich die ausschließliche Verwendung von Tupfern von Röntgenstreifen neben dem routinemäßigen Tupferzählen zu den neuen Behandlungsstandards. Haftpflichtversicherer (zum Beispiel Ecclesia) empfehlen Operateuren, ausschließlich Tupfer und Kompressen mit Röntgenkontraststreifen einzusetzen.

Insoweit ist davon auszugehen, dass die Verwendung dieser Produkte mittlerweile zum Standard gehört, sodass sich die Sprechstundenbedarfsvereinbarung auch darauf beziehen muss. Dieses kann nicht durch eine Regressforderung unterlaufen werden, sodass Regressforderungen wie den von Ihnen beschriebenen entgegenzutreten ist. ◀

Bundessozialgericht: Bei Ausfall des Kühlschranks ist keine Ersatzverordnung von Impfstoff zulässig



Foto: BionTech

Wenn in einer Praxis wegen eines Kühlschranks defekts teurer Impfstoff unbrauchbar wird, müssen die Ärzte selbst dafür haften. Verfällt Impfstoff wegen Unterbrechung der Kühlkette im Praxiskühlschrank, so kann die Praxis nicht einfach den Weg über die Ersatzverordnung gehen. Dies hat das Bundessozialgericht (BSG) in einem aktuellen Urteil entschieden.

Im Streitfall ging es um eine kinderärztliche Berufsausübungsgemeinschaft in Magdeburg. Dort wurden jede Woche Impfstoffe für bis zu 12.000 Euro verimpft. An einem Montag stellte eine Mitarbeiterin fest, dass die Kühlung des Impfstoff-Kühlschranks unzureichend war. Impfstoff im Wert von 24.395 Euro musste vernichtet werden. Die Praxis bestellte Impfstoff nach und rechnete dies als Ersatzverordnung ab. Die Prüfungsstelle setzte daraufhin einen entsprechenden Regress fest, da die Ersatzbeschaffung durch die nicht sachgerechte Verwendung des früheren Impfstoffs unzulässig gewesen sei.

Das Sozialgericht bestätigte den Regress, da die Vernichtung des Impfstoffs unwirtschaftlich gewesen sei. Der Vertragsarzt trage das Bestell- und Lagerungsrisiko für den Impfstoff. Auch die Sprungrevision blieb ohne Erfolg. Der Senat des BSG befand zwar, dass es sich hier nicht um einen sonstigen Schaden handelt, für den Ärzte nach § 48 BMV-Ä verschuldensabhängig einzustehen hätten. Die ersatzweise Verordnung von Impfstoff erweise sich jedoch als unzulässig. Bei Beurteilung der Zulässigkeit von Ersatzverordnungen seien auch die Umstände in den Blick zu nehmen, die zur Ersatzverordnung geführt hätten. Dabei sei es wegen der gebotenen Typisierung, die der Wirtschaftlichkeitsprüfung in gewisser Weise immanent ist, für die Annahme einer unzulässigen Ersatzverordnung von Impfstoff ausreichend, dass der Schaden aufgrund einer Fehlfunktion eines Geräts in den Praxisräumen des Arztes eingetreten sei.

Zwar könnten technische Fehler eines Medikamentenkühlschranks nie vollständig ausgeschlossen werden. Das Risiko eines Schadenseintritts könne der Arzt als Betreiber seiner Praxis aber in weitem Umfang beeinflussen, etwa durch Auswahl, Wartung und Überwachung des Kühlschranks. Auch eine Versicherung sei möglich. In welchem Umfang der Arzt Vorsorge treffe, unterliege seiner freien unternehmerischen Entscheidung und könne weder von den Prüfungsgremien noch von den Krankenkassen kontrolliert werden. Eine abweichende Beurteilung könne geboten sein, wenn z. B. ein Fall sogenannter höherer Gewalt (insbesondere bei Naturereignissen) vorliege, gegen den regelmäßig keine planbaren Vorkehrungen möglich sind. Eine solche Konstellation liege aber nicht vor.

Die Entscheidung hatte bereits zu heftigen Reaktionen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte geführt. Da Ärzte einen Kühlschranksausfall bei Stromausfall nicht verhindern könnten, werde die Impfbereitschaft zu einem Existenzrisiko für die Praxen. Dieses Risiko werde auch nicht versichert. Künftig müssten sie sich die Impfstoffe selbst in der Apotheke besorgen und für eine lückenlose Kühlkette sorgen.

Urteil des BSG vom 29.06.2022 – Aktenzeichen B 6 KA 14/21 R

Aktuelles zum Arztrecht vom BAO-Justiziar

Gesellschafter- und Angestelltenstatus von Vertragsärzten im MVZ ist weiterhin möglich

Es gibt weiterhin viele Gestaltungsoptionen, um im eigenen MVZ angestellt ärztlich tätig zu sein. Das Bundessozialgericht betont insofern den Gleichlauf von Sozialversicherungs- und Vertragsarztrecht, sodass eine Anstellung nur bei einem Gesellschafterstatus mit entsprechender Rechtsmacht und Einflussmöglichkeit ausscheidet.

Von Tobias List

Im Januar dieses Jahres urteilte das Bundessozialgericht (BSG) über die Zulässigkeit der Anstellung von Vertragsärzten im eigenen Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) (Urteil vom 26.01.2022, Aktenzeichen B 6 KA 2/21 R). Mittlerweile liegen die mit Spannung erwarteten Urteilsgründe vor. Damit ist klar, dass in bestimmten Konstellationen zwar Einschränkungen zu beachten sind, es aber weiterhin eine Vielzahl an gesellschaftsrechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten gibt, angestellt im eigenen MVZ vertragsärztlich tätig zu sein.

Selbstständige Tätigkeit ist entscheidend

Zunächst stellte das BSG klar, dass unter einer Anstellung im Vertragsarztrecht, wie im Krankenversicherungsrecht auch, eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu verstehen ist. Danach kann eine Anstellungsgenehmigung nur erteilt werden, wenn der betreffende Arzt ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis in dem MVZ anstrebt. Betont wird, dass es im Vertragsarztrecht eben keinen eigenständigen Begriff des ‚Angestellten‘ gibt, vielmehr wird der Begriff auch hier in Abgrenzung zur selbstständigen vertragsärztlichen Tätigkeit verwendet.

Soll der Arzt, für den eine Anstellungsgenehmigung beantragt wird, nach der konkreten Ausgestaltung des Vertragsverhältnisses zum MVZ nicht abhängig beschäftigt, sondern selbstständig tätig werden, ist eine Anstellungsgenehmigung daher nicht zu erteilen, auch wenn die vertragsarztrechtlichen Voraussetzungen im Übrigen erfüllt sind. Dies ergebe sich, so das BSG, aus Entstehungsgeschichte, Zusammenhang und Regelungszweck der Vorschriften.

Angestellter Arzt kann auch weiterhin Anteile am MVZ halten

Gleichzeitig bleibt es aber auch nach den vorliegenden Urteilsgründen ‚selbstverständlich‘, dass ein angestellter Arzt eines MVZ gleichzeitig auch Anteile an der Betreibergesellschaft halten kann. Das Gericht stellte insofern klar, dass ein Gesellschafter-Geschäftsführer nicht per se kraft seiner Kapitalbeteiligung selbstständig tätig ist. Er muss, um als ‚selbstständig‘ im sozialversicherungsrechtlichen Sinne angesehen zu werden, über seine Gesellschafterstellung hinaus die Rechtsmacht

besitzen, durch Einflussnahme auf die Gesellschafterversammlung die Geschicke der Gesellschaft bestimmen zu können. Eine solche Rechtsmacht ist bei einem Gesellschafter-Geschäftsführer gegeben, der mindestens 50 Prozent der Anteile am Stammkapital hält oder – bei einer geringeren Kapitalbeteiligung – nach dem Gesellschaftsvertrag über eine umfassende (‚echte‘ oder ‚qualifizierte‘), die gesamte Unternehmenstätigkeit erfassende Sperrminorität verfügt (so der 6. BSG-Senat unter Hinweis auf die Rechtsprechung des 12. Senats). Umgekehrt sei ein Anstellungsverhältnis möglich, wenn ein Gesellschafter nicht über die Rechtsmacht verfügt, seine Weisungsgebundenheit als Angestellter der Gesellschaft aufzuheben, sie also auch abseits ihrer medizinischen Behandlungsentscheidungen nicht mehr den Weisungen der Geschäftsführung unterliegen.

Dies bedeutet: Ein Gesellschafter, der nicht zum Geschäftsführer bestellt ist, ist nur dann nicht abhängig beschäftigt, wenn die Leitungsmacht der Gesellschafterversammlung gegenüber der Geschäftsführung im Gesellschaftsvertrag ausdrücklich vereinbart ist. Andernfalls ist das Weisungsrecht gegenüber den Angestellten der Gesellschaft Teil der laufenden gewöhnlichen Geschäftsführung. Danach kann selbst der Gesellschafter mit mindestens 50 Prozent der Gesellschaftsanteile abhängig beschäftigt sein, wenn er über keine Geschäftsführerbefugnisse verfügt. **Folge: Entscheidend für die Zulässigkeit der Anstellung im eigenen MVZ ist die Entscheidungsmacht der angestellten Gesellschafter-Ärzte.**

Bedeutung für bereits genehmigte Anstellung im Eigen-MVZ

Ob durch die Folgen dieses Urteils betroffene MVZ Bestandsschutz genießen dürfen, ist indes unklar. Weil hier die Anstellungsgenehmigungen von Beginn an strittig waren, äußerte sich das BSG zum Bestandsschutz nicht. Während es insofern im Wesentlichen auf die Spruchpraxis der Zulassungsgremien ankommen wird, spricht nach Auffassung des Verfassers im Hinblick auf Artikel 14 Absatz 1 Grundgesetz in Verbindung mit Artikel 12 Absatz 1 Grundgesetz viel dafür, dass bereits genehmigte MVZ in der ursprünglichen Form weiterhin Bestand haben dürften.

Keine Honorarrückforderungen

Dagegen schob das BSG der teils befürchteten Möglichkeit von Honorarrückforderungen in seinen Urteilsgründen bereits einen Riegel vor. Eine fehlerhafte Einschätzung der Zulassungsgremien entfaltet ‚Tatbestandswirkung‘ und schließt daher Honorarrückforderungen aus. In dem Fall, in dem einem Arzt auf der Grundlage wahrheitsgemäßer Angaben ein Status verliehen wird, dessen Rechtswidrigkeit ihm nicht bekannt war oder bekannt sein musste, bindet die Statusentscheidung auch die Kassenärztlichen Vereinigungen bezogen auf Honoraransprüche des Arztes.

Geltung für MVZ-GbR und MVZ-GmbH gleichermaßen

In dem Urteil wird letztlich deutlich, dass sich die aufgestellten Grundsätze nicht nur auf solche dem Urteil zugrundeliegende MVZ in der Rechtsform der Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR), sondern auch auf MVZ in der Rechtsform der Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) bezieht.

Abschließend ist vor allem die Klarstellung des BSG bemerkenswert, wonach – entgegen der häufig anderslautenden Spruchpraxis der Zulassungsgremien – MVZ in der Rechtsform der GbR unter Beachtung der dargestellten Grundsätze auch die Möglichkeit haben, ihre

Tobias List

Rechtsanwalt, Zertifizierter Datenschutzbeauftragter, kwm Rechtsanwälte

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

Gesellschafter anzustellen. Das BSG führte eindeutig aus, dass die (Außen-)GbR ihrem Gesellschafter auch als Arbeitgeberin gegenüber treten kann.

Fazit

Als Fazit lässt sich sodann festhalten, dass auch nach der im Vorfeld heiß diskutierten Entscheidung des BSG weiterhin eine Vielzahl an gesellschaftsrechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten besteht, um im eigenen MVZ als Angestellter ärztlich tätig zu sein. Deutlich wird indes, dass eine fachkundige Begleitung zur korrekten Umsetzung unerlässlich ist, um den aufgestellten Grundsätzen des BSG in der täglichen Praxis gerecht zu werden. ◀

DIKV
Deutsche Krankenversicherung

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

Abrechnung

Auszüge aus dem neuen Kompendium ,Der Kommentar zu EBM und GOÄ', Teil 7

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

Von Dr. Dieter Haack

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

I. Anlegen von Verbänden

- ▶ Nr. 200: Verband – ausgenommen Schnellverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher
- ▶ Nr. 201A: Redressierender Klebeverband des Brustkorbs oder dachziegelförmiger Klebeverband – ausgenommen Nabelverband

Kommentar

Bei einem wegen einer Zehenfraktur angelegten Dachziegelverband kann diese Nr. angesetzt werden.

- ▶ 201 B: bei Verwendung von Tape-Verbänden
- ▶ 202: Schanz'scher Halskrawattenverband

Arbeitshinweise der UV-Träger

1. Nr. 202 darf – sofern die ‚Schanz'sche Halskrawatte‘ ausnahmsweise zu akzeptieren ist – auch berechnet werden, wenn kein individuell angefertigter Verband, sondern einer der heute üblichen Fertigverbände (Schaumstoffmaterial mit Klettverschluss, auch waschbar) angelegt wird. Zur Indikation siehe S1-Leitlinie ‚Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule‘ (www.awmf.org/leitlinien/detail/II/030-095.html).
2. Die Fertigkrawatten werden meist vom Fachhandel bezogen. Der D-Arzt stellt ein entsprechendes Rezept aus; die Kosten werden dem UV-Träger in Rechnung gestellt. Der Arzt kann in diesem Fall für die Erstanlage die ärztliche Leistung nach Nr. 202 berechnen, nicht aber die Besonderen Kosten, weil beim Arzt keine entsprechenden Kosten anfallen. Dies ist stets kritisch zu prüfen, da die Abrechnungsprogramme regelmäßig die Gebühr nach Nr. 202 zusammen mit den Besonderen Kosten auswerfen. Die jeweilige Wiederanlage im Rahmen weiterer Behandlungstage ist nicht abrechenbar. Wird die

Halskrawatte in der Praxis des Arztes hergestellt, ist Nr. 202 zusammen mit den Besonderen Kosten berechenbar.

3. Bei Erstversorgung durch einen Notarzt ist bei Verdacht auf eine HWS-Verletzung in aller Regel vorsorglich ein sogenanntes ‚Stiffneck‘ anzulegen. Dieses ist nach Nr. 202 ohne die Besonderen Kosten wegen seiner Wiederverwendbarkeit abrechenbar.

Kommentar

Bei Fertigkrawatten sollte man nicht die Besonderen Kosten ansetzen, da dies regelhaft von den UV-Trägern gestrichen wird. Inwieweit überhaupt noch eine Schanz'sche Krawatte notwendig ist, hängt natürlich vom Einzelfall ab, diesbezüglich wird auf die Leitlinien verwiesen.

- ▶ 203 A: Kompressionsverband/
auch Schaumstoffkompressionsverband

Arbeitshinweise der UV-Träger

Wirkungsweise. Der Kompressionsverband ist ein zirkulär angelegter Verband, der ausschließlich der Kompression des Körpergewebes dienen soll. Er hat nicht die Funktion eines Wundverbandes. Er dient der Prophylaxe eines Ergusses bzw. einer Flüssigkeitsansammlung im Gewebe (posttraumatisches Ödem). Ein Kompressionsverband verhindert z.B., dass sich nach der Punktion eines Gelenkergusses rasch wieder neue Flüssigkeit im Gelenk ansammelt.

Druckverbände (ebenfalls Nr. 203A) werden vorübergehend z.B. zur Blutstillung eingesetzt und in der Regel nach 20 bis 30 Minuten – der elastische Druckverband nach Operationen in der Regel am OP-Tag oder Folgetag – wieder gelockert, um Stauungen und Durchblutungsstörungen zu verhindern. Dies setzt in der Regel größere bzw. großflächige Verletzungen voraus, kann aber je nach Blutungsneigung bei kleineren Verletzungen erforderlich sein, was aus der Befunddokumentation ersichtlich sein muss.

Bei Druckverbänden, die ausschließlich der Blutstillung dienen, ist die Wundabdeckung Bestandteil der Nr. 203A und kann nicht gesondert berechnet werden.

Berechenbarkeit. Kompressionsverbände unterliegen nicht den Beschränkungen der Allgemeinen Bestimmungen zur Nr. 200; sie sind – soweit medizinisch erforderlich – im Zusammenhang mit operativen Leistungen berechenbar.

Kombination mit anderen Verbänden. Ein Kompressionsverband ist neben dem Wund- oder Salbenverband berechnungsfähig, wenn die Versorgung der Verletzung die entsprechenden therapeutischen Wirkprinzipien erfordert (z.B. Wundversorgung und Kompression oder Ruhigstellung). Soll ein Kompressionsverband lediglich das Verutschen des darunterliegenden Verbandes verhindern, ist dies als Bestandteil der Verband-Leistung nach Nr. 200 anzusehen und somit nicht zusätzlich nach Nr. 203A berechenbar.

Darüber hinaus ist eine Kombination mit anderen Verbänden nicht abrechenbar. Entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 8 ÄV ist bei Sprunggelenksdistorsionen regelmäßig die Verordnung einer Sprunggelenksorthese mit eingebauter Kompression geboten, da nach dem Abklingen der anfänglich stärkeren Schwellung in der Regel die komprimierende Wirkung der Orthese ausreicht, womit die zusätzliche Anlage eines Kompressionsverbandes nicht abgerechnet werden kann. Die Anlage eines Kompressionsverbandes ist bei einer OP des Kniegelenks und für die postoperative Nachbehandlung regelmäßig erforderlich und zweckmäßig. Dies gilt jedoch nicht, wenn gleichzeitig zur Thromboseprophylaxe Kompressionsstrümpfe der Klasse II zur Verfügung stehen (die Anlage des Kompressionsverbandes ist dabei auch technisch kaum möglich).

Einzelfälle. Kompressionsverbände sind medizinisch regelmäßig erforderlich und berechenbar

- ▶ bei schweren Distorsionen z.B. der Sprung-, Knie-, Hand- oder Ellenbogengelenke,
- ▶ nach Operationen und Punktionen der Knie- oder Sprunggelenke,
- ▶ bei starken Prellungen (zum Eindämmen der Schwellungen, z.B. an den Unterschenkeln),
- ▶ bei Thrombosegefahr (zur Prophylaxe).

Kompressionsverbände sind regelmäßig nicht erforderlich und zweckmäßig bei

- ▶ geringen Verletzungen, insbesondere an Händen und Fingern, z.B. Schnitt- und Rissverletzungen, Stichwunden (ausgenommen Arterienverletzungen), oberflächlichen Abschürfungen oder Prellungen (Wund-/Salbenverband nach Nr. 200 ist insoweit regelmäßig ausreichend). Die vollständige Leistung kann an einem Finger nicht erbracht werden.
- ▶ Strecksehnenabriss an Fingerendgliedern (Stack'sche Schiene ist ausreichend),
- ▶ intraartikulären Injektionen (z.B. mit Hyalart, Viscoseal, Lipotalon, Traumel, Zeel etc., weil nur geringe Mengen des Präparats injiziert werden (Nr. 203A ist jedoch indiziert, wenn das Gelenk zuvor punktiert wurde).

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

Kommentar

Der Kompressionsverband dient der Entstauung bei Lymphödem, Schwellungen oder zur Ergussbehandlung (mit Schaumstoff) von großen Gelenken. Der Kompressionsverband kann selbstverständlich über Wundverbänden angelegt werden, eine Schienen- oder Orthesenversorgung schließt damit einen Kompressionsverband nicht aus. Auch bei starkem Lymphödem der Hand oder des Armes nach Unfall oder Operation ist ein Kompressionsverband indiziert. Bei niedergelassenen Ärzten gilt ein anderer Betrag für die Besonderen Kosten.

▶ Nr. 203B: Zinkleimverband

Arbeitshinweise der UV-Träger

Zinkleim ist eine Paste aus Zinkoxid, Bindemittel und Wasser. Damit getränkte Mullbinden werden um ein geschwollenes oder verletztes Bein gewickelt. Er wirkt juckreizstillend und entzündungshemmend. Die Indikationen für einen Zinkleimverband sind Varikose (Krampfadern), Schwellungen, die durch Verletzungen oder Störungen der Venenfunktion verursacht werden (Phlebothrombose, postthrombotisches Syndrom) sowie Ekzeme. Auch bei Distorsionen kann dieser Verband eingesetzt werden, allerdings ist der stabilisierende Effekt weniger gut ausgeprägt. Die Wirkung wird nur bei direkter Auflage auf die Haut erzielt.

Zinkleimverbände kommen in der aktuellen medizinischen Versorgung immer seltener zum Einsatz. Eine Überlegenheit des Zinkleimverbandes gegenüber anderen Verbänden ist nicht durch Studien belegt, insbesondere Tape-Verbände und elastische Binden haben ähnliche stützende und komprimierende Wirkungen. Der Zinkleimverband kann auch eine medizinisch indizierte zusätzliche medikamentöse Thromboseprophylaxe nicht ersetzen. Der Arzt sollte daher die Indikation begründen. Eine Kombination mit anderen Verbänden ist nicht abrechenbar. ◀

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.

Praxisteam

Neue Regeln für Arbeitsverträge mit MFA und anderen Angestellten seit 1.8.2022

Nach dem Stichtag abgeschlossene Verträge müssen u. a. Angaben zum Gehalt, zur Vergütung von Überstunden, zur vereinbarten Arbeitszeit und zu Fristen bis zur Erhebung einer Kündigungsschutzklage enthalten. Für Altverträge gilt Bestandsschutz, sofern Angestellte nicht auf einer Ergänzung der Nachweise bestehen.

Von Jörg Hohmann und Martin Schmidt

Die EU-Richtlinie 2019/1152, die in Deutschland umgesetzt wurde und seit 1. August 2022 gilt (sogenanntes Nachweisgesetz), soll für mehr Verlässlichkeit und Transparenz in Arbeitsverhältnissen sorgen. Arbeitsverträge von Angestellten, die nach dem Stichtag eingestellt werden, müssen neben Basisinformationen wie Name und Anschrift der Vertragsparteien nun weitere Details enthalten – etwa das genaue Gehalt und seine Zusammensetzung einschließlich Überstundenbezahlung, Zuschläge, Prämien etc.

Weitere nötige Details sind die vereinbarten Ruhezeiten, vereinbarte Schichtarbeit, Fortbildungsmöglichkeiten und Dauer der Probezeit (falls es eine gibt). Auch Angestellte, die vor dem 1. August 2022 eingestellt wurden, können diese Informationen anfragen, neue Mitarbeitende müssen sie jedoch von Anfang an erhalten.

Wesentliche Vertragsbedingungen schriftlich niederlegen

Ziel des Nachweisgesetzes ist es, Angestellten einen transparenten Überblick über die bestehenden Arbeitsbedingungen im Arbeitsverhältnis zu geben. Das Nachweisgesetz sieht Informationspflichten der Chefetage gegenüber den Angestellten vor. Bereits heute muss ein Arbeitgeber seinen Angestellten innerhalb eines Monats nach dem vereinbarten Beginn des Arbeitsverhältnisses die wesentlichen Vertragsbedingungen schriftlich niederlegen, die Niederschrift unterzeichnen und den Angestellten aushändigen. Die Information kann durch den Arbeitsvertrag erfolgen oder durch eine gesonderte Niederschrift. Der Abschluss eines Arbeitsvertrages war und bleibt formfrei (also auch mündlich) möglich. Danach ist den Angestellten ein schriftlicher Nachweis der Arbeitsbedingungen zu erbringen (schriftliche Mitteilung über die geltenden Arbeitsbedingungen, die nur vom Arbeitgeber zu unterzeichnen ist, der bzw. die Angestellte muss nicht unterschreiben).

Bußgeld von bis zu 2.000 Euro bei Nichtbeachtung

Wer bisher einen Arbeitsvertrag geschlossen hatte, der den Anforderungen aus dem bis zum 1. August 2022 geltenden Nachweisgesetz genügte, musste und muss keinen weiteren Nachweis erstellen. Wer als



Arbeitgeber bisher die Informationspflicht nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllt hatte, weil es keinen schriftlichen Arbeitsvertrag gab und auch kein Nachweis an den bzw. die Angestellte geschickt war, muss handeln: Ab 1. August 2022 kann bei fehlenden oder falschen Informationen des Arbeitgebers ein Bußgeld von bis zu 2.000,00 Euro verhängt werden. Zuständig für die Kontrolle sind die Gewerbeaufsichtsämter. Verstöße gegen die Nachweis- und Unterrichtungspflichten führen aber nicht zur Unwirksamkeit von Arbeitsverträgen.

Durch die neuen EU-Vorgaben sind die Anforderungen an die Nachweise gestiegen. Die wesentlichen Arbeitsbedingungen sind auch in Zukunft schriftlich niederzulegen, die elektronische Form bleibt ausgeschlossen.

Altverträge müssen aber nicht zwingend geändert werden: Hier müssen Nachweise nur vorgelegt werden, wenn der bzw. die Angestellte den Arbeitgeber dazu auffordert. Zur Erfüllung der Nachweispflichten reicht dann eine schriftliche, unterzeichnete Auflistung der Arbeitsbedingungen, die innerhalb einer Woche nach Aufforderung durch den Angestellten bzw. die Angestellte an diese übersandt werden muss. Eine Änderung des Arbeitsvertrages selbst muss nicht erfolgen. Für Neueinstellungen ab 1. August 2022 sind die Nachweispflichten stets, auch ohne Aufforderung der Angestellten, zu erfüllen. Es reicht aus, wenn der Arbeitgeber eine schriftliche Auflistung erstellt,

unterzeichnet und rechtzeitig übergibt. Schließt er einen Arbeitsvertrag, muss dieser inhaltlich den Anforderungen aus dem neuen Nachweisgesetz entsprechen.

Folgende Arbeitsbedingungen müssen künftig zusätzlich zu den bereits jetzt in § 2 Nachweisgesetz genannten Arbeitsbedingungen aufgenommen werden:

- ▶ Bei Kündigung des Arbeitsverhältnisses von Arbeitgeber und Arbeitnehmer einzuhaltende Verfahren; dies umfasst das Schriftform Erfordernis, die Fristen für die Kündigung des Arbeitsverhältnisses sowie die Frist zur Erhebung einer Kündigungsschutzklage – gerade letzteres ist bislang in Arbeitsverträgen nicht aufgenommen, nun aber zwingend.
- ▶ Die Zusammensetzung und die Höhe des Arbeitsentgelts einschließlich der Vergütung von Überstunden, Zuschlägen, Zulagen, Prämien und Sonderzahlungen sowie anderer Bestandteile des Arbeitsentgelts, die jeweils getrennt anzugeben sind, und deren Fälligkeit sowie die Art der Auszahlung,
- ▶ Dauer der Probezeit (bei einem befristeten Arbeitsverhältnis muss diese zu der erwarteten Dauer der Befristung und der Art der Tätigkeit in einem angemessenen Verhältnis stehen),
- ▶ Vereinbarte Arbeitszeit, vereinbarte Ruhepausen und Ruhezeiten sowie bei vereinbarter Schichtarbeit das Schichtsystem, der Schichtrhythmus und Voraussetzungen für Schichtänderungen,
- ▶ Möglichkeit der Anordnung von Überstunden und deren Voraussetzungen (sofern vereinbart).

Was ist zu tun?

- ▶ Überprüfung und Anpassung der bestehenden Arbeitsvertragsvorlagen
- ▶ Einhaltung der neuen Vorgaben für Arbeitsverhältnisse, die ab dem 1. August 2022 beginnen, am besten in einem entsprechenden schriftlichen Arbeitsvertrag
- ▶ Wird auch nach dem 1. August 2022 ohne schriftliche Arbeitsverträge gearbeitet, sind dem Arbeitnehmer die wichtigsten Bedingungen bereits am ersten Arbeitstag in Schriftform zu überreichen.
- ▶ Auf Verlangen von bereits vor dem 1. August beschäftigten Angestellten ist zusätzlich zum bestehenden Arbeitsvertrag über die wesentlichen Arbeitsbedingungen schriftlich zu unterrichten, wenn diese Informationen nicht bereits im schriftlichen Arbeitsvertrag enthalten sind. Insbesondere der Hinweis auf die Frist zur Erhebung einer Kündigungsschutzklage ist meist nicht in den bisherigen Arbeitsverträgen enthalten. Hier ist zu empfehlen, ein separates Schreiben vorzubereiten und nicht alle Bestandsarbeitsverträge anzupassen. Schreibt der bzw. die Angestellte Sie an, versenden Sie dieses Schreiben. ◀

Kontakt: Rechtsanwalt Jörg Hohmann (Fachanwalt für Medizinrecht)

und Rechtsanwalt Martin Schmidt (Fachanwalt für Arbeitsrecht)

Mittelweg 151, 20148 Hamburg, Tel.: 040 39106970, jh@gesundheitsrecht.com

Fortbildung: Termine für das Praxisteam

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, Jena

Wundpflege und Wundversorgung Modul B8

Fortbildungscurriculum Nichtärztliche/r Praxisassistent/in

Information und Anmeldung:

Landesärztekammer Thüringen, Heidi Böhme, Im Semmicht 33, 07751 Jena

Tel.: 03641 614-145, boehme.akademie@laek-thueringen.de

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

Bildungsprogramm Management von Arzt- und Zahnarztpraxis/MVZ

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

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

6. November – 11. Dezember 2022, Webkonferenz

Praxisorientierte Betriebswirtschaft und Personalmanagement

Leistungserbringung kostengünstiger und arbeitsökonomischer gestalten

Information und Anmeldung:

Bildungswerk für Gesundheitsberufe e.V., Andrea Folwerk

Tel.: 0561 20864815, andrea.folwerk@bildungswerk-gesundheit.de

www.bildungswerk-gesundheit.de

Einstieg jederzeit möglich, Online

Zertifizierter Fernlehrgang

Hygiene-/Sterilgutbeauftragte(r) in Arztpraxen

Instrumentenpflege, Reinigung und Desinfektion, Sterilisation mit feuchter Hitze (Dampf), Verpackung, Kennzeichnung und Lagerung nach den gültigen Vorschriften (40 Stunden, 8 Module)

Information und Anmeldung:

PKV Institut GmbH, Goethestr. 66, 80336 München

Tel.: 089 45228090, Fax: 089 452280950, info@pkv-institut.de

www.pkv-institut.de



Striebel HW: Anästhesie bei Kindern: Sicherheit in der klinischen Praxis. Mainz: Böhmer & Mundloch Verlag, 2022. 2. Auflage, 580 Seiten, gebunden, 79 Euro



Lacher M et al.: Kinderchirurgie für Pädiater. Heidelberg: Springer Verlag, 2021. 370 Seiten, kartoniert, 59,99 Euro



Henningsen M et al. (Hg.): Die digitale Arztpraxis. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2022. 254 Seiten, kartoniert, 49,95 Euro



Jindal P et al. (Hg.): Aesthetic and Regenerative Gynecology. Heidelberg: Springer Verlag, 2022. 373 Seiten, gebunden, 149,79 Euro

Anästhesie bei Kindern: Sicherheit in der klinischen Praxis

Anästhesien bei Kindern sind mit relativ hohen und spezifischen Risiken verbunden und verlangen spezielle Kenntnisse sowie besondere handwerkliche Fertigkeiten. Die völlig überarbeitete neue Auflage des vorliegenden ‚Kinder-Striebel‘ soll die hierfür notwendigen praxisrelevanten Kenntnisse vermitteln.

Das Werk beschreibt die praktische Durchführung von Kindernarkosen in allen Altersklassen, behandelt typische Narkoseprobleme im Kindesalter und widmet sich der Vermeidung und Behandlung typischer Narkosekomplikationen bei Kindern. Auch das anästhesiologische Vorgehen bei typischen sowie speziellen kinderchirurgischen Operationen, Situationen und Krankheitsbildern werden thematisiert. Dabei berücksichtigt das Buch die relevanten aktuellen Leitlinien und Handlungsempfehlungen. Die fundierte Wissensvermittlung konzentriert sich auf das klinisch Wesentliche und ist unmittelbar in die Praxis umsetzbar.

Fazit: Ideal für eine systematische krankenärztlichen Fort- und Weiterbildung – aufgrund zahlreicher Abschnitte mit Detailwissen auch für praktizierende Spezialistinnen und Spezialisten noch ein wertvoller Fundus!

Kinderchirurgie für Pädiater

Pädiatrie braucht Kinderchirurgie – Kinderchirurgie braucht Pädiatrie. Um die bestmögliche Behandlung von kranken Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen und zu garantieren, müssen die Sichtweisen der jeweilig anderen Fachdisziplin bekannt und erkannt sein.

Das vorliegende Buch vermittelt Kinder- und Jugendärzten in kompakter Form Kenntnisse über die gängigsten chirurgischen Eingriffe und deren Diagnostik und Nachbehandlung. Es geht dabei auf die für Praxis- und Klinikpädiater relevanten Fragestellungen ein, die sich hinsichtlich operativer Eingriffe ergeben. Hierbei werden nicht nur die ‚große‘ viszerale und thorakale Kinderchirurgie, die Kinderurologie, Traumatologie/Orthopädie sowie chirurgische Notfälle behandelt, sondern ebenso ausführlich die ‚kleine‘ und ambulante Kinderchirurgie. Schwerpunkte sind das Erkennen der Erkrankungen, Prinzipien der Erstversorgung sowie Indikationsstellung zur Operation. Schließlich wird auch die spezielle postoperative Versorgung dargestellt.

Fazit: Das Buch ersetzt kein chirurgisches Fachbuch, sondern will Kinderärztinnen und -ärzten punktgenau und übersichtlich die kinderchirurgischen ‚Essentials‘ vermitteln, die sie im Klinik- oder Praxisalltag benötigen.

Die digitale Arztpraxis

Die Medizin der kommenden Jahre wird nicht nur ambulanter, weiblicher und vernetzter, sondern auch digitaler. Der ärztliche Nachwuchs hat keine Berührungängste mehr mit moderner Informationstechnologie, sondern fordert sie ein und sieht sie als integralen Bestandteil ärztlichen Handelns.

Das vorliegende Buch zeigt praxisnah auf, wie die ‚digitale Arztpraxis‘ schon heute aussehen kann. Daneben vermittelt es aber auch Visionen und Konzepte einer nicht mehr allzu weit entfernten Zukunft der digitalen Medizin im ambulanten Bereich. Es behandelt zum einen Themenfelder wie Telemedizin, elektronische Patientenakte und Praxisverwaltungssysteme, beschreibt aber auch neue Konzepte wie die ‚Ohnearztpraxis‘ und rechtliche Rahmenbedingungen – Stichwort Datensicherheit und Datenschutz. Daneben widmet es sich aber auch den Erwartungen mobiler, smarter und digitalaffiner Patientinnen und Patienten an ihre ärztliche Versorgung und der übergreifenden Integration von digital erhobenen Gesundheitsdaten.

Fazit: Das Buch beantwortet wesentliche Fragen rund um die digitale Transformation. Es ist systematische Anleitung und Navigationshilfe, gibt praktische Tipps und wagt einen Blick in die Zukunft.

Aesthetic and Regenerative Gynecology

Schwangerschaften, Geburten, Alterung, Menopause oder die Folgen von Krebstherapie können zu signifikanten physischen und funktionalen Veränderungen des weiblichen Körpers führen, die nicht alle Frauen einfach hinnehmen möchten. Die ästhetische und kosmetische Gynäkologie ist daher ein wachsendes Feld, das weltweit zunehmend nachgefragt wird.

Das vorliegende englischsprachige Buch widmet sich diesem speziellen Teilgebiet. Es umfasst Kapitel zur Anatomie, Physiologie, Pathologie und Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit der kosmetischen Gynäkologie. Beschrieben werden die grundlegenden Techniken und das erforderliche Instrumentarium, darunter Laser, hochintensive fokussierte elektromagnetische Technologie (HIFEM) oder hochintensiver fokussierter Ultraschall (HIFU), die für diverse Liftings eingesetzt werden können. Auch Komplikationen, Kontroversen und medikolegale Themen werden erörtert.

Fazit: Eine anschauliche und verständliche Einführung für angehende und fertig ausgebildete Ärztinnen und Ärzte u. a. aus Gynäkologie, Plastischer Chirurgie, Gefäßchirurgie und Allgemeinchirurgie, die sich mit der kosmetischen Gynäkologie vertraut machen wollen.



Marchmann G (Hg.): Praxisbuch Ethik in der Medizin. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2022. 2. Auflage, 458 Seiten, kartoniert, 39,95 Euro



Böhme H: Medizinprodukterecht für Betreiber und Anwender Heidelberg: Medhochzwei Verlag, 2022. 300 Seiten, kartoniert, 79 Euro



Enzler M, Bant H: Die Schulter in der Physiotherapie. Stuttgart: Thieme Verlag, 2022. 330 Seiten, gebunden, 79,99 Euro



Hermanns PM (Hg.): GOÄ 2022 Kommentar, IGeL-Abrechnung. Heidelberg: Springer Verlag, 2022. 896 Seiten, kartoniert, 79,99 Euro

Praxisbuch Ethik in der Medizin

Akute Herausforderungen wie Katastrophen und Pandemien verunsichern und bringen Akteure in der Gesundheitsversorgung in Bedrängnis. Doch auch die steigende Komplexität der praktischen Medizin mit immer mehr ökonomischen und regulatorischen Zwängen bringen Entscheidungsdilemmata und ethische Herausforderungen für die Patientenversorgung mit sich.

Das vorliegende Praxisbuch vermittelt eine handlungsorientierte Einführung in die Grundlagen ethischer Entscheidungen in der Medizin und bietet der Leserschaft unterschiedlicher Berufsgruppen zudem ein „Handwerkszeug“ für die eigenständige Lösung ethisch-problematischer Entscheidungssituationen in ihrem Alltag. Für die zweite Auflage wurden alle Beiträge unter Einbeziehung neuer wissenschaftlicher Entwicklungen, ethischer Diskussionen und rechtlicher Rahmenbedingungen aktualisiert. Zudem wurde das Buch um weitere Themen wie u. a. professionelles Handeln, interprofessionelle Zusammenarbeit und Digitalisierung erweitert.

Fazit: Ein hilfreiches und praxisorientiertes Standardwerk, das auch wesentliche, mit der neuen Approbationsordnung vorgesehene Inhalte des Medizinstudiums abdeckt.

Medizinprodukterecht für Betreiber und Anwender

Die seit 2021 geltende Medizinprodukte-Verordnung (MP-VO) ist das wichtigste Regelwerk im europäischen Medizinprodukterecht. Neben Herstellern, Lieferanten und Medizintechnikern sind auch Verantwortliche in Gesundheitseinrichtungen in der Betreiber- und/oder Anwenderrolle und müssen sich vermehrt mit medizinprodukterechtlichen Fragen beschäftigen. Immerhin umfasst der Markt bis zu 500.000 verschiedene Medizinprodukte.

Das vorliegende Handbuch vermittelt die Grundlagen des neuen Rechts und geht auf die praxisrelevanten Regelungen der MP-VO ein. Ein Schwerpunkt des Werkes liegt daher auf der praxisnahen Kommentierung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetrV). Auch das Thema Software als Medizinprodukt wird ausführlich behandelt, in einem Exkurs am Ende des Buches werden Rechtsfragen der Telemedizin dargestellt. Außerdem enthält es praxisorientiert aufbereitete Fälle und zahlreiche Übersichten, die das Thema veranschaulichen.

Fazit: Für alle Betreiber und Anwender sowie für Juristen, Verbände, Hochschulen und Studierende bietet das Handbuch wertvolle Grundlagen und Orientierungshilfen für die Praxis.

Die Schulter in der Physiotherapie

Schon Hippokrates wusste: „Man soll gebrochene und verrenkte Glieder nach den Weisungen der Natur und nicht nach vorgefassten Meinungen behandeln.“ Heute weiß man um die Bedeutung einer physiotherapeutischen Behandlung nach Verletzungen oder operativen Eingriffen an der Schulter, die zu den komplexesten Gelenken des menschlichen Körpers zählt.

Das vorliegende Werk beschreibt die vielschichtigen Beschwerden, die Patienten im Bereich von Glenohumeralgelenk sowie Schultergürtel haben können und stellt einen evidenzbasierten physiotherapeutischen Behandlungsansatz vor. Dieser umfasst die funktionelle Anatomie der Schulter über Anamnese und körperliche Untersuchung bis hin zur aktiven und passiven Therapie sowie zum Selbstmanagement. Ergänzt werden die Inhalte mit Fallbeispielen zur praktischen Umsetzung der beschriebenen Untersuchungs- und Therapieverfahren. Die Beschreibung chirurgischer Verfahren sowie der jeweiligen Nachbehandlung runden das Buch ab.

Fazit: Evidenzbasierung und praxisnahes Expertenwissen rüsten physiotherapeutisch Interessierte, um Patientinnen und Patienten mit Schulterbeschwerden strukturiert untersuchen und therapieren zu können.

GOÄ 2022 Kommentar, IGeL-Abrechnung

Gute Leistung muss gut bezahlt werden. Eine neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) lässt – obgleich bereits für 2016 angekündigt – allerdings immer noch auf sich warten. Daher ist es nur legitim, wenn Ärztinnen und Ärzte ihre Abrechnung mit der bestehenden GOÄ erfolgreich optimieren wollen.

Das vorliegende Handbuch kommentiert einzelne Leistungen hinsichtlich Abrechenbarkeit, Steigerungssätzen, möglichen Ausschlüssen sowie aktuellen Gerichtsurteilen und bietet praktische Abrechnungstipps und -beispiele mit analogen Bewertungen. Besonders berücksichtigt werden Umsatzsteuerpflicht für Ärzte und die Abrechnung gegenüber der Beihilfe. Ebenfalls enthalten: Die Abrechnung von Spezialbereichen wie Schmerztherapie oder Schlafmedizin und ärztliche Leichenschau sowie Hinweise und Links zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im GKV-Bereich. Auch individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) werden samt Tipps und Abrechnungsbeispielen ausführlich besprochen.

Fazit: Das Handbuch bietet alle relevanten Informationen für die erfolgreich optimierte Abrechnung. Der Aktualisierungsservice ermöglicht über die Verlags-Website Zugriff auf aktuelle Änderungen und Ergänzungen.

August 2022

26.–28. 8. 2022, Greifswald

12. Maritimes Symposium der Sportmedizin

Themen u. a.: Maritime Sportverletzungen der Hand, Doping im Seesport, Verletzungen an Kopf und HWS, Impingement an Sprung- und Hüftgelenk, laterale Bandruptur auf See, Verletzungsprävention beim Kiten und Surfen, Akutbehandlung des Tauchunfalls, dazu verschiedene Theorie- und Praxiseinheiten zum Segeln, Tauchen und Surfen.

Information und Anmeldung:

Sportärztekund Mecklenburg-Vorpommern, landesverband@sportmedizin-mv.de
www.sportmedizin-mv.de/Veranstaltungen

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, viszeralchirurgische 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 wissenschaftliches Symposium des BAO sowie BAO-Mitgliederversammlung (siehe Kasten)

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

3. 9. 2022, Berlin

Rezertifizierungskurs Wundexperte ICW®

Themen u. a.: Ursachenadaptierte Therapie bei chronischen Wunden, lokale Wundbehandlung, Diagnostik, Kausal-, Lokal- und Begleittherapie

Schnell noch anmelden!

BAO-Symposium beim NARKA 2022

Am **4. September 2022** findet in Berlin im Rahmen des NARKA ein wissenschaftliches Symposium des BAO statt. Themen sind Patientensicherheit in der Schmerztherapie (kooperative Studie des BAO mit der Universität Jena), AOP-Katalog und Auswirkungen des IGES-Gutachtens, Weiterentwicklung des Ambulanten Operierens aus Sicht einer Krankenkasse, Ambulantisierung und Versorgungsqualität sowie eine Podiumsdiskussion zur Zukunft des Ambulanten Operierens.

Nach dem Symposium findet die BAO-Mitgliederversammlung statt, gefolgt von einer Jubiläumsfeier mit Spree-Rundfahrt anlässlich des 30-jährigen Bestehens des BAO (gesonderte Anmeldung erforderlich).

<https://narka-live.de>

Unbedingt vormerken: **Bundeskongress Chirurgie 2023**

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

Information und Anmeldung:

Aesculap-Akademie, Nicole Hennig, Tel.: 030 51651230, Fax: 030 51651299
nicole.hennig@aesculap-akademie.de, <https://germany.aesculap-academy.com>

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

12.–15. 9. 2022, Tuttlingen

Basiskurs Laparoskopische Chirurgie**Blended Learning Konzept**

Information und Anmeldung:

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

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“), Arthroskopeur 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>

17. 9. 2022, Berlin

Aufbauworkshop Gutachterkolloquium

Themen u. a.: Optimierung von Arzthaftungsgutachten

Information und Anmeldung:

Aesculap-Akademie, Nadine Klausling-Rohde, Tel.: 030 51651220
Fax: 030 51651299, nadine.klausling-rohde@aesculap-akademie.de
<https://germany.aesculap-academy.com>

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, <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, www.ag-proktologie-ddg.de

25.9.2022, Mönchengladbach

10. Chirurgische Woche 2022

Nachwuchsförderung für Studierende

Themen u. a.: Chirurgie des Gastrointestinaltrakts, hepatopankreatobiliäre Chirurgie und Transplantationschirurgie, endokrine Chirurgie, chirurgische Onkologie, Thorax- und Gefäßchirurgie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Hand-, Plastische, Rekonstruktive und Verbrennungschirurgie, fächerübergreifende Schwerpunkte, Workshops

Information und Anmeldung:

MCE Medical Congresses & Events, Gabriele Sponholz, Tannenring 52

65207 Wiesbaden, Tel.: 0160 84 59 502, gs@mce.info, www.chirurgische-woche.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, 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 204809-263, Fax: 0611 204809-10, 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

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 Bundesärztekammer (BÄK) und des Robert Koch-Instituts (RKI). BNC- und BAO-Mitglieder erhalten 20 % Rabatt auf die Kursgebühr.

Information und Anmeldung:

meduplus GmbH, Kurfürstendamm 21, 10719 Berlin, Tel.: 030 555792550

Fax: 030 555792559, info@meduplus.de, www.meduplus.de

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

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, 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, www.mdcg-tagung.de

18.–19.11.2022, München

11. Jahreskongress der Deutschen Kniegesellschaft

Themen u. a.: Osteotomien, Indikationen in der Revisionschirurgie, Robotik, Frakturen rund ums Knie, Knorpelchirurgie, Innovationen in der Frakturversorgung, Prothetik 360°

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, https://knie-komplex.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

25.–26.11.2022, Berlin

6. Forum Ambulantes Operieren

Themen u. a.: Ambulantisierung – Wunsch und Wirklichkeit (aus Sicht der Politik, des IGES, der Krankenhäuser, des BAO, der KBV, der GKV), Fallbeispiele für das Ambulante Operieren im Umbruch, sektorenverbindende Versorgung

Information und Anmeldung:

AESCULAP AKADEMIE GMBH im Langenbeck-Virchow-Haus, Nadine Wichert

Luisenstraße 58–59, 10117 Berlin, Tel.: 030 516512-50, Fax: 030 516512-99

nadine.wichert@aesculap-akademie.de, www.aesculap-akademie.de

Medtronic

Krampfader minimalinvasiv behandeln

Medtronic bietet mit ClosureFast™ und VenaSeal™ zwei etablierte und bewährte Verfahren an. Informieren Sie sich in kürzester Zeit, ob diese in Ihrer Praxis/Klinik als Alternative zum Stripping zur Anwendung kommen könnten.

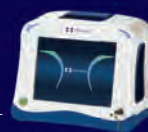
Bei Interesse bitte email an:
krampfadern@medtronic.com

Online Fortbildung
mit Dr. Zoller
MVZ ANregioMed Rothenburg o.d.T.

05. Oktober
15:30 – 17:00 Uhr



ClosureRFG™
Radiofrequenz-Generator



Knieorthesen

Sichere Führung und Schmerzlinderung beim Pes anserinus-Syndrom

Der Hilfsmittelhersteller medi baut sein Knieorthesen-Portfolio indikationsspezifisch aus. Jetzt neu im Sortiment ist die Knieorthese Genumedi® PA beim Pes anserinus-Syndrom. Wie das Unternehmen mitteilt, kann die Orthese mit einem 3D-Pelottensystem an der vorderen Oberschenkelmuskulatur, der Patella und dem Patellasehnenansatz Pes anserinus den betroffenen Sehnenansatz stimulieren und entlasten. Sie unterstützt bei der sicheren Führung der Patella und kann Schmerzen lindern.

Die neue Genumedi® PA zeichnet sich zum einen aus durch eine neue Stricktechnologie, die leichtes Anziehen ermöglicht. Als weitere Vorteile nennt medi ein angenehmes Tragegefühl und bewährte Stabilität. Die seitlichen Griffknöpfe ‚Grip-ons‘ erleichtern das Anziehen ebenfalls. Die Comfort Zone mit Riffelstruktur bietet hohen Tragekomfort in der sensiblen Kniekehle. Des Weiteren unterstützt medi die Therapie mit einem therapiebegleitenden Übungsprogramm. Der Knieorthese liegt ein Physioband bei.

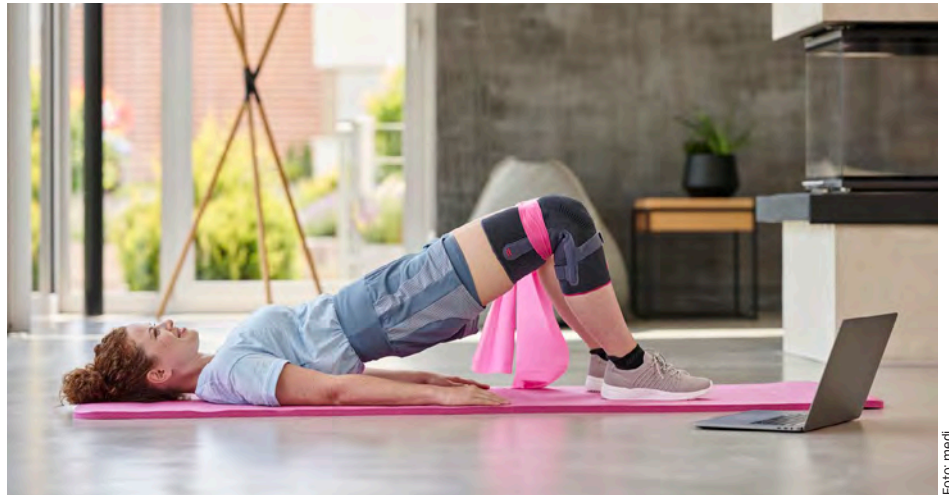


Foto: medi

Die Knieorthese Genumedi® PA kann budgetneutral verordnet werden. Im medizinischen Fachhandel wird sie angemessen. Zweckbestimmung: Genumedi® PA ist eine Orthese zur Beeinflussung des Patellagleitweges.

Kontakt: Fachinformationen für den Arzt sind unter Telefon 0921 912-977, E-Mail arzt@medi.de erhältlich. www.medi.biz/knieorthesen

Verrechnungsstelle

55 Jahre Selbstständigkeit Dr. Rudolph Meindl



Foto: Meindl

Der Gründer der Dr. Meindl und Partner Verrechnungsstelle GmbH, Dr. Rudolph Meindl, kann diesen Sommer auf 55 Jahre der selbstständigen Tätigkeit zurückblicken. In einem aktuellen Infobrief würdigt das Unternehmen die Leistungen seines Gründers:

„Die Zeit vergeht wie im Flug – und 55 Jahre ein Unternehmen aufzubauen und zu führen, bedarf schon besonderer Fähigkeiten, Leistungen, viel Initiative und Tatkraft.“

Durch seine Einstellung, ein ‚Unternehmer mit Gesicht und Herz‘ zu sein und nach den Regeln des ehrbaren Kaufmannes zu handeln, gelang es Herrn Dr. Rudolph Meindl, ein sehr gut laufendes Unternehmen mit zahlreichen Mitarbeitern und Kunden aufzubauen.

Wir freuen uns, dass Frau Hoch, langjährige Assistenz von Herrn Dr. Meindl, sowie Frau Zeppa, Marketingmanagerin, mit Herrn Dr. Meindl ein Interview führen durften.

In diesem Interview wurde Herr Dr. Meindl zu seiner Kindheit, seinem schulischen Werdegang, seiner beruflichen Laufbahn, zur Gründung der Dr. Meindl und Partner Verrechnungsstelle GmbH sowie einem Ausblick für seine persönliche Zukunft befragt. Außerdem gab er seine Einschätzung zur Entwicklung des Gesundheitsmarktes im Allgemeinen.

Das ausführliche Interview finden Sie in unserer Infobrief-Ausgabe Nr. 76 sowie auf unserer Webseite unter:

<https://verrechnungsstelle.de/infobrief/sonderausgabe-76>

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen.“

Kontakt:

Dr. Meindl und Partner Verrechnungsstelle GmbH
www.verrechnungsstelle.de



Hernienchirurgie

Versius® jetzt auch in der ambulanten Versorgung

Zum ersten Mal in Europa operiert eine niedergelassene Praxis erfolgreich mit CMR-Technologie

Der Versius®, das roboterassistierte Chirurgiesystem von CMR Surgical, hat seine Bewährungsprobe nun auch in der ambulanten Versorgung bestanden – in der Praxis für ambulante Roboterchirurgie der chirurgisch-orthopädischen Praxis Wiesbaden-Biebrich. In Europa ist das die erste Installation in einer niedergelassenen Praxis. Andre Serebrennikov, Chirurg und Partner der Praxis für Roboterchirurgie, operierte erfolgreich Hernien-Patienten mit dem Versius in seiner Praxis.

Die Vorteile für die Leistenbruch-Patienten sieht er vor allem in der stark verbesserten Präzision bei der Präparation, was zu deutlich verkürzter Rekonvaleszenz und weniger postoperativen Schmerzen führt. Seine bisherigen Erfahrungen mit dem Behandlungs- und Heilungsverlauf deuten darauf hin, dass seine Patienten nach den Operationen schneller zu ihren normalen Tätigkeiten zurückkehren können und weniger Nachuntersuchungen erforderlich sind. „Die Operationen sind problemlos verlaufen. Die Patienten waren direkt nach der Operation so gut wie schmerzfrei. Bereits am Folgetag der OP brauchten sie keine Schmerzmittel, konnten sich nahezu uneingeschränkt bewegen und auch bereits leichte Tätigkeiten ausüben. Das war normalerweise nicht der Fall, bevor ich mit dem Versius operiert habe.“ Die Praxis plant, den Einsatz des Versius Schritt für Schritt zu erweitern: zunächst für ventrale Hernien, anschließend werden weitere Indikationen folgen. Der Versius kann anderen niedergelassenen chirurgischen Kollegen im OP-Zentrum der Praxis zur Verfügung gestellt werden.

Ausschlaggebend für die Wahl des Versius für die Wiesbadener Praxis war das hohe Maß an Präzision und Kontrolle in Kombination mit der hohen Bewegungsfreiheit der Instrumente. Der Versius-Arm verfügt über vollständig rotierbare Instrumentengelenke mit sieben Freiheitsgraden und ist um 360 Grad in beide Richtungen bewegbar. Das kleine, transportable und modulare Design des Versius ermöglicht es, neben der Anwendung des endoskopischen Arms jederzeit so viele der drei unabhängigen Funktionsarme zu verwenden wie für den jeweiligen Eingriff erforderlich. Das modulare Design unterstützt

Chirurgen darüber hinaus bei der optimalen Platzierung der Ports. Eine stabile und hochauflösende 3D-HD-Sicht macht feine und feinste anatomische Strukturen erkennbar, während Chirurgen gleichzeitig die Möglichkeit haben, die Geschicklichkeit und Genauigkeit der kleinen Instrumente mit vollem Griff zu nutzen.

Dank seiner modularen Konzeption kann der Roboter nahtlos in bestehende Arbeitsabläufe und praktisch in jeden OP integriert werden

– auch in kleineren Räumen, wie sie sich oft in einer niedergelassenen Praxis finden lassen. „Unsere Erwartungen haben sich vollauf erfüllt. Wir haben eine Präzision erreicht, die mit konventioneller Laparoskopie nicht möglich ist. Dadurch können Komplikationen wie Nerven- und Gefäßverletzungen vermieden und die Wahrscheinlichkeit vermindert werden, dass sich Brüche wiederholen. Wir können jetzt die meisten Operationen dieser Art mit dem Roboter problemlos ambulant durchführen. Und falls wir im Einzelfall doch die Aufnahme in die Klinik

empfehlen, reicht in der Regel eine stationäre Übernachtung und der Patient kann am Folgetag entlassen werden“, so Andre Serebrennikov. Als Pionier der ambulanten roboterassistierten Chirurgie in Deutschland ist er nach ersten Erfahrungen mehr denn je davon überzeugt, dass die chirurgische Robotertechnologie zunehmend Operationen in der niedergelassenen Praxis erlauben wird, die ehemals auf die intensive Nachbetreuung des Krankenhauses angewiesen waren: „Die ambulante Chirurgie wird einen deutlichen Schub erfahren.“

Olivier Wolber, General Manager Europe von CMR: „Mit seinem geringen Platzbedarf eignet sich der Versius auch für kleinere Operationssäle, wie sie häufig in der ambulanten Versorgung zu finden sind. Wir freuen uns, dass er sich in der ambulanten Versorgung in einem der angesehensten Gesundheitssysteme der Welt bewährt und dass den Patienten die Vorteile der minimalinvasiven Chirurgie mit Hilfe der Robotertechnologie zugutekommen.“

Kontakt: CMR Surgical GmbH, Ruhrallee 185, 45136 Essen
customer.service@cmrsurgical.com, <https://cmrsurgical.com/de-de>



Der niedergelassene Chirurg Andre Serebrennikov ist hochzufrieden mit dem roboterassistierten Chirurgiesystem

Foto: CMR Surgical

Kinderchirurgie

Ambulante Kinderchirurgie in der Praxis – der BNKD stellt sich vor

Ein kindgerechtes Setting in der OP-Einrichtung, einfühlsame Betreuung der Eltern und langjährige kinderchirurgische Erfahrung sind Voraussetzungen dafür, dass Kinder mit chirurgischen Erkrankungen erfolgreich ambulant operiert werden können. Diesen Qualitätskriterien haben sich die Mitglieder des BNKD verschrieben.

Von Dr. Ralf Lippert

„Kinder sind keine kleinen Erwachsenen.“ Dieses Statement findet sich auf den Homepages von vielen kindermedizinischen Kliniken und Praxen. Kindern soll es also in der Praxis anders ergehen als Erwachsenen? Warum? Weil wir uns verpflichtet haben, das Kindeswohl in den Vordergrund zu stellen.

So findet sich auch in der Präambel der Satzung unserer Fachgesellschaft, der deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH e.V.) der Satz: „Die DGKCH wurde gegründet, um auf die Verwirklichung der bestmöglichen kinderchirurgischen Versorgung, auch in Zusammenarbeit mit anderen nationalen und internationalen wissenschaftlichen Gesellschaften, hinzuwirken.“

Es ist unbestritten, dass chirurgisch kranke Kinder nach Möglichkeit von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinderchirurgie behandelt werden sollten. Sie haben im Rahmen ihrer Facharztweiterbildung spezielle Techniken und Fähigkeiten erworben, um den besonderen Ansprüchen im Rahmen der Behandlung chirurgischer Erkrankungen im Kindesalter und der Betreuung der Eltern gerecht zu werden. Nicht zuletzt ein kindgerechtes Setting und ein im Umgang mit Kindern und Eltern geschultes und erfahrenes Team sind die Grundvoraussetzung für erfolgreiche und zielführende kinderchirurgische Behandlungen.

Guter Zustand der Kindermedizin in den 1990er Jahren

Die Umsetzung dieser Forderungen und Ziele führte Anfang der 1990er Jahre zu ersten Niederlassungen von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinderchirurgie deutschlandweit. Seinerzeit befand sich die Kindermedizin in Deutschland in einem guten Zustand. Eigene kinderanästhesiologische Abteilungen entstanden, der Beruf der Kinderkrankenpflegerin bzw. des Kinderkrankenpflegers war ein komplett eigenständiger Ausbildungsberuf. Derzeit erleben wir diesbezüglich einen Rückschritt und beobachten ein ‚Kliniksterben‘ bei gleichzeitigem Fachkräftemangel.

Die Pioniere der rein ambulant tätigen Kinderchirurgie in den Praxen sahen sich anfänglich Widerstand und Kritik ausgesetzt, galt doch oft

die Maßgabe, chirurgisch kranke Kinder gehörten in ein Krankenhaus. Sie schlossen sich zunächst in einer Arbeitsgemeinschaft zusammen, die schließlich im Berufsverband niedergelassener Kinderchirurgen Deutschlands e.V. (BNKD e.V.) mündete.

Gesamtes Spektrum der ambulanten Kinderchirurgie

Gegründet wurde der Berufsverband von langjährig in Klinik und Praxis erfahrenen Fachärztinnen und Fachärzten für Kinderchirurgie.



Kindgerechte Situation der Narkoseeinleitung auf dem Schoß der Mutter

In den Praxen dieser niedergelassenen Kinderchirurginnen und Kinderchirurgen wird das gesamte Spektrum der ambulanten kinderchirurgischen Versorgung angeboten; es werden derzeit jährlich zirka 50.000 ambulante Operationen bei Kindern in Vollnarkose vorgenommen. So wird vielen Kindern ein Klinikaufenthalt erspart. Laut Jahresstatistik des Berufsverbandes entfallen 48 Prozent aller Eingriffe auf das Gebiet ambulanter kinderurologischer Operationen (Hodenverlagerungen, Phimosen). Darüber hinaus werden jährlich etwa 3.000 kindliche Leistenhernien operiert.

Selbstverständlich werden auch Verletzungen im Kindesalter einschließlich Kindergarten- und Schulunfälle fachärztlich versorgt. Derzeit existieren bundesweit 43 Einzelpraxen und 20 Gemeinschafts-

praxen, von denen vier in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) organisiert sind.

Um auch in Zukunft weiterhin ein hohes Niveau ambulanter kinderchirurgischer Versorgung gewährleisten und erweitern zu können, bedarf es neben der täglichen Praxisarbeit eines berufs- und sozialpolitischen Engagements für die Kinder und ihre Eltern.

Ambulant operieren – und dann direkt nach Hause?

Bei routinemäßigen Eingriffen würden viele Erwachsene die Frage sofort bejahen, ob sie sich nach einem ambulanten Eingriff am liebsten zu Hause erholen möchten. Sie können für sich selbst die Verantwortung übernehmen, die Operation ist überschaubar, und viele wollen lieber zu Hause in ihrer gewohnten Umgebung als im Krankenhaus gesund werden. Deshalb werden immer mehr Operationen, die früher eine stationäre Unterbringung von mehreren Tagen nach sich zogen, inzwischen mit Erfolg ambulant durchgeführt. Wenn man so will, hat sich der BNKD somit schon früh an der heute mehr denn je geforderten ‚Ambulantisierung‘ in der Medizin beteiligt.

Und ambulante Operationen bei Kindern?

Wenn eine Entscheidung über eine ambulante Operation bei ihren Kindern ansteht, reagieren Eltern allerdings häufig mit Unsicherheit, oft mit Angst: Was ist mit der Narkose? Wie gehe ich mit Schmerzen um? Was passiert, wenn es Komplikationen gibt? Andererseits sind viele Eltern erleichtert, dass die nötige Behandlung keinen Krankenhausaufenthalt erfordert. Das Wissen um ambulante Operationen bei Kindern ist spärlich, verlässliche Informationen sind oft schwer zu recherchieren. Diese Lücke versucht der BNKD zu schließen.

Da nur Fachärztinnen und Fachärzte für Kinderchirurgie mit langjährigen Erfahrungen aufgenommen werden, kann ein Facharztstandard auf hohem Niveau garantiert werden.

Gleiches gilt auch für die technische Ausstattung der Praxen. Dass wir damit sowohl den spezifischen Bedürfnissen der Kinder als auch den Sicherheitsansprüchen der Eltern entgegenkommen, zeigen zum einen die hohe Akzeptanz und zum anderen die hohe Anzahl der ambulanten Operationen – Tendenz steigend.

Wir können Eltern weder die konkrete Entscheidung noch die Verantwortung abnehmen. Wir können Ihnen aber die Sicherheit intensiver persönlicher Beratung und individueller Behandlung bieten.

Zielsetzung

Ziele des BNKD sind der Ausbau und die Sicherung der freien Berufsausübung des niedergelassenen Kinderchirurginnen und Kinderchirurgen zum Wohle der Patientinnen und Patienten im Kindes- und Jugendalter.

Der Berufsverband fordert eine kinderchirurgische Versorgung, die sich am Stand der Wissenschaft orientiert und unter wirtschaftlich sowie gesundheitspolitisch vernünftigen Bedingungen erbracht werden kann. Der BNKD setzt sich für eine angemessene Vertretung der niedergelassenen Kinderchirurginnen und Kinderchirurgen in den

Dr. Ralf Lippert

Kinderchirurgische Praxis Bremen
1. Vorsitzender des BNKD e.V.
Georg-Gröning-Straße 57
28209 Bremen
Tel.: 0421 61073010
www.kinderchirurg-bremen.de
info@kinderchirurg-bremen.de



Foto: BNKD

ärztlichen Gremien ein und erhebt Anspruch auf Wahrung der Interessen seiner Mitglieder als ärztliche Minderheit. Der Berufsverband erwartet gleichzeitig von seinen Mitgliedern eine Berufsausübung, die auf einer mehrjährigen Weiterbildung und einer ständigen Fortbildung basiert und von ärztlicher Verantwortung getragen wird.

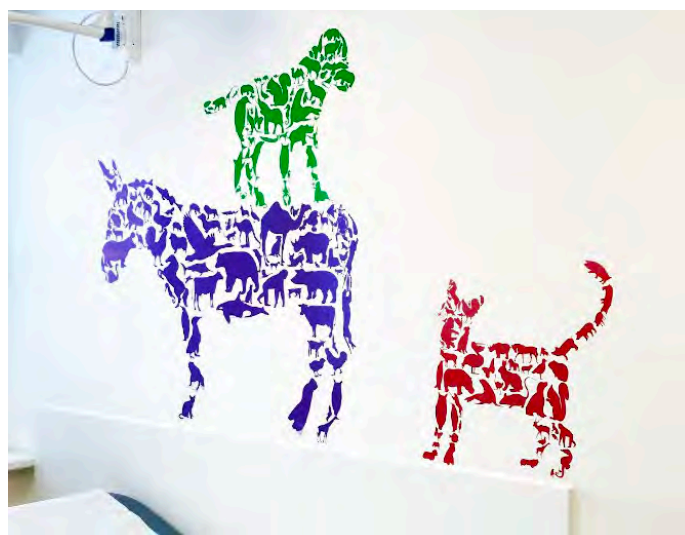


Foto: BNKD

Kindgerechtes Untersuchungszimmer

Kooperationen mit BNC und BAO

Zweck des Verbandes ist es, unter Ausschluss eines auf Gewinnerzielung gerichteten Geschäftsbetriebes die beruflichen und wirtschaftlichen Interessen seiner Mitglieder zu wahren und zu vertreten.

1. Flächendeckende Versorgung von Kindern und Jugendlichen in kinderchirurgischen Praxen.
2. Vermehrte Einflussnahme in gesundheitspolitischen Fragen.
3. Sicherstellung des berechtigten Anspruchs, dass kinderchirurgisch erkrankte Kinder von Ärztinnen und Ärzten für Kinderchirurgie versorgt werden.
4. Qualitätssicherung sowie ständige Weiterbildung.

Um diese Ziele zu wahren und deren Umsetzung weiter zu verfolgen, hat sich der BNKD entschlossen, eine Kooperation mit dem BNC und dem BAO einzugehen. Hierzu war der mit diesem Heft vorliegende Themenschwerpunkt Kinderchirurgie ein erster Schritt, die neue Kooperation mit Leben zu füllen.

Kinderchirurgie

Der Nabelbruch beim Kind: Wann abwarten, wann operieren?

Umbilikalhernien sind in den allermeisten Fällen harmlos. In seltenen Fällen müssen sie operiert werden. Wie man einen Nabelbruch erkennt, was diagnostisch zu tun ist, wann man gefahrlos abwarten kann und wann eine Operation sinnvoll oder gar notwendig ist, ist allerdings nicht allen Kinderärzten immer klar.

Von Dr. Edo Awani

Viele Eltern sind beunruhigt, wenn der Kinderarzt einen Nabelbruch bei ihrem Kind feststellt (siehe Abb. 1). Auch viele Kinderärzte sind sich nicht immer hundertprozentig sicher, wie mit dem erkannten Nabelbruch umzugehen ist. Das führt zur zunehmenden Vorstellung dieser Kinder in unseren kinderchirurgischen Sprechstunden.

Nabelbrüche bereiten in der Regel keine Beschwerden und sind eine Blickdiagnose: Es besteht eine mehr oder weniger große Vorwölbung der Haut im Bereich des Nabels. Sie sind abzugrenzen von Nabelschnurbrüchen (Omphalozele): Diese Bauchwandfehlbildungen sind schwerwiegendere Erkrankungen, bei denen Bauchorgane in den Bruchsack in der Nabelschnur gelangen. Sie lassen sich bereits pränatal sonographisch feststellen und müssen direkt nach der Geburt operativ versorgt werden [6]. Nabelbrüche hingegen sind in aller Regel harmlos. Dennoch sind Eltern, oft auch Kinderärzte, durch die Vorwölbung wechselnder Größe und ‚Geräusche‘ im Nabel besorgt – was zur Vorstellung dieser Kinder in der kinderchirurgischen Sprechstunde führt.

Epidemiologie

10–30% der Neugeborenen haben zum Zeitpunkt der Geburt eine Nabelhernie, die am Ende des ersten Lebensjahres nur noch bei 2–10% der Kinder nachweisbar ist [1]. Jungen und Mädchen sind gleich häufig betroffen. Eine wesentlich höhere Inzidenz findet sich bei afrikanischen Neugeborenen (26,6%), die Ursache hierfür ist nicht ganz klar. Frühgeburtlichkeit führt ebenfalls zu einer höheren Inzidenz (bei Geburtsgewicht 1.000–1.500 Gramm 84%, bei 2.000–2.500 Gramm 20,5%). Zudem treten Nabelhernien verstärkt auf bei autosomalen Trisomien (z. B. Trisomie 21 und 18), bei Stoffwechselerkrankungen (Hypothyreose, Mukopolysaccharidosen) und bestimmten Dysmorphie-Syndromen (z. B. Marfan Syndrom, Beckwith-Wiedemann Syndrom) [1].

Ursache

Während der Fetalentwicklung sind Mutter und Kind über die Nabelschnur verbunden. Die Nabelschnur tritt über einen kleinen Defekt in der Bauchwandmuskulatur im Bereich des Nabels in das Kind



Abb. 1: Nabelhernie



Abb. 2: Supraumbilikalhernie

Fotos: Awani

ein. Nach Abnabeln des Kindes verschließt sich dieser kleine Bauchwanddefekt in der Regel spontan. Bleibt dieser Spontanverschluss aus, besteht ein Nabelbruch (Lücke im Bereich der Muskelfaszie). Dann kann sich bei Druckerhöhung im Bauchraum (Niesen, Pressen oder einfach nur Schreien) Bauchrauminhalt (Darm) durch den Defekt unter die Haut schieben und die oft gut sichtbare Vorwölbung hervorrufen [2].

Symptome

Symptome wie Schmerzen treten in der Regel nicht auf. Vielmehr handelt sich um eine klinische Diagnose. Die mehr oder weniger große Vorwölbung der Haut im Bereich des Nabels lässt sich problemlos reponieren. Dabei kann man dann in der Tiefe auch das Ausmaß der Faszienlücke (eigentliche Hernie) bestimmen. Die sichtbare Vorwölbung der Haut (Hautnabel) entspricht meist nicht der eigentlichen Defektgröße. Auch eine kleine Faszienlücke kann einen ‚großen Nabelbruch‘ vortäuschen, wenn auf Dauer viel Bruchinhalt prolapiert ist. Wenn eine Nabelhernie Beschwerden macht, sind die Schmerzen oft direkt im Nabel lokalisiert. Im sehr seltenen Fall einer Inkarzeration ist die zuvor weiche Vorwölbung im Nabel plötzlich hart, gerötet und sehr schmerzhaft. Eine solche Einklemmung von Darm in der Bruchlücke bedarf einer sofortigen ärztlichen Versorgung und ggf. operativen Therapie.

Desweiteren gibt es hin und wieder Fälle, bei denen Säuglinge eine relativ große (> 1,5 cm Fasziendefekt) Nabelhernie haben, die ständig prolapiert und dann einen entsprechend großen Hautnabel entwickeln.

Wenn diese Kinder viel schreien, unruhig sind und viel Luft schlucken, entwickeln sie einen Meteorismus, was wiederum den Dauerprolaps propagiert. Durch die Muskulanspannung beim Schreien kommt es zu ‚Semi-Inkarzerations-Schmerzen‘, die sich zu einem Teufelskreis entwickeln können. Hier hilft in ausgewählten Fällen, den Bruch bereits im Säuglingsalter operativ zu verschließen [6]. Die eigene Erfahrung zeigt, dass die Kinder danach häufig zufriedener und ruhiger sind.

Es gibt andererseits, meist ältere, Kinder mit länger bestehenden, direkt im Nabel lokalisierten Schmerzen. Diese treten auf bzw. verstärken sich bei körperlicher Anstrengung ohne wesentlich sichtbare Vorwölbung. Die Untersuchung im Nabelgrund bereitet ausgeprägte Schmerzen. Zugrunde liegt hier ein sehr kleiner Fasziendefekt, in den sich nicht Darm, sondern ein kleines präperitoneales Lipom eingeklemmt hat. Diese recht kleinen Lücken bereiten oft mehr Beschwerden als die großen, gut sichtbaren Hernien und sollten altersunabhängig baldmöglichst operativ verschlossen werden. Auch supraumbilikale und epigastrische Hernien, die meist direkt kranial oder wenige Zentimeter kranial des Nabels in der Mittellinie liegen, sollten aufgrund der zu erwartenden Beschwerden und mangels Aussicht auf Spontanverschluss ebenfalls mittelfristig operativ verschlossen werden.

Diagnostik und Differenzialdiagnostik

Als diagnostische, bildgebende Maßnahme kommt nur die Sonografie infrage. Bei unklaren Bauchbefunden helfen auch andere bildgebende Diagnostika wie eine Magnetresonanztomographie, in absoluten Ausnahmefällen auch mal eine Computertomographie. Zu differenzieren sind die supraumbilikalen Hernien, diese liegen direkt kranial dem Nabel an (siehe Abb. 2). Eine Spontanheilung findet hier nicht statt, daher besteht die Empfehlung, diese Hernien operativ zu verschließen.

Therapie

Die Therapie ist in der Regel konservativ. Initial wünschen sich viele Eltern bei der Erstvorstellung Tipps für lokale Maßnahmen, die den Prolaps des Darms durch die Hernie verhindern (z.B. Bauch-/Nabelbinden oder Pflaster aller Art). Etliche Untersuchungen zeigen, dass lokale Maßnahmen die Rate an Spontanverschlüssen der Nabelhernien gegenüber dem Verzicht auf Maßnahmen nicht erhöhen [3]. Neueren Studien zufolge kann eine lokale Therapie aber eventuell doch zu einem schnelleren Spontanverschluss führen [4].

Wenn Eltern unbedingt etwas machen wollen, können sie lokal hautfreundliche Silikongelpflaster aufbringen. Von üblichen Pflaster ist abzuraten, da diese bei der empfindlichen Säuglingshaut schnell zu Komplikationen führen [3]. Alternativ gibt es Bauch-/Nabelbinden, die nicht zu fest gewickelt werden sollten, um die Bauchatmung der Säuglinge nicht zu behindern.

Grundsätzlich ist eine Therapie der Nabelhernie aufgrund einer extrem geringen Komplikationsrate nicht zwingend erforderlich, eine Indikation für einen operativen Verschluss besteht also selten. Zudem besteht eine sehr hohe Spontanverschlussrate von bis zu 95 % bis zum 6. Lebensjahr (ca. 85 % bis zum 4. ca. 10 % bis zum 6. Lebensjahr).

Dr. Edo Awani

Facharzt für Kinderchirurgie
Praxis für Kinderchirurgie
Nikolausstraße 10
88212 Ravensburg
Tel.: 0751-35504260
Fax: 0751-35504261
dr.e.awani@kinderchirurgie-rv.de
www.kinderchirurgie-rv.de



Foto: Awani

Dennoch gibt es eine kleine Population an Kindern, bei denen man sich über eine operative Therapie Gedanken machen muss. Dies sind die Kinder mit einem Fasziendefekt >1,5 cm, mit expliziten Nabelschmerzen oder mit kosmetisch störend großen (Hautnabel-) Befunden [1]. Für Mädchen gibt es in der englischsprachigen Literatur die Empfehlung, eine nach dem 4.–6. Lebensjahr noch bestehende Nabelhernie auf jeden Fall operativ zu verschließen. Hintergrund ist eine dort deutlich erhöhte Komplikationsrate (Schmerzen und Einklemmung) im Rahmen einer späteren Schwangerschaft [7]. Ist eine operative Therapie angezeigt, wird diese immer in Vollnarkose durchgeführt. Das Vorgehen besteht in der Regel in einer von einem infraumbilikalen Schnitt aus durchgeführten Resektion des Bruchsackes und einem direkten Verschluss der Faszienlücke mit Naht ohne Einbringen von Fremdmaterialien. Der Eingriff dauert bis zu 30 Minuten und kann ambulant durchgeführt werden.

Komplikationen

Die Komplikationsrate ohne und mit OP ist relativ gering; ohne operative Versorgung liegt die Komplikationsrate für eine Einklemmung bei 0,07–0,3 % [1]; die Komplikationsrate liegt nach operativer Versorgung der Hernie bei ca. 2 % (Wundinfektion, Hämatom, Rezidiv) [5, 6, 7].

Zusammenfassung

Die Nabelhernie ist im Grunde eine harmlose Entität mit niedriger Komplikationsrate. Häufig führen verunsicherte Eltern, nur selten tatsächliche Beschwerden, zur Vorstellung in unserer kinderchirurgischen Sprechstunde. Dann gilt es zu differenzieren, wann weiter konservativ behandelt werden kann und wann eine operative Therapie angezeigt ist.

Ist die OP-Indikation einmal gestellt, handelt es sich um einen operativen Eingriff, der in der Hand eines im Umgang mit Kindern Erfahrenen schnell, sicher und komplikationsarm unter ambulanten Bedingungen durchgeführt werden kann. Die Rekonvaleszenzphase nach einem solchen Eingriff ist kurz, nach einer Woche kann Kindergarten oder Schule wieder besucht, nach zwei Wochen Sport getrieben werden. Je jünger die Kinder sind, desto schneller sind sie wieder mobil. ◀

Literatur

Zu den Literaturverweisen gelangen Sie online über den Kurzlink <https://tinyurl.com/4jsdn6v> bzw. indem Sie den nebenstehenden QR-Code scannen.



Kinderchirurgie

Besonderheiten in der ambulanten Kindertraumatologie

In der Therapie kindlicher Verletzungen kommt es darauf an, rasch kindertypische Verletzungsmuster zu erkennen, auf eine adäquate Schmerztherapie zu achten und unnötige Manipulationen vor Ort zu vermeiden. Die Bildgebung sollte gezielt erfolgen, die korrekte Ruhigstellung einer Verletzung bedarf großer Sorgfalt.

Von Dr. Marc J. Jorysz

Die Kindertraumatologie zeichnet sich durch wesentliche Unterschiede zur Erwachsenentraumatologie aus. Am offensichtlichsten sind dabei die Besonderheiten der operativen Versorgung von Frakturen aufgrund der noch offenen Wachstumsfugen.

Auch die Berufsgenossenschaften tragen den Besonderheiten der Kindertraumatologie Rechnung, indem sie eine gesonderte D-Arzt-Zulassung für Kinderchirurgen zur Behandlung der Kindergarten-, Schul- und Wegeunfälle bis zum vollendeten 15. Lebensjahr geschaffen haben [1]. Typischerweise beinhaltet die ambulante Kindertraumatologie im Bereich der niedergelassenen Kollegen zumeist die konservative Behandlung von Frakturen und Verrenkungen, die Wundversorgung und die ambulanten Metallentfernungen. Im belegärztlichen Bereich kommt dann auch die stationäre Versorgung schwerer Verletzungen, je nach kindertraumatologischer Expertise, ins Spiel.

In diesem Artikel soll ein kurzer Überblick über die wichtigsten Besonderheiten in der ambulanten Kindertraumatologie gegeben werden. Er soll den Kolleginnen und Kollegen die wichtigsten Unterschiede zur Primärversorgung bei Erwachsenen aufzeigen oder in Erinnerung rufen. Spezielle kinderchirurgische Fragestellungen sollen hier bewusst nicht erörtert werden.

Diagnostische Grundsätze

Bei Eintreffen eines verletzten Kindes in der Praxis stellt sich, schon vor einer möglicherweise notwendigen Röntgendiagnostik, die Frage, um was für eine Art der Verletzung es sich bei dem Kind handeln könnte. Hierbei gibt es eine Reihe von Grundsätzen, welche eine gewisse Einschätzung ermöglichen.

- ▶ **85 Prozent aller Frakturen im Kindesalter finden sich an den Extremitäten.** Die anderen Frakturlokalisationen, insbesondere Becken Thorax und Wirbelsäule, sind im Kindesalter eine Seltenheit. Schaftfrakturen im Kindesalter sind statistisch etwa 50-mal häufiger als Gelenkfrakturen [2].
- ▶ **Im Kindesalter ist eine Fraktur bzw. ein össärer Bandausriss immer wahrscheinlicher als eine intraligamentäre Bandruptur.** Speziell

bei den häufigen Sprunggelenksdistorsionen braucht man sich unterhalb des zehnten Lebensjahres kaum Sorgen um eine isolierte Bandverletzung am Außenknöchel oder im Bereich der Syndesmose zu machen [3]. Demzufolge ist auch eine Kernspintomografie nur selten indiziert.

- ▶ **Eine Fraktur ist wahrscheinlicher als eine Luxation.** Bei Verletzungen im Bereich des Ellenbogengelenkes unterhalb des Schulalters handelt es sich praktisch nie um eine Ellenbogenluxation, sondern im Allgemeinen immer um eine Fraktur. Für die Schulter gilt dies sogar bis zum zehnten Lebensjahr [4]. Dementsprechend haben sofortige Repositionsversuche unter den jeweiligen Altersgrenzen ohne sichere radiologische Diagnose unbedingt zu unterbleiben.



Abb. 1 a + 1 b: Eine Fraktur (1 a) ist manchmal schwer von einer Luxation (1 b) zu unterscheiden

► Eine Grünholzfraktur gilt als potenziell stabile Fraktur, jedoch ist nicht jede kindliche Fraktur aufgrund des Alters des Patienten eine Grünholzfraktur. Die Grünholzfraktur ist eine Biegungsfraktur im Schaftbereich der Röhrenknochen mit erhaltener Kortikalis auf der konkaven Seite. Sie ist nicht zu verwechseln mit der ebenfalls häufigen, metaphysären Wulstfraktur, welche besonders häufig im Bereich des distalen Radius und der Tibia vorkommt [5].

Dies waren ein paar Punkte, welche man bei der primären Untersuchung kindlicher Frakturen im Kopf haben sollte. Die Prüfung der klinischen Frakturzeichen verbietet sich jedoch [6].

Relevanz der Schmerztherapie

Die Schmerztherapie hat im Kindesalter eine ganz besondere Bedeutung. An ihr manifestiert sich für die Eltern die ärztliche Qualität. Wenn der Arzt die Schmerzen rasch in den Griff bekommt, dann ist er der Held. Auch ohne differenzierte Schmerzbeschreibung durch die Kinder gibt es die Möglichkeit, durch gute klinische Beobachtung einen Eindruck von der Intensität der Schmerzen zu erhalten. Selbstverständlich ist das Schmerzempfinden, wie bei den Erwachsenen, individuell sehr variabel. Der Spruch, dass kleine Kinder nur kleine Schmerzen haben sollen, stimmt mit Sicherheit nicht.

Die Tatsache, dass sich ein Kind ruhig verhält, sollte einen als Arzt nicht zu dem Schluss verleiten, dass das Kind schmerzfrei sei. Man denke hier an die im Winter häufigen Verbrühungen: Die Kinder sind oft sehr ruhig, einfach aus der Tatsache heraus, dass sie in einen beginnenden Schock geraten sind. Hier kann eine adäquate intravenöse Schmerztherapie außerordentlich helfen, die Kinder klinisch rasch wieder zu verbessern und aus dem Schockzustand zu befreien.

Bei Kindern gilt das gleiche Stufenschema der Schmerztherapie wie bei Erwachsenen [7]. Am gebräuchlichsten sind hier als Basismedikamente Paracetamol und Ibuprofen. Intravenös werden vor Ort am häufigsten Ketamin, Piritramid und Fentanyl verwendet. Es sollte jeder das Medikament nutzen, mit dem er sich am sichersten fühlt. Ein Kind mit einer Verbrühung wird man mit rektal verabreichtem Paracetamol alleine jedoch kaum ausreichend schmerzfrei bekommen.

Dr. Marc J. Jorysz

Facharzt für Kinderchirurgie, Chirotherapie,
D-Arzt, Leitender Arzt der Kinderchirurgie
Südostbayern

Beisitzer im Vorstand des BNKD e.V.

Schierghoferstrasse 1, 83278 Traunstein
Tel.: 0861 705-1041
info@kinderchirurgie-sob.de
www.kinderchirurgie-sob.de



Foto: Jorysz

Keine Indikation für Reposition am Unfallort

Eine häufig gestellte Frage ist die nach der Reposition einer Fraktur am Unfallort. Aus kinderchirurgischer Sicht sehen wir hierfür keine Indikation. Häufig wird das Argument der peripheren Durchblutungs- oder Sensibilitätsstörung bei klinischen Fehlstellungen ins Feld geführt. Trotzdem sehen wir hier eher keine Indikation zur Reposition vor Ort. In Deutschland sind die Patienten in aller Regel innerhalb von 30 bis 60 Minuten gut in eine behandelnde Einrichtung zu verbringen. Wenn intraoperativ eine Blutsperre anlegt wird, so gibt es ja auch keine Bedenken, diese für eine gute Stunde zu belassen.

Ein weiteres Argument gegen eine primäre Reposition vor Ort ohne vorausgehende Diagnostik besteht in den möglichen Risiken, welche durch die besonderen Eigenheiten kindlicher Frakturen gegeben sind. Wir überführen dabei eine im Kindesalter stabile Grünholzfraktur in eine instabile Fraktur [8]. Trotz Korrektur einer möglicherweise klinisch grotesken Fehlstellung wird durch die entstehende Instabilität die folgende notwendige operative Prozedur häufig erheblich aufwändiger.

Wer kann vor Ort und mit eingeschränkter kindertraumatologischer Erfahrung, die repositionsfähige, aber seltenere Luxation von der häufigeren, nicht korrekt reponierbaren Fraktur beim Kind sicher unterscheiden (siehe Abb. 1 a und 1 b)?

Ruhigstellung soll Situation für das Kind verbessern

Ein weiterer, sehr wichtiger Punkt ist das Thema der Ruhigstellung einer Fraktur. Am wichtigsten dabei ist, dass die Ruhigstellung die Situation für das Kind verbessern und eine Schiene nicht nur um ihrer selbst Willen angelegt werden sollte (siehe Abb. 2).

Eine gut angelegte Schiene hat den Vorteil, dass das Umlagern oder der Transport des Kindes relativ schmerzfrei vonstatten gehen kann. Eine adäquate Ruhigstellung ist für jeden Kindertraumatologen mit einer guten Schmerztherapie zu vergleichen. Je kleiner das Kind, desto wichtiger ist es, bei der Ruhigstellung zumindest auch das proximal der Verletzung gelegene Gelenk mit ruhigzustellen. Als Faustregel kann hierbei gelten, dass unter dem Schulalter immer eine Oberarmschiene oder ein Oberarmgips bzw. eine Oberschenkelschiene oder ein Oberschenkelgips zur adäquaten Ruhigstellung einer Verletzung notwendig ist. Lieber sollte eine Extremität einmal zu oft als zu selten im Sinne der kindlichen Schmerzfürsorge gegipst werden. Ein Softcast mit Longuette ist dabei immer ausreichend; die Anlage sollte – insbesondere bei kleinen Kindern – ärztliche Aufgabe sein (siehe Abb. 3 a und 3 b).



Foto: Jorysz

Abb. 2: Schlecht sitzende Schiene um ihrer selbst Willen



Abb. 3 a + 3 b: Schlecht angelegte Gipse



Abb. 4 a + 4 b: Übersichtsaufnahme Arm rechts ohne erkennbare Fraktur



Abb. 5 a + 5 b: Gezielte Röntgenaufnahme jetzt mit gut erkennbarer supra-kondylärer Humerusfraktur. Gleicher Patient wie bei Abb. 4 a + 4 b

Stellenwert von Ultraschall und Röntgen

Nun noch einige Bemerkungen zur Bildgebung beim kindlichen Trauma. Nicht nur beim stumpfen Bauchtrauma, sondern auch im Rahmen der Frakturdiagnostik bei Kindern kommt zunehmend die Sonografie zum Einsatz. Im Bereich der langen Röhrenknochen erlaubt die Sonografie eine gute, rasche und schmerzfreie Darstellung von Frakturen in mehreren Ebenen [9, 19, 11, 12].

Wenn ein Röntgenbild notwendig ist, gibt es im Kindesalter ein paar ganz selbstverständliche Regeln:

- ▶ Röntgen wann immer möglich in zwei Ebenen. Man sollte vorher, schon durch die klinische Beurteilung in etwa wissen, was für eine Verletzung auf dem Röntgenbild zu erwarten ist. Dieses Vorgehen erlaubt die Durchführung gezielter und aussagekräftiger Röntgenaufnahmen anstatt orientierender und nutzloser Ganzarm- oder Ganzbeinaufnahmen (siehe Abb. 4 a und 4 b, 5 a und 5 b).
- ▶ Die Röntgenuntersuchung der Gegenseite ist heutzutage obsolet, und sogenannte Behelfsaufnahmen sollten der Vergangenheit angehören [13].

Bevor das Kind nun einer möglicherweise operativen Therapie zugeführt wird, sei abschließend noch auf ein häufiges Problem hingewiesen: Die Kinder sind unbedingt, auch bei der weiteren Diagnostik, oder auf dem Transport in die Klinik, nüchtern zu lassen! Es ist ein Reflex aller Beteiligten, Kindern, die Schmerzen haben, die weinen oder die einem einfach leidtun, zur Beruhigung etwas in den Mund zu stecken.

Zusammenfassung

Zusammenfassend ist es also wichtig, vor Ort kindertypische Verletzungsmuster zu kennen, den Kindern eine adäquate Schmerztherapie zukommen zu lassen und unnötige Manipulationen vor Ort zu vermeiden. Die Bildgebung sollte gezielt erfolgen, und die korrekte Ruhigstellung einer Verletzung bedarf großer Sorgfalt. ◀

Literatur

Zu den Literaturverweisen gelangen Sie online über den Kurzlink <https://tinyurl.com/4jsdn6v> bzw. indem Sie den nebenstehenden QR-Code scannen.



Kinderchirurgie

Ambulante Kindertraumatologie am konkreten Fallbeispiel

Von Elena Mastragelopulu

Kindliche Unterarmfrakturen sind sehr häufig, nur etwa ein Viertel davon betreffen die Diaphyse selbst. Die Frakturhäufigkeit nimmt von proximal nach distal zu. Als Unfallmechanismus ist eine indirekte Gewalteinwirkung auf den Unterarm typisch. Meist handelt es sich um einen Sturz auf den ausgestreckten Arm.

Ein dreijähriger Junge stellte sich zum ersten Mal in unserer Praxis vor. Anamnestisch berichtete die Mutter, der Junge sei sieben Tagen zuvor auf den rechten ausgestreckten Arm gefallen. Initial wurde der Junge am Unfalltag im Krankenhaus vorgestellt, wo nach Untersuchung des Kindes eine isolierte radiologische Darstellung des Handgelenkes erfolgte, welche keine Anzeichen für eine frische knöcherne Verletzung zeigte. Man legte dem Kind einen Voltarensalbenverband an, verbunden mit der Maßgabe der körperlichen Schonung.

Bei persistierenden Schmerzen erfolgte die Vorstellung sieben Tage nach dem Trauma in unserer Praxis. Bei der klinischen Untersuchung zeigte sich ein Druckschmerz des gesamten rechten Unterarmes mit Bewegungseinschränkung desselben. Eine direkte Fehlstellung war nicht zu sehen. Haut, Durchblutung und Neurologie waren unauffällig. Es erfolgte eine erneute radiologische Darstellung des gesamten rechten Unterarmes, welche eine komplette Unterarmschaftfraktur im distalen Schaftdrittel zeigte. Dabei zeigte sich der Radius um 10° und die Ulna um 6° nach dorsal abgekippt (siehe Abb. 1).

Im Anschluss erfolgte nach ausführlicher Beratung der Mutter eine konservative Therapie mit Anlage eines zirkulären Oberarmgipses mit Retention. Die radiologische Stellungskontrolle nach Anlage (siehe Abb. 2)

Elena Mastragelopulu

Fachärztin für Kinderchirurgie,
D-Ärztin

Schriftführerin im Vorstand BNKD e.V.

Friedrich-Ebert-Str. 13

33602 Bielefeld

Tel.: 0521 139797

emastragelopulu@googlemail.com

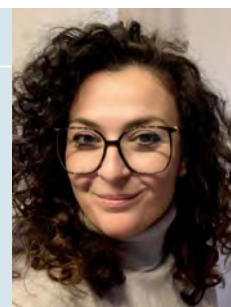


Foto: BNKD

zeigte eine achsengerechte Stellung der Fraktur, die sich bei der radiologischen Kontrolle eine Woche später bestätigte (siehe Abb. 3). Folglich konnte die Ruhigstellung nach insgesamt fünf Wochen beendet werden. Die Konsolidierungskontrolle zeigte ausreichend Kallus (siehe Abb. 4).

Bei Kleinkindern kann die klinische Untersuchung erschwert und unzuverlässig sein, umso mehr bei sehr jungen und aufgeregten Kindern nach einem Sturz. Hier empfiehlt es sich, den Unterarm mit beiden angrenzenden Gelenken zu röntgen, da die Angabe des Kleinkindes bezüglich der Schmerzlokalisierung sehr oft täuschen kann.

Für alle nicht und gering dislozierten Unterarmschaftfrakturen beim Kleinkind ist die Ruhigstellung im Oberarmgips weiter die Therapie der Wahl. Bei dislozierten Frakturen bei jungen Kleinkindern sollte eine Reposition und Ruhigstellung in Narkose erfolgen. Für die dislozierten oder instabilen Unterarmschaftfrakturen ab Kindergartenalter ist die elastische stabile intramedulläre Nagelung (ESIN) weiterhin die ideale kindgerechte Osteosyntheseform mit sehr guten funktionellen Ergebnissen. ◀



Abb. 1: Komplette Fraktur des Unterarmschafts



Abb. 2: Radiologische Stellungskontrolle nach Anlage des Gips

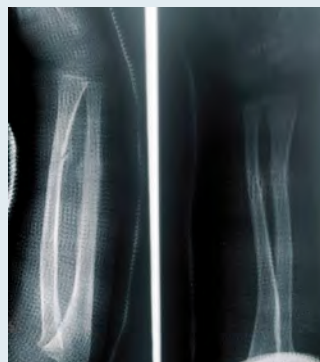


Abb. 3: Röntgenkontrolle eine Woche nach Retentionsgips



Abb. 4: Röntgenkontrolle nach insgesamt 5 Wochen

Fotos: Mastragelopulu

Kinderanästhesie

Patientensicherheit: „Eltern vertrauen uns das Wertvollste an, das sie haben ...“

Ein strukturiertes Team-Briefing unmittelbar vor der Narkoseeinleitung kann bei Operationen an Kindern die Sicherheit der kleinen Patientinnen und Patienten signifikant verbessern. Für ihre Checkliste pedSOAP-M sind Anästhesiologen der Medizinischen Hochschule Hannover nun mit einem Preis ausgezeichnet worden.

Von Antje Thiel

Am 12. Mai 2022 verlieh das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) zum neunten Mal den Deutschen Preis für Patientensicherheit in den Kategorien Sonderpreis und drei Platzierungen. Für den 3. Platz überzeugte die Jury die Arbeit von Dr. Oliver Keil, Katja Brunsmann und Priv.-Doz. Dr. Christiane Beck von der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Sie hatten sich mit einem Projekt zur ‚Verbesserung der Patientensicherheit durch die Einführung eines strukturierten Team-Briefings unmittelbar vor der Einleitung einer Kinderanästhesie‘ beworben.

Bei dem Projekt handelt es sich um das Schema pedSOAP-M, das sich aus den einzelnen Arbeitsschritten des Anästhesie-Briefings ableitet: Suction (Absaugung), Oxygen (Sauerstoff), Airway (Atmung), Pharmaceuticals (Medikation) und Monitoring (Überwachung). Vor der Narkoseeinleitung gehen Anästhesist bzw. Anästhesistin und Anästhesiepflegekraft gemeinsam die Checkliste durch und prüfen, ob sämtliche relevanten Fragen geklärt sind (siehe Kasten). „An der MHH nutzen wir SOAP-M bereits seit 2018, doch nun haben wir es für die Belange der Kinderanästhesie verfeinert und modifiziert“, erklärt Projektleiter Dr. Oliver Keil. Seit Februar 2020 ist das Briefing nach dem pedSOAP-M Schema an der MHH-Kinderklinik Standard.

Mangelnde Kommunikation ist zentrale Fehlerquelle

Dem Team der Kinderanästhesie war es wichtig, keine weitere ‚Ankreuzliste‘ oder eine EDV-basierte Checkliste zu etablieren. Ziel war es vielmehr, die Kommunikation im Anästhesieteam einer universitären Kinderklinik vor der Einleitung einer Kinderanästhesie zu verbessern und ein Briefing in die Abteilungskultur zu integrieren. Denn bekanntlich entstehen Fehler in der Medizin besonders häufig durch mangelnde Kommunikation. Vermeidbare Einzelfehler oder die unglückliche Verkettung mehrerer Fehler können zu einer Gefährdung oder Schädigung von Patientinnen und Patienten führen.

Mitverantwortlich für Fehlkommunikation ist zum einen die Fallzahl-dichte, die auch in der Kinderanästhesie unter den ökonomischen Bedingungen der letzten Jahre sehr gestiegen ist: „Die hohe Arbeits-

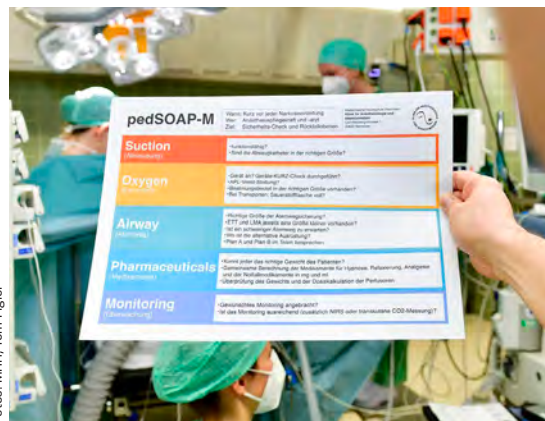


Priv.-Doz. Dr. Christiane Beck, Katja Brunsmann und Dr. Oliver Keil von der MHH zusammen mit der Laudatorin Birgit Pätzmann-Sietas vom Deutschen Pflegerat bei der Preisverleihung

verdichtung und der ökonomische Druck in der Patientenversorgung bergen ein Risiko für Fehler, die durch Ablenkung, Unaufmerksamkeit oder Übermüdung entstehen“, heißt es in der Projektbeschreibung von pedSOAP-M. Der Fachkräftemangel sorgt zusätzlich für eine erhöhte Personalfuktuation. Oftmals müssen sich wenig bekannte Teams einer sehr komplexen Aufgabe stellen: „Immer häufiger kommen dabei auch weniger erfahrene Kräfte zum Einsatz“, berichtet Dr. Keil. Ohne routinemäßiges Briefing kann es daher leicht zu Fehlern oder Versäumnissen in der Kommunikation führen.

Frühchen mit 350 g und adipöse Jugendliche mit 130 kg

In der Kinderanästhesie betrifft dies häufig die Dosierung auf Basis des dokumentierten Körpergewichts des Kindes. „Wenn ein falsches Körpergewicht in die Perfusorpumpe eingegeben wird, kann das zu einer gefährlichen Fehldosierung führen“, sagt Dr. Keil. „Bei Erwachsenen geht man bei einer Narkose standardmäßig von 70 Kilogramm Körpergewicht aus. Natürlich gibt es da auch zum Teil deutliche Abweichungen nach oben oder unten. Doch bei Erwachsenen sind die Unterschiede im Körpergewicht viel geringer als hier in der Kinderklinik, wo



Fotos: MHH, Tom Fiegel



Links: Mit der übersichtlichen Checkliste kann das Team vor der Narkoseeinleitung rasch alle relevanten Fragen klären

Rechts: Gut sichtbar platziert, haben alle Teammitglieder das Schema immer im Blick

wir Frühchen mit einem Gewicht von 350 Gramm ebenso behandeln wie adipöse Jugendliche, die 130 Kilogramm auf die Waage bringen.“ Ist also etwa für ein drei Kilogramm schweres Kind fälschlicherweise ein Körpergewicht von 30 Kilogramm eingetragen, kann dies zu einer zehnfachen Überdosierung des Narkosemittels führen. „Gerade bei den ganz kleinen Kindern geht es um Dosierungen im Mikrogramm-Bereich, darüber muss im Vorwege also unbedingt gesprochen werden“, betont Dr. Keil.

Falsches Körpergewicht bei 13 von 1.000 Kindern

Dass dies nicht nur theoretische Überlegungen sind, zeigt die Evaluation und Validierung des Projekts zwischen November 2020 und Oktober 2021. So wurde in 1.025 Fällen nach dem Briefing ein Protokoll ausgefüllt, um für die Patientensicherheit relevante Fehler zu dokumentieren, die durch das Briefing mittels pedSOAP-M vermieden werden konnten. Insgesamt betraf dies 10,8 Prozent der Fälle. So war tatsächlich bei 13 von 1.025 Kindern und Jugendlichen initial ein falsches Körpergewicht eingetragen gewesen. „Das hat uns sehr erschrocken“, gibt der Projektleiter zu. „Denn immerhin vertrauen uns Eltern das Liebste an, das sie haben. Wir tragen große Verantwortung, dafür zu sorgen, dass die Kinder nicht zu Schaden kommen.“

Eine weitere Fehlerquelle bei der Dosierung betrifft die unterschiedlichen notwendigen Verdünnungen der Medikamente zur Durchführung einer Kinderanästhesie. „Beim Briefing kann man noch einmal gemeinsam prüfen, ob tatsächlich korrekt von mg zu ml umgerechnet wurde“, berichtet Dr. Keil. Das kurze Briefing unmittelbar vor der Narkoseeinleitung nimmt nur ein bis zwei Minuten in Anspruch und kann derartige Fehler im Vorfeld aufdecken, so lange man sie noch korrigieren kann. Insgesamt gelang es dem Kinderanästhesie-Team, mithilfe von pedSOAP-M die Zahl der Medikationsfehler um 2,4 Prozent zu senken. Insbesondere die sehr erfahrenen Anästhesistinnen und Anästhesisten bemerkten die meisten Fehler.

Problemlos für den ambulanten Bereich adaptierbar

Viele im Team seien anfänglich skeptisch gewesen, berichtet Dr. Keil. „Doch nachdem der erste Fehler mithilfe von pedSOAP-M aufgedeckt wurde, waren sie aufgeschlossener.“ Inzwischen sei das Briefing allen Teammitgliedern quasi in Fleisch und Blut übergegangen und werde

sogar aktiv eingefordert. Die APS-Jury war insbesondere deshalb ange-tan von dem MHH-Projekt, weil sich das Briefing-Konzept ohne Weiteres sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich adaptieren lässt. „Jede Abteilung oder OP-Einrichtung kann die Inhalte des Schemas an die eigenen Erfordernisse anpassen“, erklärt Dr. Keil.

Während die grundsätzliche Systematik von SOAP-M immer gleich bleibt, können die mit den einzelnen Schritten verbundenen Briefing-Fragen variieren. Im ambulanten Bereich werde ggf. nicht immer die Nah-Infrarot-Spektroskopie (NIRS) zur Überwachung der Sauerstoffsättigung des Gewebes vorgehalten. Dann könne man beim ‚Monitoring‘ die jeweils vorhandenen Überwachungs-Tools eintragen und im Briefing gemeinsam checken, meint der MHH-Anästhesist. ◀

preSOAP-M: Das sind die einzelnen Schritte des Briefings

Wann?	Kurz vor jeder Narkoseeinleitung
Wer?	Anästhesiepflegekraft und -ärztin bzw. -arzt
Ziel?	Sicherheits-Check und Rückfallebenen
Suction (Absaugung):	Funktionsfähig? Haben die Absaugkatheter die richtige Größe?
Oxygen (Sauerstoff):	Gerät eingeschaltet? Kurz-Check des Geräts durchgeführt? APL-Ventil-Stellung? Beatmungsbeutel in der richtigen Größe vorhanden? Bei Transporten: Sauerstoffflasche voll?
Airway (Atemwege):	Richtige Größe der Atemwegsicherung? ETT/LMA jeweils eine Größe kleiner vorhanden? Ist ein schwieriger Atemweg zu erwarten? Wo ist die alternative Ausrüstung? Plan A und Plan B im Team besprechen
Pharmaceuticals (Medikation):	Kennt jeder das korrekte Gewicht der Patientin bzw. des Patienten? Gemeinsame Berechnung der Medikamente für Hypnose, Relaxierung, Analgesie und der Notfall-medikamente in mg und ml Überprüfung des Gewichts und der Dosiskalkulation der Perfusoren
Monitoring (Überwachung):	Gewünschtes Monitoring angebracht? Ist das Monitoring ausreichend (zusätzlich NIRS oder transkutane CO ₂ -Messung)?

Link zur Projektbeschreibung inkl. Schema:

www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2022/05/Expose_pedSOAP.pdf

Proktologie

16. Symposium ‚Aktuelle Proktologie‘ des Proktologischen Zentrums Berlin

Auch in diesem Jahr fand die Fortbildung am 7. Mai 2022 pandemiebedingt zum dritten Mal in Folge ausschließlich virtuell statt. Die 300 Teilnehmenden bekamen ein breites interdisziplinäres Spektrum an proktologisch relevanten Themen aus Praxis und Klinik präsentiert. Der Termin für 2023 steht bereits fest.

Von Dr. Daniel Sterzing und Dr. Horst Loch

Dr. Horst Loch (Berlin) eröffnete die Veranstaltung mit dem einführenden Vortrag über **die historische Entwicklung der Proktologie**. Proktologische Erkrankungen, vor allem Hämorrhoiden und Fisteln, gehören zu den ältesten Erkrankungen der Menschheit. Er beschrieb die Entwicklung der Proktologie, beginnend im alten Ägypten vor 4.500 Jahren, bis in die heutige Zeit, veranschaulicht mit zahlreichen historischen Abbildungen.

Im Anschluss folgte die Präsentation von Dr. Bernhard Strittmatter (Freiburg) über **die proktologische Praxis: Besonderheiten, Ausstattung, Organisation**. Um eine proktologische Praxis auf hohem Niveau, insbesondere inklusive einer Endoskopie, zu betreiben, ist sehr vieles zu beachten. Der reibungslose Ablauf bedarf einer durchdachten Praxisorganisation und motiviertem Personals. Die Anforderungen an die Hygiene nehmen stetig zu und haben durch die Covid-19-Pandemie noch einmal neue Dimensionen erhalten. Auch die notwendigen Datenschutzrichtlinien sind weiterhin im ständig im Auge zu behalten.

Danach sprach Dr. Thorsten Unglaube (Berlin) über **Robotik in der Proktologie**. Robotische Operationssysteme werden seit etwa 20 Jahren in der Viszeralchirurgie eingesetzt und halten immer mehr Einzug in den chirurgischen Abteilungen. Mittlerweile haben mehrere Anbieter ein anwendungsreifes System entwickelt, dies teilweise schon auf den Markt gebracht oder sind dabei, dies zu etablieren. Die Systeme versprechen eine verbesserte Darstellung und Auflösung des Operationsgebietes, eine erhöhte Präzision bei der Präparation und eine mit sieben Freiheitsgraden optimierte Beweglichkeit der Instrumente. Diese Vorzüge sollen u. a. zu Verringerung der Schmerzen, einer schnelleren postoperativen Erholung und zu einem verkürzten stationären Aufenthalt beitragen. Im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der künstlichen Intelligenz sind weitere Fortschritte zu erwarten. Einer breiter Anwendung stehen aktuell jedoch die noch immensen Kosten im Wege.

Prof. Marc H. Jansen (Berlin) sprach über **Aktuelles zum Rektumkarzinom**. Er erläuterte die Vorteile der minimalinvasiven Chirurgie und des Programms ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) in der



Nach einem proktologischen Eingriff ist das wichtigste Element der postoperativen Therapie die Schmerztherapie

chirurgischen Behandlung des Rektumkarzinoms. Die Studienlage zeigt nun eindeutig die Gleichwertigkeit im onkologischen Outcome der Patienten. Jedoch werden diese Verfahren weiterhin erst bei ca. 60 Prozent aller Rektumkarzinome in Deutschland eingesetzt. Bei sehr tiefen Rektumkarzinomen ist die transanale totale mesorektale Exzision (TME) ein neues Verfahren, mit der in ausgewählten Fällen ein Sphinktererhalt noch ermöglicht werden kann. Jedoch sind bei dieser Technik vermehrt präsakrale Abszesse, Urethraläsionen und Blasenentleerungsstörungen beobachtet worden. In den nächsten Jahren wird das Augenmerk besonders auf der totalen neoadjuvanten Therapie liegen.

Studien (RAPIDO, PRODIGE 23) an fortgeschrittenen Rektumkarzinomen konnten eine vollständige Ansprechrates von 28 Prozent feststellen. So werden neue Strategien des beobachtenden Abwartens interessant, und der optimale Zeitpunkt für die Chirurgie ist noch nicht ermittelt. Außerdem ergeben sich, bei vollständiger Remission, neue

Fragen zur (sinnvollen) Nachsorge und zum besten Vorgehen zur frühen und sicheren Ermittlung des Rezidives.

Dr. Johannes Jongen (Kiel) stellte dann die **supportive Therapie nach proktologischen Eingriffen** vor. Das wichtigste Element in der postoperativen Phase ist die Schmerztherapie, die aber schon präoperativ und bei der OP-Aufklärung mit dem Patienten erläutert werden sollte. In der AWMF-Leitlinie zu postoperativen Schmerzen wird spezifisch auf proktologische Wunden eingegangen. Die meisten Wunden im Analbereich heilen per secundam und haben ein geringes Infektionsrisiko. Dies sollte im Hygieneplan verzeichnet werden. Duschbäder sind regelmäßig postoperativ, insbesondere nach dem Stuhlgang durchzuführen. Es gibt keine Salbe, Lösung oder Verbände, die eine sekundär heilende Wunde schneller heilen lassen. Zur Schmerzlinderung im Analbereich können Salben mit Glyzeroltrinitrat, Diltiazem, Nifedipin usw. benutzt werden. Intraanale Tamponaden sollen nicht mehr benutzt werden. Zur Stuhlregulierung sollte Macrogol oder ein Quellmittel gegeben werden. Es gibt Patienten, die eine Kompresse auf der Analwunde nicht vertragen. Wenn sie vertragen wird, sollte eine Vlieskompressen mit Salbe vorgelegt werden. Die Wundheilung im Analbereich dauert zwei bis drei Monate, manchmal auch länger, denn die Wunde muss in einem Bereich heilen, der täglich von massiv kontaminiertem Material passiert wird.

Dr. Gerd Kolbert (Hannover) berichtete über die **proktologische Pharmakotherapie**. Diese umfasst ein deutlich breiteres Spektrum als nur die Therapie des Hämorrhoidalleidens. So gibt es hochwirksame Pharmaka auch für die Therapie der Analfissur, für anale Hauterkrankungen und in der Therapie der analen Kondylome. Bei der topischen Therapie des Hämorrhoidalleidens wirken symptomatisch Externa wie kortikoidhaltige Salben oder Adstringentia auf die irritierte Analhaut. Kausal zur Sklerosierung des Hämorrhoidalpolsters ist in Deutschland nur noch das Aethoxysklerol zugelassen. Zur kausalen Behandlung der Analfissur kommen Salben mit Diltiazem oder Glycerintrinitrat zur Anwendung. Bei der Therapie des Analekzems sollte zunächst die Grunderkrankung therapiert werden. Es gelten die Grundprinzipien der dermatologischen Basistherapie, dass akut nässende Ekzeme zunächst mit Lösungen und Lotionen therapiert werden sollten, chronische, trockene Ekzeme hingegen mit Salben oder fetten Cremes. Anale Mykosen bei nicht immunsupprimierten Erwachsenen stellen eine eher seltene Krankheitsentität dar. Für die Therapie einer analen Psoriasis eignen sich kortikoidhaltige Salben und Vitamin D3-Analoga wie z.B. Calcipotriol. Einzelne stehende anale Kondylome können topisch mit Podophyllotoxin, Imiquimod oder Grüntee-Katechinen behandelt werden.

Dr. Rosa Schmuck (Berlin) befasste sich in ihrem Vortrag mit **der chirurgischen Therapie des anorektalen Prolaps**. Eine eindeutige Überlegenheit für ein bestimmtes Verfahren besteht nicht. So müssen abdominelle Verfahren (Rektopexie oder Resektionsrektopexie) und transanale Verfahren (Delorme, Altemeier, Stapler Resektion) individuell an die jeweilige Patientensituation angepasst werden.

Dr. Daniel Sterzing

Chirurg, Viszeralchirurg, Proktologe, Koloproktologe (EBSQ)

Proktologisches Zentrum Berlin
Fasanenstraße 60, 10719 Berlin
Tel.: 030 8848990
Fax: 030 8848993
danielsterzing@gmail.com
www.proktologie-berlin.de



Foto: Sterzing

Dr. Horst Loch

Facharzt für Chirurgie

Proktologie Dr. Loch
Tauentzienstraße 3
10789 Berlin
Tel.: 030 21478759
Fax: 030 21478263
horst.loch@gmail.com
www.proktologie.berlin



Foto: Loch

Dr. Daniel Sterzing (Berlin) veranschaulichte in seinem Vortrag **Der Blick durchs Retrospektoskop – hätten Sie es (besser) gewusst?** in Fallbeispielen, wie schnell Fehldiagnosen entstehen können und wie man diese vermeiden kann. Zusammenfassend ist es immer wichtig, Malignome (vor allem das Rektum- und das Analkarzinom) nicht zu übersehen und schon frühzeitig zu entdecken. Dazu ist die gründliche proktologische Untersuchung von immenser Bedeutung. Auch sexuell übertragbare Erkrankungen manifestieren sich anorektal und müssen in die differenzialdiagnostischen Überlegungen miteinbezogen werden. Ein Chlamydieninfekt kann z.B. einen Pseudotumor recti erzeugen und ein syphilitisches Ulcus durum eine Analfissur imitieren.

Das Thema des Vortrags von Prof. Dr. Heiner Krammer (Mannheim) war **Heilerde in der Magen-Darm-Heilkunde**. Heilerde findet ihre Anwendung bei funktionellen Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes. Die Wirkung ergibt sich dabei aus der Zusammensetzung der Erde, welche neben einer Bindung verschiedener organischer wie anorganischer Verbindungen auch die Alkalisierung des Magensaftes zur Besserung von Refluxbeschwerden ermöglicht. So konnte in einer nicht-verblindeten prospektiven Studie mit einem Therapiezeitraum von zwei Wochen die Lebensqualität von Patienten mit nicht-erosiver Ösophagitis durchgängig verbessert werden, bei guter Verträglichkeit.

Auch bei Reizdarmsyndrom oder Histaminunverträglichkeit findet Heilerde heute komplementäre Anwendung. Hier konnten ebenfalls in prospektiven Studien die Symptome der Patienten reduziert und die Lebensqualität gebessert werden. Zusammenfassend gibt es erste Evidenz zur Wirksamkeit von Heilerde, bei guter Verträglichkeit und wenigen Nebenwirkungen. Diese muss in der Zukunft mit weiteren verblindeten, randomisiert-kontrollierten Studien weiter ausgebaut werden.

Katharina Wiechmann (Berlin) erläuterte in ihrem sehr anschaulichen Vortrag **Analhygiene – wie ist es richtig?** die korrekte Säuberung und Pflege des Anus. Der Vortrag schilderte übersichtlich die wichtigen Punkte zur richtigen Analhygiene. Zusammenfassend kann man sagen, dass die beste und schonendste Reinigung der Analregion mit Wasser erzielt wird. Selbst zur postoperativen Pflege analer Wunden wird in den S3-Leitlinien normales Wasser in Trinkwasserqualität empfohlen. Durch übertriebene Hygiene mit mechanischer und chemischer Reizung (etwa durch feuchtes Toilettenpapier und Waschgels) kann die Barrierefunktion der Haut nachhaltig gestört werden, was Juckreiz, Analekzeme und Allergien auslösen kann. Zusätzlich sollte man für eine normale Stuhlkonsistenz und ausreichende Belüftung sorgen und eventuell empfindliche Haut mit einer schützenden Lotion pflegen. Zur optimalen Pflege der unkomplizierten Analregion reicht normales Toilettenpapier, das mit Wasser angefeuchtet werden kann. Zum Abschluss trocken tupfen. Weniger ist mehr!

Dann stellte Dr. Schneider-Burrus (Berlin) **genitoanale Pigmentverschiebungen** vor. Es gibt multiple Ursachen für diese Symptomatik, die zum größten Teil harmloser Natur und nicht therapiebedürftig ist. Zu den Hyperpigmentierungen zählt man die Acanthosis nigricans benigna und die als Paraneoplasie einzuordnende Acanthosis nigricans maligna. Sehr häufig kommen melanotische Flecken der Schleimhaut vor, die in der Regel harmlos sind, jedoch mit einem familiären Lentiginose-Syndrom wie dem Peutz-Jeghers-Syndrom assoziiert sein können. Eher selten findet sich das aggressive Schleimhautmelanom, das einer zügigen operativen Versorgung bedarf. Differenzialdiagnosen dieser Hyperpigmentierungen sind pigmentierte Condylomata acuminata und seborrhoische Keratosen, die als pigmentierte verruköse Tumoren der genito-analen Haut imponieren. Zur Abgrenzung maligner von benignen Läsionen ist der Blick durch das Dermatoskop wegweisend, im Zweifel helfen eine Biopsie und histologische Untersuchung weiter. Bei den Hypopigmentierungen kann es sich um entzündliche Dermatosen wie den Lichen sclerosus et atrophicus handeln. Hiervon abzugrenzen sind die weißen Flecken bei Vitiligo, die auch postinflammatorisch entstehen können. Ein Beispiel hierfür ist die postinflammatorische Hyperpigmentierung nach Lokalthherapie von Condylomata acuminata mit Imiquimod. Diese Aufhellungen der Haut sind meistens nicht reversibel.

Prof. Dr. Carsten Büning (Berlin) stellte **die neue Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn** vor. Die aktualisierte S3-Leitlinie der DGVS, koordiniert durch Prof. Dr. Andreas Sturm und Prof. Dr. Andreas Stallmach, wurde in diesem Jahr veröffentlicht. Darin werden zu allen Aspekten in der Behandlung des Morbus Crohn, von der initialen Diagnostik bis hin zu assoziierten Komplikationen, Empfehlungen ausgesprochen. Aber auch die Themen Ernährung und

Komplementärverfahren werden in eigenen Arbeitsgruppen behandelt, da hierzu insbesondere bei M. Crohn-Patienten ein großer Informationsbedarf besteht. Einen besonderen Schwerpunkt stellt sicherlich die medikamentöse Therapie des M. Crohn dar, aufgeteilt in den akuten Schub, den Remissionserhalt (medikamentös oder chirurgisch induziert) und die Komplikationen wie Fisteln. Bezüglich des immer noch oft eingesetzten Mesalazin kann der Einsatz aufgrund heterogener Studienergebnisse und geringer klinischer Wirksamkeit nicht mit ausreichender Evidenz empfohlen werden. Seit langem bekannte Medikamente wie Prednisolon, Budesonid (beide im akuten Schub), Azathioprin und Methotrexat haben weiterhin ihren evidenzbasierten Stellenwert. Langfristig sollte aber immer eine Remission ohne Prednisolon angestrebt werden. Die verfügbaren Biologika – die TNF-Blocker Adalimumab und Infliximab, das Anti-Integrin Vedolizumab sowie der IL-12/23-Antikörper Ustekinumab – können beispielsweise beim chronisch-aktiven M. Crohn allesamt eingesetzt werden. Aufgrund feh-

lender Vergleichsstudien konnte die Leitlinie keine Festlegung für eine spezifische Substanz abgeben. Daher erfordert die Behandlung des M. Crohn weiterhin individuelle Therapieentscheidungen bei einem breitem Medikamenten- und Wirkungsspektrum.

Prof. Dr. Siegbert Faiss (Berlin) präsentierte zum Schluss die **künstliche Intelligenz bei der Koloskopie**. Künstliche Intelligenz (KI) hält nicht nur in der Medizin immer mehr Einzug in unser Leben. In der Endoskopie gibt es bereits



Mit KI detektiertes Adenom im Zölkum

FOTO: FAISS

kommerziell erhältliche Systeme, die den Untersucher bei der Polypendetektion dahingehend unterstützen, dass Polypen, die das KI-System in Echtzeit erkennt, im Endoskopiemonitorbild markiert werden und der Untersucher so auf möglicherweise sonst übersehende Polypen hingewiesen wird. Damit lässt sich die Adenomdetektionsrate nach ersten Studien um ca. 20 bis 30 Prozent steigern. Dieser Zugewinn erfolgt jedoch ganz überwiegend durch die Detektion von Adenomen <5 mm, deren klinisch prognostische Bedeutung als zumindest sehr gering einzustufen ist. Weiterentwicklungen dieser KI-Systeme sind inzwischen in der Lage, nicht nur eine Detektion von Polypen, sondern auch deren Charakterisierung in Adenome und Nicht-Adenome oder entsprechend der NICE Klassifikation in hyperplastische Polypen (NICE I) und Adenome (NICE II) durchzuführen. Zukünftige KI-Entwicklungen werden auch für Anwendungen im oberen Gastrointestinaltrakt (z.B. Barrett Neoplasie Detektion) und in der Verbesserung des Workflows (z.B. automatisierte Befunderstellung durch die KI bereits während der Endoskopie) erwartet. ◀

Am 6. Mai 2023 soll die Aktuelle Proktologie endlich wieder als Präsenzveranstaltung stattfinden. Geplant ist eine Hybrid-Fortbildung in Berlin mit Online-Livestream. Nähere Informationen erhält man unter: www.aktuelle-proktologie.de

Bitte einsenden an den

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

per Mail an info@bncev.de

Dieses Beitrittsformular finden Sie auch
auf der Internetseite des BNC unter
www.tinyurl.com/bnc-beitrittsformular



oder indem Sie diesen QR-Code scannen.

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

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

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

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

Titel | Name | Vorname

Straße | PLZ | Ort

Zuständiger KV-Bereich

Geburtsdatum | Telefon privat

Telefon- und Faxnummer Praxis

E-Mail-Adresse | ggf. Homepage

Ort | Datum | Unterschrift

Informationen zum Datenschutz

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

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

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

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

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



HEALTH & ECONOMICS

6. FORUM AMBULANTES OPERIEREN

Ambulantisierung – Wunsch und Wirklichkeit

25. – 26. November 2022 | Berlin

INHALTE

- Veränderung nach IGES-Gutachten
- Ambulantes Operieren am Krankenhaus
- Sektorenübergreifende Modelle
- Beispiel aus der Knie-Endoprothetik
- Recht
- Hygienemanagement
- Vergütung in der PKV/DGU

TEILNAHMEGEBÜHR

- 235,00 Euro inkl. MwSt. pro Person
- 535,00 Euro inkl. MwSt.
für Industriekunden

In der Gebühr sind enthalten: Kursunterlagen,
Mittagessen, Erfrischungen sowie das Abendessen
beim Get together.

ORGANISATION & VERANSTALTUNGSORT

AESCULAP AKADEMIE GMBH
im Langenbeck-Virchow-Haus
Nadine Wichert
Luisenstraße 58-59 | 10117 Berlin
Telefon +49 30 516 512-50
Fax +49 30 516 512-99
nadine.wichert@aesculap-akademie.de

ONLINE-ANMELDUNG

Anmeldung im Internet unter
www.aesculap-akademie.de
oder direkt hier:

