

CHIRURGENMAGAZIN

BAO Depesche



BAO Bundesverband für
Ambulantes Operieren e.V.

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



Gesundheitspolitik

Anhaltender Protest gegen Sparzwang auf Kosten der Praxen

NARKA 2022

Zähes Ringen um politischen
Einfluss und überfällige
Strukturreformen

Handchirurgie

Das Karpaltunnelsyndrom
als Red-Flag-Sign
einer Herzinsuffizienz

Handchirurgie

Immobilisierung versus
frühfunktionelle Beübung
bei distalen Radiusfrakturen



Verlag für
Medizinkommunikation



BNC

Nur gemeinsam sind wir stark!

Wir arbeiten für Sie:

- › in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und ihren Gremien
- › in den Kassenärztlichen Vereinigungen und ihren Gremien
- › in der Bundesärztekammer sowie den Landesärzte- und Bezirksärztekammern
- › als Vertretung gegenüber den Unfallversicherungsträgern
- › mit den Krankenkassen vor Ort
- › mit der Politik
- › im Spitzenverband der Organfachverbände

Der BNC bietet seinen Mitgliedern:

- › eine vierteljährlich erscheinende Verbandszeitschrift
- › einen monatlich erscheinenden Spot über brandaktuelle Ereignisse
- › eine Unfall- und Spezial-Strafrechtsversicherung
- › Hilfe bei juristischen und betriebswirtschaftlichen Problemen
- › Weiterbildungspunkte im Rahmen eines gemeinsamen Kongresses



Wir brauchen Ihre Solidarität und Ihre Stimme!

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

Ein Beitrittsformular finden Sie auf Seite 37.

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

Wir brauchen lösungsorientierte Vorschläge statt klicktaugliche billige Parolen

8

Leitartikel BAO

Wo geht es hier bitte zur nächstbesten Sektorengrenze?

10

Geldwerte Vorteile

Die Mitgliedschaft im BNC und BAO macht sich auch finanziell bezahlt!

13

Sektorenverbindende Versorgung

Es fehlt nicht an Expertise, sondern an politischem Gestaltungswillen

14

GKV-Finanzstabilisierungsgesetz

Mangelnde Wertschätzung für die Arbeit der Arztpraxen

18

Sektorengleiche Vergütung

Quadratur des Kreises oder Zukunftschance mit Einsparpotenzial?

20

NARKA 2022

Zähes Ringen um politischen Einfluss und überfällige Strukturreformen

22

Abrechnung

Auszüge aus dem neuen Kompendium ‚Der Kommentar zu EBM und GOÄ‘, Teil 8

34

Praxisteam

Die Stimme erheben für mehr Anerkennung und Wertschätzung

38

Bundeskongress Chirurgie

Zurück in die Zukunft: Bewährtes sichern und Neues wagen!

44

Medizin

Handchirurgie

Das Karpaltunnelsyndrom als Red-Flag-Sign einer Herzinsuffizienz

46

Handchirurgie

Immobilisierung vs. frühfunktionelle Beübung bei distalen Radiusfrakturen

48

NARKA 2022

Hervorragende Datenbasis und Bestnoten für die postoperative Schmerztherapie

50

Regional

Ansprechpartner

Kontakt zu den Geschäftsstellen und Regionalverbänden von BNC und BAO

25

Meldungen

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

26

Service

Aktuelles zum Arztrecht

Arbeitszeiterfassung wird zur Pflicht auch in Arztpraxen

30

Aktuelles zum Arztrecht

Der Praxisverkauf bei Beteiligung von Investoren: Ein aktueller Über- und Ausblick

32

Verschiedenes

Editorial

Steigende Kosten mit sinkenden Einnahmen bewältigen?

4

Impressum

Kontakt zu Herausgebern, Redaktion, Verlag, Grafik und Anzeigenabteilung

4

Nachrichten

Aktuelle Informationen aus Politik und Wissenschaft

5

Buchtipps

Aktuelle Neuerscheinungen für Chirurgen, Operateure und Anästhesisten

40

Termine

Kongresse, Seminare und Workshops für die fachärztliche Weiterbildung

42

Titelbild: iStockphoto.com/ Андрей Клеменков; Titelbildrecherche: Schelli

SC 5010 SEK Mobiler OP Stuhl

für

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



Kniehälter, elektrisch



Armtisch

Schulterzugang



Göpel Beinhalter



Schockposition

AKRUS

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

Steigende Kosten mit sinkenden Einnahmen bewältigen?

Liebe Leserinnen und liebe Leser,

der Lebensmitteleinkauf im Supermarkt wird von Woche zu Woche teurer, Strom- und Gasversorger erhöhen in immer kürzeren Abständen die Abschlagzahlungen, für's Volltanken braucht man mittlerweile wirklich starke Nerven, und ein Abendessen im Restaurant gilt demnächst als Luxus. Es verwundert also nicht, dass angesichts steigender Kosten Unternehmen aller Branchen ihre Preise erhöhen. Die Verlagsbranche ist davon übrigens nicht ausgenommen: Weil Papier und Zeitschriftenproduktion immer teurer werden, erhöht auch der VMK-Verlag, in dem dieses Magazin erscheint, notgedrungen ab 2023 die Preise für Anzeigenschaltungen.

Nur Arztpraxen sollen die aktuelle Krise offenbar durch Hexerei bewältigen. Ursprünglich wollte der GKV-Spitzenverband den Niedergelassenen für die kommenden Jahre nicht einmal einen Inflationsausgleich gewähren. Zusätzlich drängte er darauf, Orientierungswert und Punktwertzuschläge einzufrieren, was nach Einschätzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Summe zu einer realen Mittelkürzung von acht bis zehn Prozent pro Jahr geführt hätte. Von den Zumutungen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (siehe S. 18 f.) einmal ganz zu schweigen.

Natürlich muss die GKV mit ihren begrenzten Mitteln haushalten. Doch ihre Vertreterinnen und Vertreter gebärden sich – mit grundsätzlicher Unterstützung aus dem Bundesgesundheitsministerium – erneut, als gebe es ein Überangebot vertragsärztlicher Leistungen, das man beliebig als Manövriermasse nutzen kann. Sie alle wissen, dass diese Einschätzung mit der Realität nichts zu tun hat. Deshalb ist es richtig, dass Sie und Ihre Praxisteams auf die Straße gehen und der Öffentlichkeit klarmachen, dass auch Ihre Praxen Rechnungen in Euro bezahlen müssen.



Foto: Thiel

Antje Thiel

Redaktionsleitung

antje.thiel@vmk-online.de

Impressum: Chirurgen Magazin + BAO Depesche

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

Herausgeber und verantwortlich für den Inhalt:

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

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

Redaktionskollegium und wissenschaftlicher Beirat:

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

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

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

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

Grafik und Layout:
Stefan Behrendt, bbpm Mediendesign
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 (4.2022) gedruckt und hat eine verbreitete Auflage von 7.182 (Druck) und 2.490 (ePaper) Exemplaren (4.2022). Entsprechende Nachweise sind bei der Redaktion erhältlich.

Erscheinungsweise: vier Ausgaben pro Jahr

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

Kniechirurgie

Ruptur des vorderen Kreuzbands: Sofortige Operation nicht immer nötig

Eine aktuelle Übersichtsarbeit zeigt: Eine konservative Therapie führt bei einem Riss des vorderen Kreuzbands (VKB) zu ähnlich guten Ergebnissen wie eine frühe chirurgische Rekonstruktion. Das multidisziplinäre Forschungsteam fand im Rahmen seiner Metaanalyse randomisierter, kontrollierter Studien keine klinisch relevanten Unterschiede zwischen der frühen chirurgischen Rekonstruktion und der primären Rehabilitation mit optionaler Rekonstruktion.

Bei jungen, agilen Patientinnen und Patienten empfiehlt die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) bislang eine frühe chirurgische Rekonstruktion des Kreuzbandes. Der aktuellen Studie zufolge kann jedoch unabhängig vom gewählten Behandlungsansatz eine deutliche und ähnliche Verbesserung in der Kniefunktion erreicht werden. Zudem scheint eine frühe chirurgische Rekonstruktion des Kreuzbands keinen schützenden Effekt gegen das zukünftige Auftreten einer



Bei Sportarten wie Fußball treten besonders häufig VKB-Verletzungen auf

Foto: Pixabay

Kniearthrose zu haben. Nach Ansicht der Autorinnen und Autoren sind jedoch weitere Studien nötig, um die Evidenz der Ergebnisse zu erhöhen. Bei Patientinnen und Patienten mit Meniskusschaden des Knies fanden sie einen leichten Vorteil bei sofortiger VKB-Rekonstruktion, wobei die Evidenz dieses Teilergebnisses als gering eingeschätzt wurde.

Die Autorinnen und Autoren schlagen daher vor, dass eine individuelle Behandlungsstrategie festgelegt wird. Für viele Betroffene mit Kreuzbandverletzungen ohne schwerwiegende Begleitverletzungen sei ein stufenweiser Behandlungsansatz mit einer primär rehabilitationsorientierten Behandlung sinnvoll. „Die Ergebnisse stellen das historische Paradigma in Frage, dass anatomische Instabilität mit einem primären chirurgischen Ansatz angegangen werden sollte“, erklärte das Forschungsteam.

Quelle: Saueressig et al. Br J Sports Med 2022. doi:10.1136/bjsports-2021-105359

Berufsmonitoring Medizinstudierende

Chirurgie verliert im Verlauf des Medizinstudiums an Strahlkraft

Seit 2010 erhebt die Universität Trier im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) alle vier Jahre im Rahmen eines Berufsmonitorings, was sich Medizinstudierende bezüglich ihrer beruflichen Zukunft wünschen. Erste Daten aus der jüngsten, im Juni 2022 unter 8.600 Medizinstudierenden durchgeführten Online-Befragung zeigen, dass die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für angehende Ärztinnen und Ärzte mit 92,5% an erster Stelle steht, gefolgt von geregelten Arbeitszeiten (83,1%). Unter den Befragten können sich 55,1% vorstellen, einmal in der eigenen Praxis zu arbeiten – wobei für 44,1% wichtig ist, dass diese nicht in einer Landgemeinde liegt.

Gegenüber den vorigen Erhebungen hat die Allgemeinmedizin an Attraktivität gewonnen: 36,8% der Befragten können sich eine Niederlassung als Hausärztin oder Hausarzt vorstellen (2018: 35,3%, 2014: 34,5%, 2010: 29,3%). Das Interesse an einer Zukunft in der Chirurgie hingegen hat sich nicht stark verändert: 25,7% gaben eine Präferenz für dieses Fach an (2018: 24,3%, 2014: 25,2%, 2010: 26,8%).

Weitere Ergebnisse: Männer können sich häufiger als Frauen vorstellen, in der Chirurgie zu arbeiten (29,9 vs. 23,9%). Und im Verlauf des Medizinstudiums büßt die Chirurgie deutlich an Attraktivität ein: Sie sinkt von 35,0% (Vorklinik) auf 19,3% (Praktisches Jahr). Die ausführlichen Ergebnisse des Berufsmonitorings will die KBV voraussichtlich im ersten Quartal 2023 veröffentlichen.

Medizinische Versorgungszentren

Offener Brief gegen Verunglimpfung von MVZ in Investorenhand

Der Bundesverband der Betreiber Medizinischer Versorgungszentren (BBMV) hat sich in einem offenen Brief gegen öffentlich erhobene Vorwürfe gegenüber Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in Investorenhand gewehrt. Die ärztliche Selbstverwaltung habe zum Teil „pauschale Vorwürfe gegen MVZ mit Kapitalpartnern erhoben, die nicht im Geringsten mit Fakten belegt werden können“, heißt es darin. Unterzeichnet ist das Schreiben von 90 Ärztinnen und Ärzten in leitender Funktion in entsprechenden MVZ.

Sie stoßen sich insbesondere an Anschuldigungen, in investorengeführten MVZ würden Menschen schlechter versorgt und es gebe ein geringeres Berufsethos der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte. Qua Gesetz müssten die ärztlichen Leiterinnen und Leiter sicherstellen, dass die medizinischen Abläufe sach- und fachgerecht erfolgten. „Wir stehen somit dafür ein, dass die ärztliche Unabhängigkeit in medizinischen Entscheidungen gewahrt ist“, heißt es darin weiter. Auch wenn sie in einem MVZ in Inhaber- oder Mitinhaberschaft privater Kapitalpartner tätig seien, übten die angestellten Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf „mit gleicher Leidenschaft und Hingabe zu Patientinnen und Patienten aus, wie unsere Kolleginnen und Kollegen in der Einzelpraxis, der Berufsausübungsgemeinschaft oder in den Krankenhäusern“.

Link zum Offenen Brief: www.bbm.de/offener-brief

Minimalinvasive Chirurgie

Zeitdruck erhöht Kräfteinsatz und Fehleranfälligkeit auch bei Erfahrenen

Zeitdruck zählt in der Chirurgie zu den größten Stressfaktoren und kann die Qualität chirurgischer Eingriffe beeinträchtigen. Wie genau sich Zeitknappheit auf die chirurgischen Fähigkeiten bei minimalinvasiven Eingriffen auswirkt, haben Forschende mehrerer Kliniken und Zentren in Dresden in einer Studie mit 63 Probandinnen und Probanden untersucht. Hierzu zählten 43 Medizinstudierende, die bereits Erfahrung mit minimalinvasiven OP-Techniken hatten, sowie 20 entsprechend erfahrene Chirurginnen und Chirurgen. Untersucht wurden die von allen Teilnehmenden ausgeübte mittlere und maximale Kraft sowie das Auftreten vordefiniert Fehler bei vier typischen Aufgaben.

Bei der Ausführung der Aufgaben unter Zeitdruck zeigte sich für alle Teilnehmenden ein signifikanter Anstieg bei der mittleren und maximalen Kraftaufwendung. Prof. Marius Distler von der Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie (VTG) des Universitätsklinikums Dresden zufolge ist die ausgeübte Kraft ein wichtiges Qualitätskriterium für chirurgische Eingriffe: „Wird zu viel Kraft ausgeübt, kann das Gewebe geschädigt werden.“ Die durch den Zeitdruck bedingte erhöhte Kraftausübung war bei Anfängern besonders hoch und nahm mit zunehmender Erfahrung der Chi-



Foto: Pixabay

rurginnen Chirurgen ab. „Dennoch waren wir überrascht, wie deutlich dieser Effekt auch bei erfahrenen Kolleginnen und Kollegen messbar war.“ Der in der aktuellen Studie gemessene erhöhte Kraftaufwand

sei gerade auch in der minimalinvasiven Chirurgie ein Problem, wo die Kraft über Instrumente ausgeübt wird, die nur ein sehr eingeschränktes taktiles Feedback vermitteln.

Auch die Fehlerrate bei einer der vier Aufgaben stieg bei den Studierenden wie bei den erfahrenen Chirurginnen und Chirurgen unter Zeitdruck deutlich an. Allerdings war das persönliche Stressempfinden der Studierenden unter Zeitdruck deutlich erhöht, während die erfahrenen Kolleginnen und Kollegen keine wesentlichen Unterschiede vermerkten. Nach Einschätzung des Autorenteam sollte Zeitdruck in der minimalinvasiven Chirurgie so weit wie möglich reduziert werden. Zudem benötigten vor allem junge

Chirurginnen und Chirurgen ein umfangreiches Training in einer stressfreien Umgebung, um Fehler und hohe Kraftaufwände dann in realen Operationen so weit wie möglich vermeiden zu können.

Quelle: Bechtelsheim et al. *Int J Surg* 2022. doi.org/10.1016/j.ijso.2022.106813

Berufsverband

BDC ändert seinen Namen und fördert Frauen in der Verbandsarbeit

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) heißt jetzt ‚Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC)‘. Die Änderung wurde bei der letzten Mitgliederversammlung beschlossen. BDC-Präsident Prof. Hans-Joachim Meyer sagte dazu: „Der Anteil weiblicher Verbandsmitglieder ist über die Jahre langsam, aber stetig gestiegen. Aktuell beträgt er etwa 23 Prozent und entspricht damit dem Anteil berufstätiger Chirurginnen in Deutschland.“ Mit der Umbenennung wolle man ein Signal setzen und der Entwicklung Rechnung tragen.

Darüber hinaus beschloss der BDC, dass dem erweiterten Vorstand künftig mindestens drei weibliche Mitglieder angehören sollen. BDC-Geschäftsführerin Dr. Friederike Burgdorf sagte: „Ziel ist es, mehr Ärztinnen in die Verbandsarbeit zu integrieren und ihnen so noch mehr Möglichkeiten einzuräumen, den Kurs des Verbandes mitzubestimmen. Damit ist klar, dass wir aktiv an substanziellen Veränderungen zugunsten von Chirurginnen arbeiten.“ Die Zustimmung zu diesen Veränderungen sei im Übrigen sowohl bei den weiblichen als auch männlichen BDC-Mitgliedern gleichermaßen hoch gewesen, betonte Dr. Burgdorf.

Anästhesie

Bisher unbekannte Funktion eines altbekannten Rezeptors entdeckt

GABA(A)-Rezeptoren sind wichtige und weit verbreitete Angriffspunkte für hemmende Neurotransmitter im zentralen Nervensystem. Im Gehirn und Rückenmark erfüllen sie wichtige Funktionen, etwa bei der Initiierung und Aufrechterhaltung des Schlafzustands. Arzneistoffe, die auf sie wirken, werden in der Anästhesie eingesetzt, fördern Schlaf, sind wirksam bei Epilepsie und können Angst lösen.

Studierende der Universität Wien haben nun herausgefunden, dass Untereinheiten von GABA(A)-Rezeptoren auch Protonensensoren bilden können. Ein besseres Verständnis der Regulationsmechanismen dieser für das Nervensystem bedeutsamen Rezeptorfamilie kann nach Aussage von Prof. Steffen Hering, wissenschaftlicher Betreuer des Projekts, zu einer Entwicklung von zielgerichteteren und effizienteren Medikamenten beitragen. Veränderungen im pH-Wert, also in der Protonenkonzentration im Gewebe, träten zum Beispiel bei Entzündungen und Sauerstoffmangel auf.

Quelle: Garifulina et al. *Commun Biol* 2022. doi:10.1038/s42003-022-03720-2

Orthopädie und Unfallchirurgie

Fachgesellschaften warnen vor Kollaps der Versorgung

Vor einer Verschlechterung der Patientenversorgung haben Vertreter der Fachgesellschaften für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU, DGU und DGOOC) sowie des Berufsverbands für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) gewarnt. Bei einer Pressekonferenz im Vorfeld des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU), der vom 25. bis 28. Oktober 2022 in Berlin stattgefunden hat, kritisierten sie die immer schwierigeren Rahmenbedingungen, welche die Leistungsfähigkeit von Orthopädie und Unfallchirurgie gefährdeten.

Wer den Fokus auf die Prozessoptimierung setze, verliere leicht aus dem Blick, dass die Prozesse für die Versorgung von Menschen geschaffen wurden, warnte DGOU-Generalsekretär Prof. Bernd Kladny. Die häufig als Allheilmittel gepriesene Digitalisierung bezeichnete er als „zurzeit eher hinderlich als hilfreich“. Um beispielsweise digitale Röntgenbilder weiterzuleiten, müssten Datenschutzerklärung an andere Kliniken gefaxt werden, woraufhin die Daten dann nicht via Internet, sondern per Post als gebrannte CD in vielen verschiedenen Datenformaten verschickt würden. „Wir verschwenden unsinnig viel Zeit damit, Unterlagen zusammenzusuchen und weiterzugeben. Wir brauchen endlich eine elektronische Patientenakte. Erst dann wird Digitalisierung eine Erleichterung“, mahnte Prof. Kladny.

Gefäßchirurgie

Neue S3-Leitlinie soll paVK-Therapie individualisieren

In der Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (paVK) zeichnet sich ein Wandel ab, wie Experten der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V. (DGG) bei einer Online-Pressekonferenz berichteten. Eine entsprechende neue S3-Leitlinie soll 2023 erscheinen.

Danach sollen minimalinvasive Eingriffe wie Ballondilatationen oder das Einsetzen von Stents künftig später und weniger häufig zum Einsatz kommen und die Behandlung mit Lebensstiländerungen und Medikamenten stattdessen an Bedeutung gewinnen. „Insgesamt geht es bei der Therapie der paVK weg von ‚endovaskulär first‘ hin zu einer stärker individualisierten Behandlung“, erklärte DGG-Präsident

Kritisch äußerten sich die Experten auch zur neuen EU-Medizinprodukteverordnung, die nun auch in Deutschland in Kraft tritt. Dank ihr müssten auch Bestandsprodukte, die seit Jahrzehnten erfolgreich eingesetzt werden, rezertifiziert werden. „Schon bald können bewährte Endoprothesen, Nägel und Platten ganz vom Markt verschwinden“, warnte der stellvertretende DGOU-Generalsekretär Prof. Dietmar Pennig. Er forderte, die Freigabe für ältere Produkte zu erleichtern und zugleich die vorliegenden Qualitätsdaten der Endoprothesen- und Traumaregister der Fachgesellschaften heranzuziehen.

Sorgen bereitet den Fachleuten auch die ambulante Notfallversorgung, die zu 50% von Patienten mit Diagnosen aus Orthopädie und Unfallchirurgie in Anspruch genommen wird. Zu viele von ihnen suchten eine Notaufnahme auf, obwohl sie keiner dringlichen Behandlung bedürfen. BVOU-Präsident Dr. Burkhard Lembeck forderte u.a. für alle ‚Walk-in-Fälle‘ vor dem Besuch der Notaufnahme ein zwingendes Ersteinschätzungsverfahren mit Ticket-System. „Jedem ist zuzumuten, vorab eine Hotline anzurufen. ‚Schwarzfahrer‘, die ohne Ticket erscheinen, müssten dann ein ‚erhöhtes Beförderungsentgelt‘ bezahlen.“

Für die nächste Ausgabe des CMBD sind ausführliche Berichte vom DKOU 2022 geplant.

Prof. Markus Steinbauer. Medikamentöse Therapien, die als Sekundärprophylaxe das Fortschreiten der Arteriosklerose aufhalten sollen, hätten in neuen Studien zuletzt sehr positive Ergebnisse erzielt.

Aber auch bei den Interventionen finde aktuell ein Umdenken statt: „Nicht jeder Patient, nicht jede Patientin ist aufgrund der Anatomie oder des Wundbefundes für eine minimal-invasive Intervention geeignet“, erklärte Steinbauer, „manche benötigen aufgrund der Wund- und Infektsituation primär eine offene chirurgische Operation.“ Er betonte aber auch: „Bei frühen paVK-Stadien wird in Deutschland im internationalen Vergleich zu schnell interveniert, wo die wichtigste Therapie Bewegung sein sollte.“

Abrechnung: Alles klar?



Wenn's kompliziert wird, ...

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

Wissen ist Zeit und Geld wert!

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

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

Wezel/Liebold

Der Kommentar zu EBM und GOÄ

mit Kommentar zur UV-GOÄ



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

asgard verlag

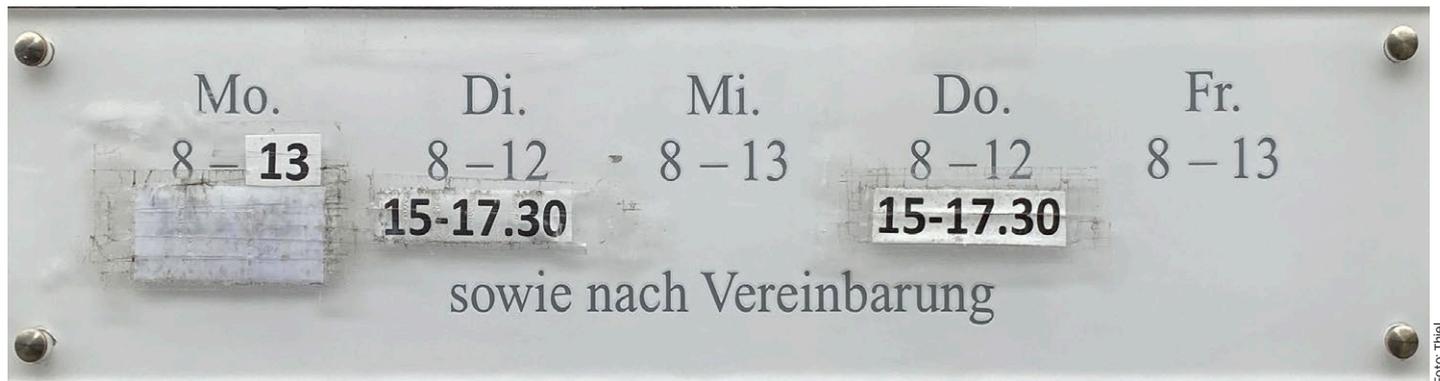


Foto: Thiel

Leitartikel BNC

Wir brauchen lösungsorientierte Vorschläge statt klicktaugliche billige Parolen

Es gibt gute Gründe, warum sich die Politik typisch chirurgisches Denken zum Vorbild nehmen sollte. Denn vor dem Handeln stellen sich Angehörige unserer Berufsgruppe einige wenige, aber relevante Fragen: Was ist das Ziel? Schade ich jemanden? Wie gelange ich dorthin? Und setzen dann alle Ressourcen für das Ziel ein.

Von Jan Henniger

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Jahresverdienst von durchschnittlich 215.000 Euro: Warum ich die Proteste der Ärzte nicht mehr hören kann“, so lautet die Überschrift eines kritischen Kommentars im Wochenmagazin ‚Stern‘ (siehe Kurzlink tinyurl.com/4w5p7727). Ein Magazin, das in den 1970er Jahren einmal für kritischen Journalismus gefeiert wurde, danach auf gefälschte Hitler-Tagebücher reinfiel, das dennoch weiterhin existiert und mit gut recherchierten Storys zur Meinungsbildung der Gesellschaft beitragen will. Mit seinen provokanten Aussagen wird der Journalist bestimmt Aufmerksamkeit erringen und aktiv dazu beitragen, die Daseinsvorsorge für Schwache in der Gesellschaft weiter zu zerstören.

Ärztmangel ist nichts als eine klicktaugliche Nachricht

Wir leben gerade in einem Medienkrieg, in dem Behauptungen und Reaktionen immer schneller aufeinanderfolgen, ohne dass einmal kritisch abgewägt würde, was die eigene Aussage wirklich bedeutet. Auch die Diskussionen auf sozialen Medien wie Twitter, Facebook usw. wird immer mehr von Menschen geführt, die die Realität in der Versorgung gar nicht kennen. Für die Ärztemangel nichts weiter als eine spannende Nachricht ist, mit der man eigene Interessen durchsetzen kann – nicht aber das Problem, medizinisch schlecht versorgt zu sein. So werden PR-Abteilungen in allen Unternehmen geschaffen, die gegen-

einander eine Propagandaschlacht führen in der Hoffnung, dass die Entscheider in Politik und Wirtschaft glauben, ihre Meinung wäre Volkes Meinung. Jeder glaubt recht zu haben und verkämpft sich im Detail.

Ich bin Chirurg und glücklich darüber. Chirurgisch denken heißt machen! Dabei tut man nichts Unüberlegtes und entscheidet nach Sichtung aller Informationen. Es gibt immer ein Ergebnis, und das recht unmittelbar. Alle Ressourcen werden für dieses eine Problem eingesetzt. Man ist verantwortlich für das, was man macht und muss mit den Folgen leben. Dieses Gefühl ist den Jüngern des Meinungskampfes abhandengekommen oder vielleicht ganz grundsätzlich fremd.

Weiter die Stellung halten bei gedeckelten Einnahmen?

Im Ziel, die Ausgaben für ärztliche Leistungen weiter zu deckeln, wird das höhere Ziel – nämlich die Gesundheitsversorgung für alle – aus den Augen verloren. Es gibt Gegenden, in denen tausende von Menschen leben, es aber bereits jetzt kein kulturelles Leben mehr gibt und wo in Zukunft auch kein Arzt und keine Ärztin mehr die Stellung hält. Wo die Millionen, die wir Ärztinnen und Ärzte angeblich verdienen, niemals zu erwirtschaften sind, sondern Arztpraxen ausschließlich von den Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen leben. Und die sind eben gedeckelt.

Ein Chirurg kann auch bei zwölf Stunden täglichen Arbeiten nur überleben, wenn er ungedeckelte Leistungen oder Privatleistungen

anbietet. Beides wird dann später wieder mit Schlagzeilen wie „In Deutschland wird zu viel operiert“ oder kritischen Anmerkungen im IGeL-Report medial kommentiert. Auch deshalb ist es wichtig, dass Ärztinnen und Ärzte gut verdienen! Eine Gesellschaft mit schlecht verdienender Ärzteschaft ist immer eine Mangelgesellschaft, in der die sozial Benachteiligten das Nachsehen haben.

Ziele formulieren und Ressourcen bündeln

Wir werden sehen, ob die Politik sich eines Besseren besinnt und sich unserer chirurgischen lösungsorientierten Denkweise anschließt, die sich immer von einigen wenigen, aber wesentlichen Überlegungen leiten lässt: Was ist das Ziel? Schade ich jemanden? Wie gelange ich dorthin? Und dann: Alle Ressourcen für das Ziel! Beim Operieren fallen uns diese Überlegungen leicht. Im politischen Kontext ist das ganz anders. Da müssen wir uns aktuell tatsächlich erst einmal fragen, was genau unsere Ziele eigentlich sind.

Aus meiner Sicht sollten wir uns auf folgende Ziele fokussieren:

- ▶ **Ambulanten Sektor stärken.** Wir müssen uns weiter behaupten im Streit der Sektoren. Ein erstes Ziel werden wir zum 1. Januar 2023 erreichen, wenn die Bewertung wichtiger ambulanter Operationen angehoben wird. Die Ergebnisse sind zwar immer noch nicht ideal, denn die Krankenhäuser kämpfen gerade mit allen Mitteln ums Überleben und sind deshalb kaum kooperationswillig. Doch die Neubewertung zeigt, dass Veränderungen möglich sind.
- ▶ **Medizinisches Fachpersonal stärken.** Wir werden weiter zeigen müssen, dass es nicht auf die Privatstation und den besten Manager ankommt, sondern auf das medizinische Fachpersonal. Wir müssen darum kämpfen, dass unser Personal anständig bezahlt wird!
- ▶ **Interessenvertretung stärken.** In sämtlichen KV-Bezirken sind schon neue Vertreterversammlungen gewählt worden bzw. werden in Kürze gewählt. Dabei sind auch etliche chirurgische Kolleginnen und Kollegen in die Gremien der Selbstverwaltung gewählt worden. Wir haben in den vergangenen beiden Ausgaben über sie berichtet und stellen auch in diesem Heft einige von ihnen vor (siehe Seite 26 ff.). Dies ist ein gutes Ergebnis. Danke an alle, die sich haben aufstellen lassen und ihre Freizeit dafür einsetzen, um unser aller Interessen zu vertreten. Ende dieses Jahres wird der BNC eine Veranstaltung für alle gewählten Chirurginnen und Chirurgen in den Vertreterversammlungen einberufen, damit sie sich vernetzen und gegenseitig unterstützen können. Auch Nicht-Mitglieder sind dazu eingeladen (bitte unter info@bncev.de melden).

Bitte machen Sie sich Gedanken, wie wir nächstes Jahr als Chirurginnen und Chirurgen die dann in etlichen Landesärztekammern anstehenden Kammerwahlen gestalten und chirurgische Ziele klarer formulieren können. Auch in diesen Gremien sollte es meiner Meinung nach eine bessere Vernetzung geben. Die Proteste der Ärzteschaft gegen das GKVFinSG waren bislang zwar nicht wirklich erfolgreich (siehe Seite 18 f.). Doch klar ist, dass sich die vielen Proteste durchaus im Hirn der Politikerinnen und Politiker verfangen werden.

Jan Henniger

Geschäftsführender BNC-Vorsitzender
und niedergelassener Chirurg

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



Foto: Henniger

Es macht mir Hoffnung, dass mittlerweile auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ihre neutrale Haltung aufgegeben hat und zunehmend auf Konfrontationskurs geht. Immerhin hat sie seit zehn Jahren erstmal wieder einem Schlichtungsangebot des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) nicht zugestimmt. Ich sehe dies als ersten Erfolg auf dem Weg, die KVen wieder von reinen Erfüllungsgehilfen der Krankenkassen und der Politik zu einer echten Vertretung der Vertragsärzteschaft zu machen.

Eine solche echte Vertretung braucht es auch beim zentralen Thema der steigenden Kosten (Energieversorgung, Inflation), die unseren Praxen in den kommenden Monaten zu schaffen machen werden. Wir werden weiter streiten, erklären und plakatieren, um unsere Praxen zu erhalten, unserem Nachwuchs ein zukunftsfähiges Berufsfeld zu übergeben und die Patientenversorgung zu verbessern.

Sämtliche Facetten der chirurgischen Versorgung im Blick

Um diese echte Patientenversorgung geht es auch bei unserem Bundeskongress Chirurgie, der vom 10.–11. Februar 2023 in Nürnberg unter dem Motto ‚Zurück in die Zukunft‘ sämtliche Facetten der chirurgischen Versorgung im Blick hat (siehe Seite 44). Angefangen von medizinischen Themen aus Unfall-, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie wird auch auf politische, gesellschaftliche und betriebswirtschaftliche Themen Wert gelegt. Durch die Mitwirkung vieler Verbände ist der Kongress breit aufgestellt und auch für Studierende sowie medizinisches Fachpersonal sehr interessant. Dazu können Sie noch Ihre Fortbildungspunkte bekommen, sodass Ihrem Besuch nichts im Wege steht. Kommen Sie zahlreich, diskutieren Sie mit uns über die Chirurgie der Zukunft und bringen Sie Ihre fachliche und gesellschaftspolitische Kompetenz ein. Der Bayerische Gesundheitsminister hat zugesagt und wird sich unseren Fragen stellen. Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach hat leider keine Zeit für chirurgische Anliegen. Doch andere namhafte Vortragende werden den Kongress spannend und kurzweilig machen. Seien Sie dabei, nutzen Sie die Möglichkeiten der Teilhabe, schreiben Sie uns Ihre Anliegen.

Ich wünsche Ihnen einen goldenen Herbst, Herrn Putin die Einsicht, dass Menschenleben etwas wert sind, und unserem Gesundheitsminister mehr Weitsicht als ein Twitter-Account bieten kann.

Mit den besten kollegialen Grüßen, Ihr Jan Henniger

1. Vorsitzender des BNC

Leitartikel BAO

Wo geht es hier bitte zur nächstbesten Sektorengrenze?

Wie viele Gutachten sollen noch belegen, dass das Ambulante Operieren erheblich zur Konsolidierung der Finanzen im Gesundheitswesen beitragen könnte? Es ist Zeit für einen Runden Tisch zum Ambulanten Operieren im Bundesgesundheitsministerium – als erstes Verständigungssignal für die Abkehr vom Prinzip Abrissbirne.

Von Dr. Christian Deindl

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Wegbeschreibung ist ganz einfach: bei der nächsten Ampel-Koalition so lange im Kreis fahren, bis die Luft raus und die Legislaturperiode hoffentlich vorbei ist. Man kann aber auch gleich eine der nächstbesten Einbahnstraßen nehmen, aber immer schön auf den oppositionellen Gegenverkehr achten, der es nur bedingt gut mit Ihnen und am besten mit sich selbst meint. Jede Zeitenwende hat ihre eigenen Wendehälse, vom hohen Sauer- bis in südliche Bayernland.

Nur zu gut, dass keine politische Persönlichkeit bisher jemals die feste Absicht hatte, die Sektorengrenzen im deutschen Gesundheitswesen abzubauen und damit die fachärztliche Versorgung in Deutschland für die nächsten Jahrzehnte aufrechtzuerhalten oder gar zu verbessern. So langsam drängt sich immer mehr der Eindruck auf, dass mit jedem bundes- bzw. landesweiten Wahlkampf und darauffolgendem Urnengang die Wahlbeteiligung abnimmt und dafür Praxissterben und Klinikinsolvenzen zunehmen. Auch Apotheken sind schon längst keine sichere Bank mehr und werden gerade noch rechtzeitig staatlicherseits vor weiterem Schwund und Verderb bewahrt. Wenn qualitätsaversive Politik immer schon spielend und gefahrlos die Sektorengrenzen zwischen übersichtlicher Kompetenz und im Überfluss vorhandener Inkompetenz überschreitet, wieso hat identischer Personenkreis so große Probleme bei der Aufhebung von Sektorengrenzen im Gesundheitswesen? Diese Denkblockade ist nach über drei Jahrzehnten in der Tat ein großgeschriebenes ‚DENK MAL‘ wert. Vor allem auch, wenn gleichzeitig über kommunale Medizinische Versorgungszentren (MVZ) scharfzünftig laut vor- aber nicht nachgedacht wird. An dieser Stelle sei der Einwand erlaubt, dass bereits die Langzeitversuchsmodelle in Form von kommunalen Krankenhäusern nicht immer von Erfolg gekrönt sind.

Oft liegt es an Faktoren, für die sich sogar in der Einzelpraxis immer noch zu kämpfen lohnt: Optimierung der Prozessabläufe, stark ausgebildeter Teamgeist und kompetente Kommunikation und Wissensvermittlung, eben Service am Patienten. Erst die Kombination aus diesen und weiteren Qualitätsmerkmalen garantiert bestmögliche



Foto: Pixabay

Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit. Praxen und/oder MVZ in öffentlicher Hand tendieren dagegen in Richtung vorprogrammierte Pleite und Dienst nach Vorschrift, aber niemals nach Dienstschluss.

Von der Servicewüste in die medizinische Versorgungswüste?

Wieviel Krisenpakete sollen denn noch geschnürt und von wem noch geschultert werden? Ist als nächste Refinanzierungsquelle gar die Muschelwährung Quartalspauschale fällig? Eine nämliche Pleitebekanntheit erfährt soeben das Experiment mit Namen Gesundheitskiosk. Besagter Standort in einer Problemzone Hamburgs ist aus den lokalen Bedürfnissen gewachsen und scheint in der Tat eine Versorgungslücke in Teilen zu füllen. Im ideologiesteuerten Übereifer daraus ein in 1.000-facher Ausfertigung nachahmenswertes Supermodell-Projekt werden zu lassen, ist eine andere Sache.

Aber man will halt politisch nichts unversucht lassen, in der sich anbahnenden Versorgungswüste wenigstens punktuell minimalistische Oasen zu schaffen. Nur scheint es wieder einmal nur zu einer weiteren gesundheitspolitischen Fata Morgana zu reichen. Oder um es übersichtlicher mit dem letzten Bonner Kalifen zu formulieren: Die Karawane zieht einfach weiter ...

Unabhängig von der jeweiligen parteipolitischen DNA hat die medizinische Daseinsfürsorge absolut mit an der Spitze der Bedürfnisse zu stehen. Deshalb muss unser Gesundheitssystem endlich aus dieser unübersichtlichen Gemengelage herausgelöst und gesondert betrachtet sowie nach Qualitätskriterien finanziert werden. Der vielzitierte Krisenstab darf gerne über andere staatlichen Dauerbaustellen, nur nicht schon wieder über das Gesundheitssystem gebrochen werden, indem als Sparfuchse getarnte einschichtige Umverteiler Ressourcen permanent verknappen. Kollektive Gesundheitskosten nicht am individuellen und gesamtgesellschaftlichen Nutzen messen zu wollen, ist sowohl ökonomisch als auch sozialpolitisch hochgradig unkorrekt.

Lässt man diese unbelehrbare Fraktion weiter ungestört an ihrem gesellschaftlichen Um- und sozialpolitischen Abbau arbeiten, dann ist neben der Bildungs- auch die Gesundheitsmisere in Deutschland ange-



Foto: Pixabay

kommen. Zum bereits bestehenden Fachkräftemangel gesellt sich der Mangel an noch verbliebenen gesunden Fachkräften. Darüber sollten auch die der Fachärztschaft an politischem Einfluss weit überlegenen Arbeitgeberverbände ernsthaft nachdenken – im eigenen Interesse und dem ihrer Mitarbeiter:innen, bevor sie voreilig jedweden moderaten Anstieg von Kassenbeiträgen vorverurteilen und abwürgen.

Ambulantes Operieren als unfreiwilliger Milliardenkredit

Das Ambulante Operieren war noch nie ein reales finanzielles Problem, da mit einem hohen Einsparpotenzial konnotiert, allerdings nur für Politik, Kostenträger und ihrem Gemeinschaftsprojekt aus Sektorengrenzen und chronischer Unterfinanzierung. Das Ambulante Operieren nach althergebrachtem Muster hat erst ermöglicht, dass das Gesundheitssystem unter intransparenten finanziellen Bedingungen so lange funktionieren und sogar punktuell gedeihen konnte – und zwar ohne Vorlage einer korrekten Kostenrechnung und -erstattung. Unter modernen, objektiven und rechtsstaatlichen Gesichtspunkten ist das Ambulante Operieren zudem ein wichtiger Teilaspekt und -schritt bei der Sanierung der maroden GKV-Finzen, deren Milliardendefizite durch unbezahlte Facharzt-Sprechstunden oder demnächst symbol-

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

hafte Kurzzeitförderung für das Ambulante Operieren nie und nimmer ausgeglichen und auf Stand Null gesetzt werden können.

Zum transparenten Gegenmodell und Neuanfang gehören auch eine grundlegende Umstrukturierung und die tabufreie Infragestellung vor allem von patientenfernen Gesundheitsdienstleistungen mit Selbstbedienungsmentalität (siehe Masken und Corona-Tests, GKV-Paläste...). Wieso braucht Deutschland im angesagten Zeitalter der Digitalisierung und Online-Fernwartungsmentalität noch sage und schreibe 97 gesetzliche Krankenkassen mit einer um ein Vielfaches höheren Anzahl an hochpreisigen und übersichtlich team- und dialogfähigen Führungsetagen? Hierzu könnte ein separates und unabhängiges Gutachten praktikable Rationalisierungsempfehlungen beisteuern. Nur ist ein derartiges Gutachten mehr als unerwünscht – selbstredend von den Playern, die weder der Pflege noch der Ärzteschaft angehören und ihre eigene Existenzberechtigung in der Verschlimmbesserung der Rahmenbedingungen für Patient:innen, Pflegende und Ärzteschaft sehen.

Gutachten sind ergebnisoffen, Schlechtachten das Gegenteil

Apropos Gutachten: Es liegen aktuell drei sehr sorgfältig und abwägend ausgearbeitete und sich in puncto Praktikabilität bestens ergänzende Gutachten zur Ambulantisierung und sektorengleichen Vergütung vor (siehe Seite 14 ff.). Sie sind veröffentlicht im Zeitraum 2021 und 2022 im Auftrag des Gesundheitsministeriums bzw. der Selbstverwaltungsorgane sowie als Innovationsfonds-Projekt des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Das angestrebte Ziel einer sektorengleichen Vergütung im Rahmen der Ambulantisierung und vor allem des Ambulanten Operierens in Praxen und Kliniken verfolgen nicht nur Berufsverbände seit Jahren, sondern auch Patienten:innen befürworten eine für sie barrierefreie, wohnortnahe und flächendeckende fachärztliche medizinische Versorgung.

Für die Kostenträger allerdings der Worst Case schlechthin, denn ihre bisherigen Geschäftsmodelle und ihr Finanzgebaren sehen weiterhin weder für Praxen noch Kliniken eine leistungsgerechte und kostendeckende Vergütung vor. Was also tun, wenn man auch als Minister die genannten Gutachten zwar mitverantwortet, aber inhaltlich partout nicht akzeptieren mag? Ganz simpel: Man gibt ein viertes Pseudo-Gutachten in Auftrag, von dem man von vornherein sicher sein kann, dass es inhaltlich zur vollsten Zufriedenheit den eigenen Wünschen entspricht. Es darf sich folglich Positionspapier made by Krankenhauskommission nennen. Mit Sicherheit wird der Bundesrechnungshof

über kurz oder lang dieses steuerfinanzierte gutachterliche Hütchenspiel fundiert begründet monieren. Aber die Vergangenheit lehrt, dass nicht einmal eine selten dämliche Mautaffäre juristische Folgen inklusive Schadensersatzansprüche nach sich zieht. Und auch die Karawane ist längst wieder weiter gezogen. Die Spuren der Krisenverursacher verlaufen im Sand kollektiver Vergesslichkeit, die hinterlassenen Probleme jedoch bleiben weiterhin ungelöst zurück.



Foto: Pixabay

Kassensturz statt löchrige Rettungsschirme

Noch im Verlauf des verbleibenden Jahres 2022 muss eine Bilanz des Gesundheitssystems nach den Regeln des ehrbaren Kaufmannes erstellt werden. Nur so lassen sich weitere Zweckentfremdungen und Manipulationen verhindern und zudem gezielt und am Bedarf orientiert Mittel für die unterfinanzierte ambulante und stationäre Patientenversorgung in ausreichendem Maß zur Verfügung stellen.

Wenn Gegenfinanzierungen möglich und sinnvoll sind, dann zu allererst durch den längst überfälligen Bürokratieabbau. Ausgebildete Mitarbeiter:innen in Pflege- und medizinischen Assistenzberufen gehören in die aktive Medizin und nicht länger an patientenferne Schreibtische! Und der Medizinische Dienst der Krankenkassen siedelt in den unterbesetzten öffentlichen Gesundheitsdienst über. So lässt sich die unantastbare gesundheitspolitische Kultfigur namens Beitragsstabilität auch in schwierigen Zeiten einigermaßen rechtfertigen.

Allerdings bleiben bisher Ohren, Augen und Mund der Verantwortlichen meist verschlossen. Damit gerät eine unter rot-grün-gelber Flagge angetretene Zeitenwende-Reise immer mehr zur politischen Odyssee. Was als Sprechstunden-List gedacht war, entpuppt sich immer mehr als Hinter-List. Und diese Art von Hintersinn gerät nicht immer zum Vorteil ihres Erfinders. Dabei wäre es so leicht gewesen, aus der blamablen Praxisgebühr, Mutter aller nachfolgenden Praxendestabilisierungsversuche, entsprechende Lehren zu ziehen.

Dem Bundesgesundheitsminister kommt noch zugute, dass er im Vergleich zu seinen vielen Vorgänger:innen die Fähigkeit besitzt, die Komplexität unseres Gesundheitssystems intellektuell zu erfassen und wichtige Handlungsstränge differenziert zu erkennen. An der Anerkennung derselben allerdings hakt es erheblich, da alles ohne einen direkten Bezug zu Corona grundsätzlich nicht in das Interessen- und

Beuteschema passt. Praxisnahe Mandatsträger:innen aus den Reihen des Parlaments könnten ihren überforderten Minister unterstützen. Indem er jedoch bisher davon keinerlei Gebrauch macht und wieder dort anknüpft, wo er mit Ulla Schmidt einst aufgehört hat, beleidigt er – durchaus beabsichtigt – niedergelassene Fachärzt:innen unabhängig ihrer fachlichen und (nicht)operativen Profession.

Krankes solidarisches System nutzt lediglich Privatinvestoren

An den aufgezeigten Komorbiditäten kranken Gesundheitswesens und Gesundheitspolitik, an beiden können weder Patient:innen, noch Pflegende und Ärzteschaft genesen. Und da dieser anfangs schleichende und seit vielen Jahren chronifizierte Prozess immer mehr auf die wichtigsten medizinischen Versorgungsbereiche übergreift, verwundert es im sechsten Monat nach Erscheinen des von ziemlich allen langersehnten IGES-Gutachtens nicht, dass die Ambulantisierung noch keinen wesentlichen Schritt weiter gekommen ist. Einmal angenommen, Karl Lauterbach möchte wirklich das Gesundheitssystem patientenverträglich reformieren und endlich für eine transparente, solide und bedarfsgerechte Finanzierung sorgen, dann drängt sich sofort die Frage auf, warum er nicht umgehend die Inhalte besagter nach wissenschaftlichen Standards verfassten Gutachten nutzt – und somit auch die Einsparpotenziale des Ambulanten Operierens, ohne erneut mögliche Einsparungen mit rigorosen Kürzungen und einer flächendeckenden und praxisfernen Überwachungsbürokratie zu verwechseln.

Dass unser Minister durchaus zu einer objektiven Sichtweise und Einschätzung fähig sein kann, das weiß er selbst am besten. Diese positive Einschätzung hat seine am 15. September auf der APS-Veranstaltung anlässlich des bevorstehenden Welttages zur Patientensicherheit gehaltene Rede überzeugend bewiesen. Auch beim Ambulanten Operieren besitzt die Patientensicherheit allerhöchste Priorität, wie die Auswertung von über einer Million AQS1-Patientensicherheitsfragebögen einmal mehr belegt. Und da Minister Lauterbach ein Fan klarer und verwertbarer Studienergebnisse und deren Datenlagen ist, muss er solche versorgungswissenschaftlichen evaluierten AQS1-Daten endlich zur Kenntnis nehmen und nicht wie bisher ignorant negieren.

Sicherheit und Vorteile des Ambulanten Operierens basieren auf sektorengleichen Standards und verlangen mit Blick auf den geforderten Ausbau in Praxen und Kliniken politischen Anstand und Fairness. Ein am Bundesgesundheitsministerium angesiedelter runder Tisch zum Ambulanten Operieren wäre dafür ein erstes Verständigungssignal an den medizinischen Leuchtturm Ambulantes Operieren – und eine klare Abkehr vom Prinzip Abrissbirne.

Davon unbenommen wird der BAO weiter unbequem bleiben, wenn es um fachliche Belange, medizinische Qualität, die Sicherheit und Interessen von Patient:innen und deren Angehörigen sowie von ambulant operierenden Fachärzt:innen und deren qualifizierten Mitarbeiter:innen geht!

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

Geldwerte Vorteile

Die Mitgliedschaft im BNC und BAO macht sich auch finanziell bezahlt!

Von BNC und BAO

Der entscheidende Vorteil einer Mitgliedschaft im Berufsverband ist die berufspolitische Interessenvertretung, gar keine Frage. Doch sie bietet auch eine ganze Reihe geldwerter Vorteile, die manchen Mitgliedern gar nicht bewusst sind. Hier listen wir die wichtigsten einmal auf.

Vorteile einer BAO-Mitgliedschaft

- ▶ Sonderkonditionen (nach Einzelfallprüfung in der Regel 10–15 % Rabatt) für praxisbezogene Versicherungen (auch Berufshaftpflicht) und Privatabrechnung bei der Helmsauer-Gruppe.
www.helmsauer-gruppe.de
- ▶ Sonderkonditionen (nach Einzelfallprüfung in der Regel 10–15 % Rabatt) für inhaltlich auf BAO-Mitglieder zugeschnittene QMB-Schulungen sowie Schulung von Praxisangestellten zu internen Auditoren bei der Zertifizierungsstelle für QM-Systeme der Zentric B.V.
www.zentric.com
- ▶ Sonderkonditionen (nach Einzelfallprüfung in der Regel 10–15 % Rabatt) für inhaltlich auf BAO-Mitglieder zugeschnittene Zertifizierung des Praxis-QM via BAO-Q bei der Zertifizierungsstelle für QM-Systeme der Zentric B.V.
www.zentric.com
- ▶ Sonderkonditionen (nach Einzelfallprüfung in der Regel 10–15 % Rabatt) bei der Gruppe AmbulApps (Digitalisierung der Arbeitsprozesse in der Arztpraxis hin zur papierlosen Praxis).
www.ambulapps.de
- ▶ Bei Firma Meduplus, die Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte sowie Praxisangestellte anbietet (Hygiene, Aufbereitung von Medizinprodukten, Pflichtschulungen, Risikomanagement, Datenschutz) erhalten BAO-Mitglieder 20 % Rabatt auf die Kursgebühren.
www.meduplus.de
- ▶ Bei der BDC-Akademie erhalten BAO-Mitglieder 10 % Rabatt auf alle Kursgebühren.
www.bdc.de/leistungen/weiter-und-fortbildung/akademie

Vorteile einer BNC-Mitgliedschaft

- ▶ Der BNC hat für seine Mitglieder eine Gruppen-Unfallversicherung bei der Helmsauer-Gruppe abgeschlossen, deren Kosten bereits im Mitgliedsbeitrag enthalten sind.
- ▶ Auch eine Spezialstrafrechtsschutzversicherung bei der Helmsauer-Gruppe ist bereits über die BNC-Mitgliedschaft abgedeckt.



Foto: Pixabay

- ▶ Insbesondere bei (Berufs)Haftpflichtversicherungen erhalten BNC-Mitglieder bei der Helmsauer-Gruppe deutlich günstigere Konditionen als ohne Mitgliedschaft.
- ▶ Die Helmsauer-Gruppe steht BNC-Mitgliedern mit einer Hotline für die Rechtsberatung zur Verfügung.
www.helmsauer-gruppe.de
- ▶ Bei Firma Medical works, die Arztpraxen bei der Personalakquise und Ärztinnen wie Ärzten bei der Jobsuche unterstützen, sind für BNC-Mitglieder ebenfalls Prozente drin. Ansprechpartner ist Fabian Stützel (fabian.stuetzel@medical-works.eu)
<https://medical-works.eu>
- ▶ Bei Firma Dell Technologies können BNC-Mitglieder zu Sonderkonditionen Laptops, Desktop-PC und diverse IT-Komponenten kaufen. Aktuelle Angebote werden per Rundmail bekannt gegeben. Ansprechpartner ist Jozef Lovisek (Jozef.Lovisek@dell.com)
www.dell.com
- ▶ Bei Firma Meduplus, die Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte sowie Praxisangestellte anbietet (Hygiene, Aufbereitung von Medizinprodukten, Pflichtschulungen, Risikomanagement, Datenschutz) erhalten BNC-Mitglieder 20 % Rabatt auf die Kursgebühren.
www.meduplus.de
- ▶ Bei der BDC-Akademie erhalten BNC-Mitglieder 10 % Rabatt auf alle Kursgebühren.
www.bdc.de/leistungen/weiter-und-fortbildung/akademie/ ◀

Sektorenverbindene Versorgung

Es fehlt nicht an Expertise, sondern an politischem Gestaltungswillen

Die künstliche Aufrechterhaltung der Grenzen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor kostet viel Geld und behindert eine wirklich patientenorientierte Versorgung. Dabei wurden in den vergangenen Jahren diverse Konzepte und Gutachten erarbeitet, mit deren Hilfe man diese Grenzen endlich zu Fall bringen könnte.

Von Antje Thiel

Aus der Patientenperspektive ist die Trennung in einen ambulanten und einen stationären Sektor mit jeweils unterschiedlichen Regularien, Prozessen und Vergütungssystemen völlig unverständlich. Auch aus ärztlicher Sicht ist es eigentlich selbstverständlich, dass Patientinnen und Patienten genau dort behandelt werden, wo es medizinisch sinnvoll ist – und dass Krankenhaus- und ambulante Behandlungen für alle Beteiligten reibungslos ineinandergreifen. Wie die sektorenverbindende Versorgung gelingen könnte, ist Gegenstand etlicher Gutachten und Expertisen, von denen wir einige im Folgenden vorstellen.

Drei verschiedene Anreizstufen zur Leistungsverlagerung

Es war das Bundesgesundheitsministerium selbst, das ein im März 2021 vorgestelltes Gutachten des Hamburg Center for Health Economics (hche) beauftragt hatte. Sein Titel: **„Identifizierung einer initialen Auswahl von Leistungsbereichen für eine sektorengleiche Vergütung“** (siehe [Kurzlink tinyurl.com/5n78y3x8](https://tinyurl.com/5n78y3x8)). Darin wird festgestellt, dass Deutschland zwar bereits 1992 mit der Einführung des Ambulanten Operierens eine Öffnung der Sektoren für eine bedarfsgerechte Leistungserbringung eingeleitet und 2004 um stationärsersetzende Leistungen erweitert hat. „Dennoch bleibt der Anteil des ambulanten Sektors an der sektorengleichen Leistungserbringung deutlich hinter dem in anderen Ländern zurück. Ursächlich hierfür ist eine finanzielle Besserstellung der stationären gegenüber der ambulanten Leistungserbringung“, heißt es darin. Empfohlen wird, sich am Vorgehen verschiedener anderer OECD-Staaten zu orientieren und die Ambulantisierung zunächst durch eine Auswahl an Leistungsbereichen voranzutreiben, die dann sukzessive erweitert wird.

Das Gutachten schlägt hierfür 30 Leistungsbereiche vor, für die sektorengleiche Pauschalen implementiert werden können. Hierfür kommen drei Vergütungsoptionen infrage, die unterschiedlich starke Anreize für die ambulante vs. stationäre Leistungserbringung setzen. Option 1 mit Aufspaltung der Fallpauschale in einen ambulanten und einen stationären Preis würde de facto einen Erhalt des Status Quo bedeuten. Option 2 mit identischer Vergütung der sektorengleichen

Leistungen ginge mit einer Aufwertung der ambulanten Leistung einher und würde entsprechend den Anreiz zur ambulanten Leistungserbringung gegenüber heute bereits merklich erhöhen. Als dritte Option sieht das Gutachten ein Modell vor, in dem bei ambulanter Erbringung ein Preis oberhalb der tatsächlichen Kosten sowie für die stationäre Erbringung unterhalb der Kosten zu erzielen wäre. „Daraus resultiert eine ambulante Vergütung, die über ihrem stationären Pendant liegt. Durch diese höhere Überdeckung der ambulanten Kosten als in Option 2 fällt der Anreiz zur Verlagerung der stationären Leistungserbringung in den ambulanten Sektor größer aus, benötigt allerdings auch mehr finanzielle Ressourcen“, heißt es in dem Papier.

Intersektorale Leistungen in § 115 SGB V zusammenfassen

Aus der Feder des Spitzenverbands Fachärzte (SpiFa) stammt ein Positionspapier, das im Januar 2021 vorgestellt wurde und sich der **„Struktur und Vergütung ärztlich intersektoraler Leistungen“** widmet (siehe [Kurzlink tinyurl.com/28t6chj5](https://tinyurl.com/28t6chj5)). Es zielt darauf ab, die gesetzlichen, strukturellen und bürokratischen Hürden zu beseitigen, die einer Neuordnung und Vergütung intersektoraler Leistung bislang im Wege stehen. Darin schlägt der SpiFa u. a. vor, die Sektorengrenze mithilfe der §§ 115 bis 122 SGB V durchlässiger zu machen und intersektorale Leistungen künftig unter § 115 neu zusammenzufassen.

Das Prinzip ‚ambulant vor stationär‘ könne konsequent dadurch durchgesetzt werden, dass Erkrankungen zunächst grundsätzlich ambulant behandelt werden müssen und dass eine stationäre Behandlung explizit gemäß der allgemeinen Kriterien nach § 115b SGB V begründet werden muss. Daneben fordert der SpiFa, dass intersektorale ärztliche Leistungen grundsätzlich nach dem jeweils geltenden Facharztstandard erbracht werden sollen und dass mehrere Fachgebiete in zugelassenen Kooperationen (Praxisnetze, Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren, Praxiskliniken, Belegabteilungen) zusammenarbeiten. Die Vergütung solle entsprechend dem DRG-System erfolgen, wobei dieses nur übergangsweise als Vergütungsgrundlage fungieren soll. Der SpiFa versteht sein Konzept als geeignet, „eine Wettbewerbsstruktur um beste Versorgungsqualität

zu initiieren, vergleichbar mit den Versorgungszielen um Verträge zur besonderen Versorgung gemäß § 140 a SGB V, allerdings mit dem Vorteil kassenübergreifender Versorgungsangebote“.

Erweiterung des AOP-Katalogs um knapp 2.500 Leistungen

Besonders viel zitiert wurde in den vergangenen Monaten das im März 2022 vorgestellte Gutachten des IGES-Instituts, das den schönsten Titel ‚Gutachten nach § 115 b Abs. 1 a SGB V‘ trägt (siehe [Kurzlink tinyurl.com/36b9ekna](https://www.kurzlink.com/36b9ekna)) und im Auftrag der drei Vertragspartner Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) erstellt wurde. Das mit knapp 300 Seiten sehr umfassende Papier dient in erster Linie der Neufassung des Katalogs ambulanter und stationärsersetzender Leistungen nach § 115 b Absatz 1 SGB V. Der AOP-Katalog umfasst bislang 2.879 Leistungen und könnte – folgt man der Empfehlung des IGES-Gutachtens – in Zukunft um 2.476 Leistungen (gemäß OPS) auf insgesamt 5.355 Leistungen erweitert werden, was einem Plus um 86 Prozent entspricht. Die meisten der für eine Erweiterung vorgeschlagenen Leistungen, rund 60 Prozent (1.482 Leistungen), sind Operationen, vor allem Operationen an der Haut, am Auge sowie am Muskel- und Skelettsystem. Zweithäufigste Neuaufnahme mit 546 Leistungen sind diagnostische Maßnahmen wie diagnostische Endoskopien. Die Empfehlungen basieren

auf einer Potenzialanalyse von stationärsersetzenden Leistungen der Krankenhäuser: „Maßgeblich ist hierbei die Einschätzung der prinzipiellen Möglichkeit einer ambulanten Durchführung. Das bedeutet, dass auch solche Leistungen für eine Erweiterung in Frage kommen, bei denen nach Berücksichtigung relevanter Kontextfaktoren nur für einen geringen Anteil der gesamten Leistungshäufigkeit zu erwarten ist, dass er ambulant durchgeführt werden kann. Damit wird eine generalisierende Einstufung als ambulant oder stationär durchführbar vermieden, welche die Entstehung von Prüfanlässen eher fördert als ihr entgegenzuwirken“, heißt es in dem Gutachten. Hintergrund ist die Feststellung, dass sich die bisherige Kategorisierung und Unterscheidung zwischen ‚in der Regel ambulant‘ und ‚sowohl ambulant als auch stationär‘ zu undifferenziert ist und sich in der Prüfpraxis nicht bewährt hat.

Transparent kalkulierte Leistungskomplexe

Gefördert durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), ist erst im September 2022 das Gutachten ‚Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung‘ (siehe [Kurzlink tinyurl.com/mr2umk6d](https://www.kurzlink.com/mr2umk6d)) herausgekommen. Hierbei handelt es sich um ein gemeinsames Projekt des hche, das bereits das vom Bundesgesundheitsministerium beauftragte Gutachten erstellt hatte, des BKK Dachverbands, des Deutschen Krankenhausinstituts, des Fachgebiets ▶

Ambulantes Operieren

Ihre Mission. Unsere Lösungen.

Als Ihr strategischer Partner für Praxiskliniken und ambulante OP-Zentren bieten wir ein breites Angebot von der Planung, über die Ausstattung bis hin zu Finanzierung und Service.

Profitieren Sie von

- langjähriger Erfahrung
- All-In-Lösungen
- Prozess-Verantwortung
- Kostenoptimierung
- Risiko-Minimierung
- Serviceangeboten



Sprechen Sie uns an.

Code scannen und Termin vereinbaren.



Projektplanung



OP-Ausstattung



Praxisorganisation



Sterilgutaufbereitung



Finanzierung



Technischer Service



Management im Gesundheitswesen der TU Berlin sowie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi). Die aktuellen Vergütungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen stünden einer sektorengleichen Leistungserbringung entgegen, heißt es darin. Dies sei auf historische Entwicklungen zurückzuführen, die bereits in diversen Gutachten identifiziert wurden. Allerdings: „Keine der Maßnahmen vermochte es aber bisher, den erforderlichen Ansprüchen gerecht zu werden.“



Foto: Pixabay

Was – mangels gesetzlichen Auftrags – bislang fehle, sei ein klares Konzept, wie ambulant durchführbare Operationen sowie stationäresetzende Eingriffe und Behandlungen zu vergüten sind. Dies könne mit dem Konzept einer Einheitlichen, Sektorengleichen Vergütung (ESV) geändert werden. „Das Konzept geht vom bisherigen AOP-Katalog aus, der aber perspektivisch durch eine einheitliche Leistungsdefinition und -dokumentation für den sektorengleichen Bereich ersetzt wird“, heißt es in dem Papier. Als übergangsweise Basis der Vergütung sollen auch hiernach die DRG-Fallpauschalen herangezogen werden, für die OPS-Codes des AOP-Kataloges in relevanter Anzahl gruppierungsrelevant sind und die keine Patientinnen und Patienten mit äußerst schweren Komplikationen oder Komorbiditäten betreffen. „Diese Fälle, bei denen es sich in der Regel um Kurzlieger handelt, werden zukünftig über sektorengleiche Pauschalen vergütet; schwere Fälle verbleiben im DRG-System und werden weiterhin stationär erbracht“, lautet eine weitere Empfehlung. Die Kalkulation der Leistungen soll initial auf Basis des bestehenden, um rein stationäre Kosten bereinigten InEK-Kostengerüsts erfolgen. „Die daraus resultierende Überfinanzierung – ambulante Kostenstrukturen fließen zunächst nicht in die Kalkulation ein – dient der finanziellen Anreizsetzung und der schnellen Etablierung sektorengleicher Strukturen“, ist darin zu lesen. Die Leistungskomplexe sollen transparent kalkuliert und empirisch bewertet werden;

nach dem Baukastenprinzip will man aus den Leistungskomplexen flexibel zusammensetzbare sektorengleiche Leistungsgruppen (SLG) zusammenstellen und über sektorengleiche Pauschalen (SP) vergüten.

Regierungskommission setzt auf Tagesbehandlungen

Man sollte angesichts derart geballter Expertise also meinen, dass mittlerweile ausreichend viele Vorschläge kursieren, mit denen man die Grenzen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor aufbrechen und einen neuen, sektorenverbindenden Leistungsbereich definieren könnte. Doch weit gefehlt! Ende September 2022 präsentierte eine erst im Mai 2022 von Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach vorgestellte ‚Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung‘ ihre zweite Stellungnahme und Empfehlung. Diesmal stand die ‚Tagesbehandlung im Krankenhaus zur kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens‘ ([siehe Kurmlink tinyurl.com/eh25pw5n](https://tinyurl.com/eh25pw5n)) im Fokus. Darin heißt es, die Möglichkeiten nach dem AOP Katalog würden von den Krankenhäusern nur in geringem Maße genutzt und eigneten sich nicht zur umfassenden Ambulantisierung bislang stationärer Leistungen. „Nach Einschätzung der Regierungskommission ist die Ursache hierfür nicht vorrangig in einer zu engen Fassung des Katalogs begründet, sondern in der Grundkonzeption der Regelung, die zu stark auf einzelne Leistungen oder Prozeduren fokussiert und für die zumeist multimorbiden Kranken zu wenig patientenzentriert ist. Zugleich erachten viele Krankenhäuser die Vergütung als nicht kostendeckend.“ Die Regierungskommission schlägt vor, den Krankenhäusern ab spätestens 1. Januar 2023 die Möglichkeit zu geben, „ohne vorherige Beantragung, Genehmigung oder Ausweisung einer Tagesklinik potenziell alle Behandlungen auch als Tagesbehandlungen durchzuführen“. Hierfür sollte eine einheitliche Vergütungsgrundlage eingeführt werden.

Verschenktes Ambulantisierungspotenzial

Das Urteil der Akteure im Gesundheitswesen zu diesem Papier fiel vernichtend aus. Zi-Chef Dr. Dominik von Stillfried etwa bezeichnete die vorgeschlagene kurzfristige Intervention als „Arbeitsbeschaffungsprogramm für Medizinjuristen“, von dem Patientinnen und Patienten nicht profitieren würden. Der Hartmannbund monierte, dass Krankenhäuser danach auch ohne die Übernachtung ihrer vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten eine „lediglich marginal abgeminderte DRG-Pauschale“ erhalten sollen – was kaum zu mehr Kosteneffizienz führen dürfte. Und der GKV-Spitzenverband urteilte: „Die Kommission verschenkt damit erhebliches Ambulantisierungspotenzial im Krankenhaus. Für geeignete Behandlungsfälle, wie z. B. Kurzliegerfälle, fehlt jede Perspektive einer ambulanten Versorgung.“ Eine forcierte Ambulantisierung durch die Erweiterung des AOP-Katalogs werde sogar gänzlich ausgeblendet, „obwohl damit erhebliches Entlastungspotenzial für Krankenhäuser, Ärzteschaft und Pflegepersonal einhergeht“.

Fast könnte man den Eindruck gewinnen, Bundesgesundheitsminister Lauterbach beauftrage so lange Gutachten, bis endlich eines dabei ist, das zu seinem krankenhauszentrierten Weltbild passt ... ◀

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

GKV-Finanzstabilisierungsgesetz

Mangelnde Wertschätzung für die Arbeit der Arztpraxen

Auch die kurzfristig noch eingearbeiteten Änderungen dürften die Proteste der Ärzteschaft gegen die Sparpläne der Bundesregierung nicht zum Erliegen bringen. Denn das Aus für die Neupatientenregelung wird durch die nun vorgesehenen Zuschläge nicht kompensiert. Hier Auszüge aus der Debatte und Stimmen zum Beschluss.

Von Antje Thiel

Mit der Verabschiedung des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (GKVFinSG) am 20. Oktober 2022 besiegelte der Deutsche Bundestag auch das Ende der sogenannten Neupatientenregelung, die erst 2019 unter Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) eingeführt worden war. Nach Beratungen im Gesundheitsausschuss hat man sich auf Zuschläge für schnellere Termine geeinigt, welche die zu erwartenden Honorareinbußen allerdings nicht kompensieren dürften. Die Reaktionen aus den Reihen der Ärzteschaft zeigen, dass man das GKVFinSG auch in seiner abgemilderten Fassung nicht einfach hinnehmen wird.

Allzu viele Abgeordnete waren es nicht, die bei der zweiten und dritten Lesung des Gesetzentwurfs sowie der Abschlussdebatte anwesend waren und am Ende auch ihre Stimmen abgaben. Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach (SPD) nutzte die Gelegenheit, sein Gesetz noch einmal als Chance zu loben, das 17-Milliarden-Defizit in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu beheben – und zwar ohne Leistungskürzungen. Mehr noch: „Es ist ein wichtiger Schritt in Richtung Abbau der Zweiklassenmedizin.“ Sein Parteikollege Dr. Christos Pantazis betonte, dass das GKV-Defizit ohne die mit dem Gesetz festgelegte Lastenverteilung ausschließlich von Beitragszahlern hätte gestemmt werden müssen, und zwar in Form einer Erhöhung des Zusatzbeitrags für gesetzlich Versicherte um 1,0 statt nun 0,3 Prozentpunkte.

Schlechter Tausch: Abgestufte Zuschläge statt Neupatientenregelung

Der höchste Zuschlag – maximal 200 Prozent der Versicherungspauschale sowie Grundpauschale – ist vorgesehen, wenn bei akuten Fällen ein Termin bereits am nächsten Kalendertag nach der Kontaktvermittlung ermöglicht wird. Beginnt die Behandlung am 35. Tag nach der Terminvermittlung, soll es einen Zuschlag von 40 Prozent geben. Hausärztliche Praxen erhalten für die Vermittlung von Terminen in der Facharztpraxis 15 statt bislang 10 Euro.

Mehr Informationen: www.kbv.de/html/1150_60474.php

Neupatientenregelung hat nur auf dem Papier bestanden?

Zur in der Ärzteschaft besonders scharf kritisierten Abschaffung der Neupatientenregelung, erklärte Prof. Lauterbach: „Jeder weiß, dass die Neupatientenregelung eigentlich nur auf dem Papier bestanden hat. Wir haben mehr als eine halbe Milliarde Euro pro Jahr ausgegeben, ohne dass es zu einer Verbesserung der Versorgung gekommen ist. Das haben wir beseitigt.“ Auch die Abgeordneten der anderen Koalitionsparteien verteidigten den Kurs des Ministers. So erklärte Maria Klein-Schmeinck von den Grünen: „Ja, das Gesetz enthält auch Zumutungen, doch diese Zumutungen sind vertretbar.“ Eine stabile Finanzierung sei schließlich das Rückgrat einer sicheren Gesundheitsversorgung. Ihre Fraktionskollegin Dr. Paula Piechotta warb um Verständnis: „Ich verstehe, dass z. B. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nicht in Begeisterungstürme für dieses Gesetz ausbrechen.“ Doch es sichere die Versorgung insbesondere von Menschen mit niedrigem Einkommen ab.

Dr. Andrew Ullmann von der FDP wies darauf hin, man habe im parlamentarischen Verfahren noch wesentliche Verbesserungen erreichen können. Die Streichung der Neupatientenregelung bleibe zwar bestehen, doch zum Ausgleich sollen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte künftig höhere extrabudgetäre Zuschläge für die schnelle Aufnahme von Patientinnen und Patienten nach Terminvermittlung über eine Hausarzt- bzw. Facharztpraxis oder die Terminservicestelle (TSS) erhalten (siehe Kasten).

Längere Wartezeiten auf Arzttermine sind absehbar

Die Opposition kritisierte das Gesetz in der Abschlussdebatte erneut scharf. So nannte Tino Sorge von der CDU/CSU-Fraktion es ein „Problem-Verschiebegesetz“. Prof. Lauterbachs Versprechen, es werde keine Leistungskürzungen geben, sei nicht zu halten: „Sie belasten die Beitragszahler, Sie belasten Ärzte und Apotheker, und Sie gefährden Arbeitsplätze in der Pharmaindustrie.“ GKV-Versicherte hätten mit der nun wieder abgeschafften Neupatientenregelung sehr wohl schneller Facharzttermine bekommen. „Wenn man Lösungen erzielen will, muss man sich doch mit den Akteuren unterhalten! Warum hören Sie den

Ärzten nicht zu?“, sagte Sorge in Richtung des Ministers. Und auch sein Parteikollege Sepp Müller zeigte sich überzeugt, dass die Streichung der Neupatientenregelung dazu führen werde, dass Patientinnen und Patienten künftig länger auf Termine warten müssen. Stephan Pilsinger, ebenfalls Mitglied der CDU/CSU-Fraktion, bezeichnete Lauterbach als „reinen Ankündigungsminister“ und das neue Gesetz als „Flickschusterei zum Stopfen von Finanzlöchern ohne nachhaltigen Effekt“. Pilsinger sagte: „Sie nennen Leistungskürzungen jetzt einfach das Heben von Effizienzreserven und kürzen bei Ärzten, Zahnärzten und Apotheken.“ Er prophezeite, das Gesetz werde die Gesundheit der Bevölkerung langfristig verschlechtern.

Die Linken-Abgeordnete Kathrin Vogler wiederum hätte sich gewünscht, dass der Bundesgesundheitsminister die Einnahmesituation der GKV z. B. durch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze verbessert hätte. Und der AfD-Redner Martin Sichert schimpfte – nicht ohne völlig zusammenhangslos die jüngst veröffentlichten erhöhten Sterbefallzahlen mit Corona-Impfungen in Zusammenhang zu bringen: „Die Menschen werden ausgenommen bis auf's letzte Hemd. Wir sind schon Weltmeister bei Steuern und Energiekosten, und Sie erhöhen die Kosten immer weiter. Sie machen dieses Land zu einer Gesundheitswüste.“ Er betonte, seine Fraktion habe die meisten Änderungsanträge zu dem Gesetz eingebracht – in der anschließenden Abstimmung über die Beschlussvorlagen wurde allerdings kein einziger dieser Vorschläge angenommen.

Vertragsärztliche Praxen als Lastesel der Versorgung

Die Reaktionen aus den Reihen der Ärzteschaft auf den Bundestagsbeschluss fielen durchaus erwartbar aus. So erklärte KBV-Chef Dr. Andreas Gassen: „Das vermeintliche Zugeständnis der Ampelkoalition, durch die Terminservicestellen den Wegfall der Neupatientenregelung zu kompensieren, ist bestenfalls ein Tropfen auf den heißen Stein.“ Die Abschaffung der Neupatientenregelung in Kombination mit der Beschränkung der Finanzierung der offenen Sprechstunde im Rahmen des GKVFinSG Sorge dafür, die Lage der ohnehin chronisch unterfinanzierten ambulanten Versorgung weiter zu verschlechtern, und sende das Signal, dass Praxen zwar der Lastesel der Versorgung sind, aber im Gegensatz zu Krankenhäusern keine angemessene finanzielle Ausstattung bekommen. „Ich gehe davon aus, dass es in den nächsten Wochen zu weiteren Protesten gegen die Streichung der Neupatientenregelung und die damit verbundenen Folgen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten kommen wird“, prophezeite Dr. Gassen.

KBV-Vize Dr. Stephan Hofmeister zeigte sich ebenfalls enttäuscht und bezeichnete den Beschluss als Ausdruck fehlender Wertschätzung für die Arbeit der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten: „Am Erhalt einer hochwertigen und wohnortnahen ambulanten Versorgung – mit fast 700 Millionen Behandlungsfällen pro Jahr sowie über einer Milliarde Arzt-Patientenkontakten – scheinen die politisch Verantwortlichen nicht interessiert zu sein“, meinte Dr. Hofmeister. Der KBV-Vorstand rechnet damit, dass die ambulante Struktur nach dem aktuellen Beschluss insgesamt weiter ausgehöhlt wird.



Foto: Pixabay

Wer Stabilität will, sollte ein System lieber nicht seiner Basis berauben ...

Die KBV wies noch einmal darauf hin, dass die positive Wirkung der Neupatientenregelung – anders als von Prof. Lauterbach behauptet – belegt ist: Im ersten Quartal 2022 sei die Zahl der Neupatientenfälle mit 27,1 Millionen so hoch wie noch nie seit Einführung der Regelung 2019 gewesen, erklärte die KBV unter Verweis auf jüngste Berechnungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi).

Fatale Botschaft: Ärztliche Leistung lohnt sich nicht

Auch bei den Vorständen von BNC und BAO löste die Verabschiedung des GKVFinSG Kopfschütteln aus. So erklärte der BNC-Vorsitzende Jan Henniger: „Das war ein schlechter Tag für die ambulante Medizin und die Menschen, die ambulant versorgt werden. Es bleibt uns nichts anderes übrig, als Termine und Versorgung an die zur Verfügung stehenden Mittel anzupassen.“ Es werde schwierig für den Minister, das so verspielte Vertrauen der Ärzteschaft wieder zurückzugewinnen. „In einer Zeit, in der alle zusammenhalten müssten, werden die Wenigen brüskiert, die in den letzten Jahren dieses Land am Laufen gehalten haben. Ich bin mir nicht sicher, ob die Politik in Zukunft noch auf die Ärzteschaft zählen kann, wenn sie sie braucht“, warnte Henniger.

BAO-Präsident Dr. Christian Deindl erklärte: „Fachärztliche Kolleginnen und Kollegen sind gut beraten, ernsthaft darüber nachzudenken, ob es sich angesichts dieser erneuten Enteignung noch lohnt, weiterhin mit überdurchschnittlichen Arbeitszeiten und -belastungen politisch bewusst gewollte Versorgungslücken zu kompensieren und dabei die eigene berufliche und private Lebensqualität ernsthaft zu gefährden.“ Schließlich biete die Vorgabe ‚wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig‘ (WANZ) den besten Schutz gegen Regresse, deren fragwürdige Rechtmäßigkeit auch in diesem Gesetz nicht angetastet wurde. „Wirklich gestärkt und entlastet ist niemand, dafür sind unser Gesundheitssystem und seine nachhaltige Finanzierung instabiler denn je geworden“, kritisierte Dr. Deindl. ◀

Sektorengleiche Vergütung

Quadratur des Kreises oder Zukunftschance mit Einsparpotenzial?

Eine gesetzliche Regelung zur einheitlichen Honorierung von Leistungen in beiden Sektoren ist ein wichtiger Schritt hin zu einer Reform der Ambulantisierung im Gesundheitswesen. Sinnvolle Modelle für eine solche neue Vergütungsform liegen bereits vor, nun muss die Politik die gesetzlichen Rahmenbedingungen dafür schaffen.

Von Dr. Andreas Philippi

In Zeiten, in denen die Politik über ein Defizit von 17 Milliarden Euro bei der GKV- Finanzierung diskutiert und Leistungskürzungen (noch) nicht in Erwägung gezogen werden, wird an vielen Stellen über Einsparmöglichkeiten ohne Qualitätsverlust für die Patienten diskutiert. Die Streichung der Neupatientenpauschale, die rechnerisch mit 300 Millionen Euro zu Buche schlagen würde, bedeutet aber einen solchen Qualitätsverlust in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Gibt es also Möglichkeiten, ohne Qualitätsverlust medizinische Leistungen zu erbringen?

Ich selbst bin seit 1995 als Mediziner tätig. Meine Ausbildung begann in der Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Facharzt für Allgemeine Chirurgie und Notfallmediziner wurde ich 2001. Weitere Erfahrungen habe ich in der Urologie, Unfallchirurgie und Viszeralchirurgie gesammelt. Als Oberarzt in einer Klinik habe ich – sozusagen als Serviceleistung – in einer Klinik das ‚Ambulante Operieren‘ nach § 115 SGBV aufgebaut.

Als eine Serviceleistung bezeichne ich das Ambulante Operieren deshalb, weil Patient:innen mit dem Wunsch nach ambulanter Versorgung auf uns zukamen. Wir begannen also mit Leistenhernien, Varizen und Metallentfernungen. Anfänglich operierten wir vier Patient:innen pro Woche. Ab 2009 übernahm ich dann die Leitung eines Medizinischen Versorgungszentrums mit Räumlichkeiten in einer Klinik und mit Zugang zu exzellenten OP-Räumlichkeiten. Gemeinsam mit einem niedergelassenen Anästhesisten habe ich bis heute über 6.000 ambulante Operationen durchgeführt.

Leistungen ohne Qualitätsverlust ambulant erbringen

Um die eingangs gestellte Frage an dieser Stelle schon einmal zu beantworten: Ja, es gibt Möglichkeiten, medizinische Leistungen ohne Qualitätsverlust ambulant zu erbringen.

Der Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO) befasst sich seit nunmehr über 25 Jahren mit dem Ausbau und der Förderung des Ambulanten Operierens, insbesondere im Sinne des Patientenwohl und der Patientenzufriedenheit, einschließlich entsprechender Qualitätsstandards. Beim BAO-Symposium im Rahmen des NARKA-



Dr. Andreas Philippi nahm als Vertreter der Bundespolitik an einer Podiumsdiskussion beim diesjährigen NARKA teil (siehe Seite 22 ff.)

Foto: BAO

Kongresses am 4. September 2022 in Berlin habe ich in meiner Funktion als Mitglied des Deutschen Bundestages und Mitglied des Gesundheitsausschusses an einer Podiumsdiskussion zum Thema ‚Ambulantisierung und Patientensicherheit‘ teilgenommen.

Ungenutztes Potenzial zur Ambulantisierung

Mein Fazit dieser Veranstaltung ist, dass die anwesenden ambulanten Leistungserbringer:innen bereit sind, die im Koalitionsvertrag der Ampel geforderte Neustrukturierung im Sinne der Forderung ‚ambulant vor stationär‘ mitzutragen und mit Leben zu füllen. Mit Hinweis auf das aktuelle IGES-Gutachten und den dazugehörigen AOP-Katalog sehen sich die Vertreter:innen der niedergelassenen Anästhesisten und des BAO in ihren Forderungen bezüglich des Einsparpotenzials durch Ambulantes Operieren gesundheitsökonomisch und versorgungswissenschaftlich, begleitet von der Vorstellung des AQS1-Patientensicherheitsfragebogens als Qualitätsstandard, bestätigt.

Diese beiden Player sehen nun die erneute Chance, mit der politisch angesagten Ambulantisierung der Medizin das deutsche Gesundheitssystem nachhaltig zu erneuern und dem Ziel einer sektorenverbindenden wohnortnahen Patientenversorgung näher zu kommen.

Vergleicht man Deutschland international, ist das Potenzial ambulant durchführbarer Operationen, stationersetzender Eingriffe und Behandlungen noch lange nicht ausreichend genutzt. Verantwortlich dafür sind fehlende finanzielle Anreize und fehlende Leistungsdefinitionen, aber auch fehlende gut ausgebildete Leistungserbringer:innen. Zahlreiche andere westliche Nationen wie z.B. Großbritannien und Frankreich haben den hohen Druck auf die Krankenhäuser abgebaut, in dem sie wenig komplexe Fälle aus der stationären Versorgung herausgelöst haben und durch sektorengleiche Pauschalen honorieren.

Im Koalitionsvertrag hat die Ampelregierung beschlossen, „für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRGs“ umzusetzen. Ziel ist, die Ambulantisierung „bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen“ zu fördern.

So weit so gut, wären da nicht die Diskussionen über die Vergütung ambulanter Leistungen nach EBM, AOP-Vertrag nach § 115 SGBV, GOÄ, zukünftig als Hybrid-DRGs – oder doch etwas ganz anderes? Jedenfalls sind die zuerst genannten Abrechnungsverfahren für die Kliniken nicht attraktiv und der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) für die meisten ambulanten Operationen nicht auskömmlich.

Politik ist gefordert und muss Spielregeln neu definieren

Soll also die Maxime ‚Gleiches Geld für gleiche Leistung, egal ob stationär oder ambulant‘ umgesetzt werden? Zunächst einmal klingt die Idee der Hybrid-DRGs für den niedergelassenen Leistungserbringenden verlockend, denn im Vergleich zum EBM wäre mit einem deutlich höheren Honorar zu rechnen. Doch schon melden sich die Kostenträger und möchten einer veränderten Honorierung der ambulanten Leistung nicht einfach so zustimmen.

Der Anreiz für die Kliniken, lieb gewonnene DRG-Erlöse an Hybrid-Abrechnungen zu verlieren, hält sich natürlich in Grenzen. Um es kurz zu sagen: Es geht hier ums Geld, und die Politik ist gefordert, hier die Spielregeln in Form von Gesetzen zu definieren, um einen ausgeglichenen Wettbewerb zwischen den Akteur:innen im Gesundheitssystem zu gewährleisten.

Fakt ist, dass sich – aktuell zumindest – alle Beteiligten über eines einig sind: Es muss mehr im ambulanten Sektor stattfinden. Fakt ist auch, dass dabei keine Abstriche bezüglich der Qualität und der Versorgung der Patient:innen geduldet werden dürfen. Unstrittig dürfte auch der Wunsch nach wohnortnaher, bedarfsgerechter Versorgung sein. Meine Erfahrung zeigt aber auch, dass Risiko nicht nur an Alter, Nebenerkrankungen und Orientierungszustand des zu Behandelnden festgemacht werden kann. Ältere Patient:innen haben durchaus einen Benefit, wenn sie abends wieder in ihrem eigenen Bett schlafen können. Dies erfordert eine genaue Anamnese und auch ein gemeinsames Abwägen mit den Anästhesist:innen und den Angehörigen, was machbar ist und zum Wohl der Patient:innen verantwortbar.

Dr. Andreas Philippi

Facharzt für Chirurgie und Notfallmedizin
MVZ Herzberg-Klinik
Mitglied des Deutschen Bundestages (SPD)

Nikolaistraße 30
37073 Göttingen
Tel.: 0551 99966498
andreas.philippi.wk@bundestag.de
https://philippi-andreas.de



Foto: SPD

Verfahren zur Angleichung der Vergütung beider Sektoren

Wie also lösen wir das Problem einer sektorengleichen Vergütung? Die letzten Jahre haben dem Ambulanten Operieren einen deutlichen Schub gebracht. Standardisierte Verfahren haben zur Qualitätssicherung und zur Patientensicherheit beigetragen, erfordern aber summa Summarum eine bessere Honorierung. In Anbetracht des Sparbedarfes im Gesundheitssystem und der im Koalitionsvertrag vereinbarten Entwicklung einer einheitlichen sektorenübergreifende Vergütung, kommt dem Ambulanten Operieren mit einem Volumen von knapp drei Milliarden Euro ein erhebliches Potenzial zu. Es liegt also nun an der Politik, ein Verfahren zu entwickeln, in dem sich die Vergütung der beiden Sektoren ambulant und stationär angleicht.

Beginnen wir also mit der Quadratur des Kreises. Die bisherige Vergütung der kassenärztlichen Leistung erfolgt ausschließlich über den EBM. Wegen der erforderlichen Struktur- und Prozessqualität ist Art der Vergütung bei seit Jahren steigenden Kosten nicht mehr zeitgemäß. Daraus erfolgt eine Stagnation, bestehenden Praxen und OP-Zentren mangelt es an Nachwuchs, die gewünschte Ambulantisierung wird verzögert oder droht im schlimmsten Falle zu scheitern. Auf der anderen Seite ist es faktisch unmöglich, dass Kliniken mit den vielfach niedrigeren Erlösen aus dem EBM für die ambulante Leistung nur annähernd kostendeckend arbeiten.

Sektorengleiche Vergütung ist Notwendigkeit und Pflicht

Eine sektorengleiche Vergütung im Sinne von gleichem Geld für gleiche Arbeit – ob als Hybrid-DRG oder mit anderem Namen – ist eine von der Politik gemeinsam mit den Akteur:innen des Gesundheitssystems umzusetzende Notwendigkeit und meines Erachtens auch Pflicht.

Mehr als eine Diskussionsgrundlage ist in Ergänzung zum im Frühjahr 2022 veröffentlichten IGES-Gutachten das am 20. September 2022 in Berlin veröffentlichte Gutachten von Professor Dr. Jonas Schreyögg vom Hamburg Center for Health Economics der Universität Hamburg über ‚Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung‘, das gemeinsam mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi), dem BKK Dachverband, dem Deutschen Krankenhaus-Institut (DKI) und der TU Berlin erarbeitet wurde.

Eine gesetzliche Regelung zur einheitlichen sektorengleichen Vergütung in Anlehnung an das von Prof. Schreyögg vorgeschlagene Modell ist ein wichtiger Schritt hin zu einer Reform der Ambulantisierung im Gesundheitswesen. Weitere Schritte werden und müssen folgen. ◀

NARKA 2022

Zähes Ringen um politischen Einfluss und überfällige Strukturreformen

Deutschland hat zu viele Krankenhäuser und Klinikbetten. Es fehlt an Anreizen für das Ambulante Operieren. Der Fachkräftemangel bedroht die Versorgung. Über diese Punkte waren sich die Teilnehmenden beim BAO-Symposium alle einig. Was fehlt, ist eine klare gemeinsame Strategie für den erforderlichen politischen Sinneswandel.

Von Antje Thiel

Als Anfang September 2022 in Berlin der jährliche Kongress der niedergelassenen Anästhesistinnen und Anästhesisten (NARKA) als Hybrid-Veranstaltung stattfand, beherrschte die Corona-Pandemie zwar nicht mehr sämtliche Schlagzeilen. Dennoch widmet Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach anderen Themen als COVID-19 weiterhin nur wenig Aufmerksamkeit. Dabei gibt es genug Baustellen im Gesundheitswesen, die dringend nach Lösungen verlangen. Darunter zum Beispiel das Ambulante Operieren, dessen Leistungskatalog ab kommendem Jahr deutlich erweitert werden soll. Beim BAO-Symposium im Rahmen des NARKA wurde diese besondere Versorgungsform aus verschiedenen Blickwinkeln diskutiert.

Der Impulsvortrag von BAO-Präsident Dr. Christian Deindl (Nürnberg) machte rasch deutlich, dass die Diskussionen über fehlende Förderung in Deutschland im Grunde ebenso alt sind wie das Ambulante Operieren – und nebenbei bemerkt auch der BAO! – selbst, nämlich 30 Jahre. „Wir haben es also im Grunde mit einem Geburtsfehler zu tun. Und wie das auch mit anderen Geburtsfehlern ist: Man muss ein ganzes Leben lang damit klarkommen“, meinte Dr. Deindl.

Deindl: Nur komplexe Fälle gehören ins Krankenhaus

Dabei hatten ambulante OP-Einrichtungen von Anfang an erhebliche Anstrengungen unternommen, die Qualität ihrer Leistungen zu belegen, erklärte der BAO-Präsident mit Blick auf die in ambulanten OP-Zentren seit Jahrzehnten fest etablierten AQS1-Patientenfragebögen. „Mit diesem praxiserprobten Instrument waren bereits 2007, also nach zehn Jahren Anwendung, bereits mehr als 200.000 ambulante Operationen dokumentiert“, berichtete Dr. Deindl. Die AQS1-Patientenfragebögen gelten mittlerweile auch aus universitärer Sicht eine valide und evaluationsfähige Datenbasis zum Ambulanten Operieren (siehe auch Seite 50 f.).

An der Qualität hapert es also seit Jahrzehnten nicht – wohl aber an der finanziellen Förderung, und zwar trotz erwiesenem Einsparpotenzial. So hatte das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) schon 1992 festgestellt, dass von rund 2,9 Millionen Operationen im Kranken-



Jörg Karst, NARKA-Gastgeber und niedergelassener Anästhesist aus Berlin



Dr. Axel Neumann, BAO-Vizepräsident und niedergelassener Chirurg aus München

haus zirka 45 % ambulant erbracht werden könnten, was zu 10 % weniger Krankenhausfällen führen würde und Wirtschaftlichkeitsreserven von vier Milliarden D-Mark pro Jahr entspräche. „Seither wurden 10 % der Kliniken geschlossen und 20 % der Krankenhausbetten abgebaut – nicht zuletzt dank des Ambulanten Operierens“, ergänzte Dr. Deindl.

Gedankt wurden diese Einsparungen den Operateuren und Anästhesistinnen alledings nicht: „Wann immer es eine EBM-Reform gab, dann haben unsere Verbandsvertreter schnell festgestellt, dass für uns beim Ambulanten Operieren eher weniger drin war als dass die Vergütung mehr wurde.“ Dennoch bleibt der BAO bei seiner Zielsetzung, dass stationäre Behandlungen und Operationen ausschließlich komplexen Krankheitsbildern, schwierigen und risikobehafteten Operationen sowie schweren Krankheitsverläufen vorbehalten sein sollten.

Neumann: In der Diskussion fehlt die Patientenperspektive

Dieses Ziel bekräftigte auch BAO-Vizepräsident Dr. Axel Neumann (München): „Wir wollen, dass Patienten da behandelt werden, wo es (sozial)medizinisch sinnvoll ist.“ Hierfür brauche es neue Vergütungsformen, die genau dieser Patientenperspektive Rechnung tragen. Das im Frühjahr 2022 veröffentlichte Gutachten des IGES-Instituts, nach

dessen Vorschlägen der Katalog ambulanter und stationersetzender Leistungen überarbeitet werden soll, treffe zwar zu vielen patientenrelevanten Faktoren wichtige Aussagen, bemerkte Dr. Neumann, „dennoch wird die Patientenperspektive in der öffentlichen Diskussion überhaupt nicht eingenommen“.

Er dämpfte auch die Hoffnung, dass bereits Ende dieses Jahres echte Veränderungen feststellbar sein werden, da die bislang festgelegten Operationen nur 42 OPS-Ziffern umfassen. Zudem widme sich das IGES-Gutachten nicht ausschließlich ambulanten Operationen, sondern enthalte auch diverse stationersetzende diagnostische Prozeduren.

Auch Alexander Krauß von der TK-Landesvertretung Sachsen, der die Sicht der Krankenkassen schilderte, bezog sich auf den im IGES-Gutachten skizzierten neuen AOP-Katalog: „Es ist noch ein langer Weg, wenn wir daran denken, dass insgesamt 2.476 medizinische

halb wollen wir das Modell nicht bundesweit ausrollen.“ Insbesondere müsse man evaluieren, warum ein Teil der Krankenhäuser aus dem Modellprojekt wieder ausgestiegen ist. „Man kann auch nicht sagen, dass alles dadurch per se besser und preisgünstiger geworden ist.“

Krauß warb stattdessen für ein Konzept der Ersatzkassen, kleine und unrentable Krankenhäuser zu regionalen Gesundheitszentren (RGZ) umzuwandeln. Diese RGZ könne man entsprechend der regionalen Besonderheiten modular gestalten. Außerdem verwies er auf eine Reihe von Selektivverträgen, an denen die TK in Sachsen mitwirkt: „Das ist auch eine Einladung an Sie, mit Kassen regional spezielle Versorgungsangebote zu schaffen.“ Hierfür kämen allerdings nur Leistungen in Betracht, die bislang noch nicht im EBM verankert sind bzw. bei denen es für Patientinnen und Patienten sowie den Behandlungspfad Vorteile gibt, die nicht im EBM abgebildet sind.



Alexander Krauß, Leiter der TK-Landesvertretung Sachsen in Dresden



Dr. Franziska Diel, Referat vertragsärztliche Qualitätssicherung bei der KBV in Berlin



Dr. Christian Deindl, BAO-Präsident und Kinderchirurg aus Nürnberg



MdB (SPD) Dr. Andreas Philippi, niedergelassener Chirurg aus Herzberg

FOTOS: BAO

Leistungen ‚abgearbeitet‘ und neu bewertet werden müssen.“ Auch bei der Techniker Krankenkasse sei man davon überzeugt, dass die Versorgung besser ist – und natürlich auch kostengünstiger –, wenn sie verstärkt ambulant stattfindet. „Wir wollen einen klaren Katalog stationersetzender Leistungen, inklusive Prüfmöglichkeiten für den Medizinischen Dienst“, erklärte Krauß. Langfristig müsse es auch die Möglichkeit einer sektorverbindenden Planung geben, doch an diesem Punkt sei zunächst einmal der Gesetzgeber gefragt. Dieser sei allerdings dem Einfluss sehr vieler Interessengruppen im Gesundheitswesen ausgesetzt: „Wenn man das Finanzvolumen sieht, das zu verteilen ist, erkennt man, wie viele Mitspieler da ihren Anteil einfordern.“

Krauß: Regional spezielle Versorgungsangebote schaffen

Als Vertreter einer Krankenkasse, die als eine der ersten die integrierte Versorgung förderte und in den vergangenen Jahren auch ein viel beachtetes Modellprojekt zur sektorenverbindenden Versorgung mit Hybrid-DRG in Thüringen mitgetragen hat, zeigte sich Krauß allerdings skeptisch, dass das Thüringer Modell als Blaupause für die sektorenunabhängige Bedarfsplanung taugt: „Das war kein reines Erfolgsmodell“, betonte er, „man muss aus den Fehlern lernen und nachjustieren, des-

Im Plenum kam diese Einschränkung nicht sonderlich gut an: „Ihr Interesse als Kasse muss es doch sein, über Selektivverträge mit festen Beträgen Anreize zu schaffen, damit es für Niedergelassene und Kliniken attraktiv ist, die Eingriffe nicht stationär zu erbringen“, mahnte ein Teilnehmer. „Das Problem ist, dass wir als Krankenkasse keine Patientensteuerung vornehmen können“, erwiderte Krauß. „Warum soll ich 10% mehr bezahlen für die gleiche Leistung, wenn ich sie grundsätzlich auch weiter via EBM einkaufen kann? Wir schwimmen als Kassen aktuell nicht in Geld, können also nicht einfach Geld obendrauf legen.“

Karst: Wir haben immer noch zu viele Krankenhausbetten

NARKA-Gastgeber Jörg Karst schaltete sich ebenfalls ein und meinte dazu: „Die Politik muss den Mut haben zu sagen, dass etliche Krankenhäuser vom Markt genommen werden müssten. Es geht eben nicht, dass zwei Kliniken in unmittelbarer Nachbarschaft weiter existieren und sich gegenseitig Personal abspenstig machen, nur damit ein Landrat seine Eitelkeit befriedigen kann. Wir haben zu viele Krankenhausbetten in der Versorgung, nach wie vor könnten viele Fälle in den ambulanten Bereich verlagert werden.“

Der SPD-Bundestagsabgeordnete Dr. Andreas Philippi, von Haus aus selbst niedergelassener Chirurg und weiterhin zumindest teilweise ambulant operativ tätig, rief die Anwesenden zur Geschlossenheit auf: „Wie müssen gegenüber der Politik gemeinsame Interessen formulieren und klarmachen, dass Menschen, die ambulant operieren, gemeinsam eine ungeheuer hohe Qualität abbilden.“ Man müsse beispielsweise noch viel stärker nach außen kommunizieren, dass es beim Ambulanten Operieren quasi keine Altersgrenze mehr nach oben gibt.

Philippi: Abgeordnete sind die Chefs der Minister

BAO-Vizepräsident Dr. Neumann fragte daraufhin: „Wir setzen ja große Hoffnungen auf die ärztlichen Mitglieder im Gesundheitsausschuss. Sehen Sie eine Chance, sich hier einzubringen und etwas zu verändern?“ Dr. Philippi antwortete zunächst eher ausweichend: „Wäre die Pandemie vorbei, könnte man sich endlich den Fragen im Koalitionsvertrag zuwenden.“ Doch dann ergänzte er: „Ja, ich habe die Hoffnung, dass wir etwas verändern können. Immerhin sind ja eigentlich die Abgeordneten die Chefs der Minister.“ Entscheidend sei es für ihn, dass die Ärzteschaft konkrete politische Ziele definiert, „das halte ich für essenziell!“

Aus dem Plenum kam der Vorschlag, endlich mehr Kliniken zu schließen, wie schon durch eine Studie der Bertelsmann-Stiftung von 2019 angeregt: „Wir haben in den ambulanten Einrichtungen schon jetzt viel zu wenig Personal, das wird sich in den kommenden Jahren noch verschärfen. Würden endlich mehr Kliniken geschlossen, würde dort auch Personal frei.“ Dr. Philippi stimmte dem Kollegen prinzipiell zu, gab allerdings zu bedenken, dass kaum ein Kommunalpolitiker freiwillig ‚sein‘ Krankenhaus aufgeben wird, selbst wenn es nur 90 Betten hat und längst nicht mehr wirtschaftlich zu betreiben ist. „Es klingt vielleicht komisch, wenn das ein Sozialdemokrat sagt, aber der Markt wird auch die Krankenhäuser erwischen“, meinte der SPD-Politiker.

Klinik stärkt Sicherheitsgefühl der ländlichen Bevölkerung

Die Hoffnung, die Zahl der Krankenhäuser von 1.400 auf deutlich unter 600 zu reduzieren, wie in der besagten Studie gefordert, bezeichnete Dr. Philippi allerdings als „sehr sportlich“. Schließlich sei das in

vielen Punkten Sache von Länder- und kommunaler Politik: „Ein politisch angeordnetes Großreinemachen wird es eher nicht geben.“ Man müsse auch bedenken, dass 50% der Menschen auf dem Land leben und die Politik auch für sie gleichwertige Lebensbedingungen schaffen muss. „Für Menschen spielt das Gefühl eine Rolle, dass im Notfall ein Krankenhaus in der Nähe ist – selbst wenn sie dort niemals hingehen und im Zweifel sogar eine weiter entfernte Klinik aufsuchen, weil dort die Qualität nachweislich besser ist“, erklärte Dr. Philippi.

Aus Sicht des TK-Vertreters Krauß hat auch Corona die Diskussion über Krankenhausschließungen ausgebremst: „Über das Bertelsmann-Gutachten redet seit Beginn der Pandemie niemand mehr, es ist einfach tot.“ Angesichts der starken Klinik-Lobby geht auch er davon aus, dass Problembewusstsein allein nicht ausreicht, um Krankenhausbetten abzubauen und Klinikstandorte zu schließen, sondern dass erst echter Leidensdruck Veränderungen herbeiführt.

Angesichts des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen sahen alle Beteiligten auf dem Podium allerdings auch den Bedarf für deutlich schneller wirksame Maßnahmen. Für Dr. Philippi spielt die Akademisierung von Pflegeberufen hier eine wichtige Rolle. NARKA-Gastgeber Karst hingegen befürchtet, dass durch die Akademisierung von Pflegeberufen nicht die Zahl der Pflegekräfte am Patientenbett spürbar steigt, sondern vor allem an den Schreibtischen. „Wir müssen vielmehr zu einem Sinneswandel in der Bevölkerung beitragen, damit Ausbildungsberufe in Bezug auf Anerkennung und Wertschätzung akademischen Berufen gleichgestellt werden.“

Aus Sicht des SPD-Bundestagsabgeordneten war die Erhöhung des Mindestlohns ein erster wichtiger Schritt hin zu mehr Wertschätzung der medizinischen Assistenzberufe. Hier wandte der Moderator der Podiumsdiskussion, der niedergelassene Anästhesist Dr. Raphael Hansen aus Berlin, allerdings ein: „Meine persönliche Meinung ist, dass unsere Assistenzberufe nicht an die Grenze des Mindestlohns gehören!“

Neuaufgabe von QEP: Qualitätsorientierung unterstützt Ambulantisierung

Wenn im Zuge einer vermehrt sektorenverbundenen Versorgung Einrichtungen größer werden und sich Strukturen verändern, müssen auch die Instrumente zur Qualitätssicherung diesen Wandel abbilden. „Meine Erfahrung ist, dass ambulante Operateure und Anästhesisten sehr qualitätsaffin sind“, betonte Dr. Franziska Diel vom Referat vertragsärztliche Qualitätssicherung bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Um diese Qualität abzubilden, gebe es im ambulanten Bereich viele qualitätsfördernde und -sichernde Systeme, „ein ganz großes Set an förderungs- wie sanktionsbewehrten Tools“.

Dr. Diel stellte die im Oktober 2022 erschienene Neuaufgabe des von der KBV entwickelten Instruments ‚Qualität und Entwicklung in Praxen‘ (QEP) vor, ein speziell für den ambulanten Bereich entwickeltes Verfahren zum Qualitätsmanagement (QM). Dieses besteht aus vier Modulen: Dem Qualitätszielkatalog, dem Manual, dem Einführungsseminar und der optionalen Zertifizierung. Unter anderem bietet das neue QEP auch Musterdokumente, die in einem Webportal eingestellt sind und von den Anwendern heruntergeladen werden können.

Mehr Informationen: www.kbv.de/html/qep.php

Sie haben eine ältere Ausgabe verlegt? Sie wollen einer Kollegin den Link zum aktuellen Heft schicken? Hier finden Sie das Online-Archiv unserer Zeitschrift.


Verlag für
Medizinkommunikation

CHIRURGENMAGAZIN
BAO Depesche



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
Achternstr. 21A, 26122 Oldenburg
Telefon 0441 922700

Beisitzer internat. Beziehung / IAAS

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

Beisitzerin

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

Beisitzer / IT

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

Beisitzer / AND

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

Ehrenpräsident

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

BAO Geschäftsstelle

Geschäftsführerin

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

Mitgliederverwaltung

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

KV Hessen, KV Nordrhein, KV Baden-Württemberg

BNC-Vorstandsmitglieder vertreten chirurgische Interessen in den Regionen



Foto: Henniger

Jan Henniger (Hessen)



Foto: Weisweiler

Dr. Manfred Weisweiler (Nordrhein)

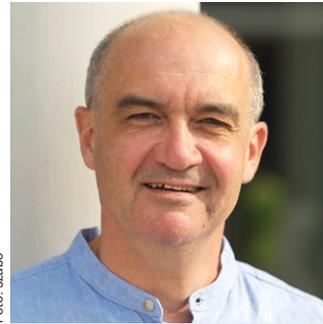


Foto: Szabo

Dr. Matthias Szabo (Südbaden)

Die diesjährigen Wahlen zu Vertreterversammlungen (VV) in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) gehen in die Zielgerade, nur in wenigen Regionen sind die Stimmen noch nicht final ausgezählt. Doch längst ist klar, dass niedergelassene Chirurgen vielerorts in ihre jeweilige VV gewählt wurden und somit in der kommenden Legislaturperiode die Arbeit der Selbstverwaltung in ihren Regionen mitgestalten werden.

Besonders erfreulich ist, dass auch drei Mitglieder des BNC-Vorstands in ihre KV-VVen gewählt wurden. So ist dem BNC-Vorsitzenden Jan Henniger ein Platz im höchsten Gremium der Selbstverwaltung in Hessen sicher, ebenso wie den beiden Beisitzern im BNC-Vorstand, Dr. Manfred Weisweiler (Nordrhein) und Dr. Matthias Szabo (Baden-Württemberg). „Unsere Fachgruppe ist engagiert, insbesondere der BNC-Vorstand ist politisch aktiv und offensichtlich auch über die Grenzen der eigenen Fachrichtung hinaus akzeptiert“, freut sich Dr. Weisweiler. Diese Repräsentanz ist aus seiner Sicht auch dringend notwendig, denn „leider wird die chirurgische Grundversorgung von vielen einfach als selbstverständlich hingegenommen. Dabei braucht es viel Zeit und große Expertise, um diese Grundversorgung gut und kostengünstig anbieten zu können. Uns fehlt es eindeutig an gesamtgesellschaftlichem Rückenwind.“

Auch Henniger ist es wichtig, über den Weg der Selbstverwaltung Einfluss auf die Bundespolitik zu nehmen: „Ich finde es wichtig, dass die KVen wieder näher an die Berufsverbände heranrücken. Wir müssen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) am Laufen halten, damit wir uns von den Krankenkassen nicht mehr alles bieten lassen müssen.“ Der Prozess der zunehmenden Ambulantisierung betreffe die chirurgische Fachgruppe besonders unmittelbar, „deshalb müssen wir diesen Prozess auch eng begleiten und gestalten – und uns in vielen Punkten auch gegen die Krankenhäuser durchsetzen, die hier um ihre eigenen Pfründe kämpfen.“

In Baden-Württemberg, wo bereits Anfang August alle Stimmen ausgezählt waren, waren die Monate nach der Wahl von etlichen Dissonanzen in der neu gewählten VV geprägt, wie Dr. Szabo berichtet: „In Baden-Württemberg stehen große personelle Veränderungen an, weil sowohl der KV-Vorstandsvorsitzende, der Orthopäde und Unfallchirurg Dr. Norbert Metke, als auch sein Stellvertreter, der Allgemeinmediziner Dr. Johannes Fechner, ihre Ämter aufgeben.“ Innerhalb der VV entbrannte daher ein heftiger Kampf um die beiden Vorstandsposten, der von drei Lagern geprägt war: die Medi-Liste, die Hausärzte-Liste und eine Koalition verschiedener fachärztlicher Gruppen, denen auch Dr. Szabo angehört.

Bei Redaktionsschluss waren die Ergebnisse der konstituierenden VV-Sitzungen in den genannten drei KV-Bezirken noch nicht bekannt, die Wahlen der jeweiligen KV-Vorstände finden noch einmal deutlich später statt. Es bleibt also weiterhin spannend. „Was jeder von uns innerhalb seiner eigenen KV erreichen kann, hängt auch stark von den jeweiligen Partnern in der VV ab“, erklärte Dr. Szabo. Allerdings sei es wichtig, dass zumindest die fachärztlichen Gruppen an einem Strang ziehen. Von den jeweiligen regionalen Allianzen hängt auch ab, welche gewählten VV-Mitglieder aus den Regionen wiederum als Delegierte in die VV der KBV nach Berlin entsendet werden.

Ungeachtet der Gemengelage in den einzelnen KVen plant der BNC, gegen Jahresende eine Online-Konferenz mit allen chirurgischen Vertreterinnen und Vertretern, die in ihre jeweiligen VVen gewählt wurden. „Das Treffen soll dem Netzwerken dienen. Es ist wichtig, dass sich die chirurgischen VV-Mitglieder untereinander austauschen und erfahren können, was die Herausforderungen in den anderen KV-Regionen sind und wie ihre Kolleginnen und Kollegen mit ihnen umgehen“, erklärt der BNC-Vorsitzende. Auch seine Mitstreiter im BNC-Vorstand freuen sich auf die Gelegenheit, andere VV-Mitglieder kennen zu lernen. Der Termin wird den Adressaten rechtzeitig bekannt gegeben.

Praxisbörse: **Facharzt Orthopädie / Unfallchirurgie in Voll- oder Teilzeit in Celle gesucht (m/w/d)**

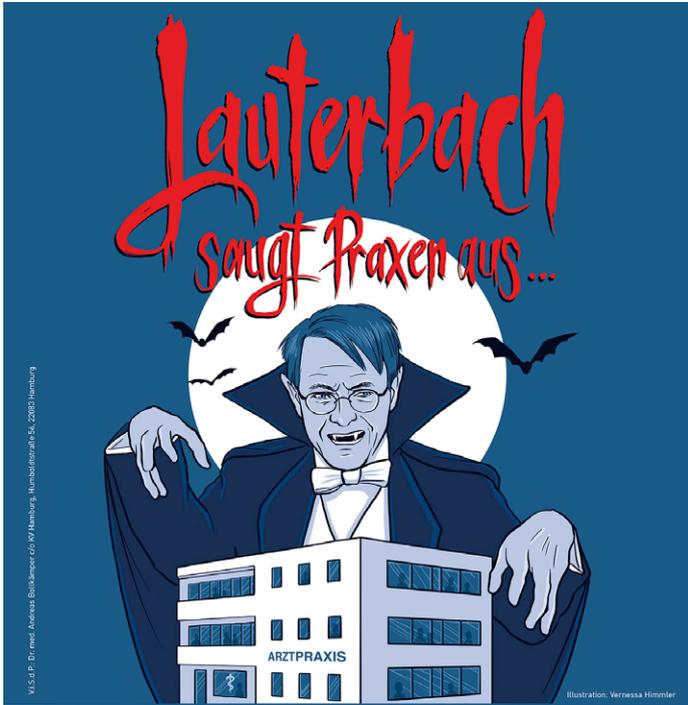
Große moderne Praxis mit großem Einzugsgebiet braucht Verstärkung. Das Spektrum reicht von konservativ bis operativ und lässt sich sehr gut um neue Fachgebiete erweitern. Engagiertes Team, flache Hierarchie und selbstbestimmtes Arbeiten. D-Arzt Voraussetzungen und Zusatzfächer wie Manuelle Medizin, Akupunktur u.ä. wünschenswert oder im Verlauf erlernbar. 4-Tage Woche etabliert! Wir freuen uns auf zahlreiche Bewerbungen. Voller KV-Sitz vorhanden, spätere Kooperation möglich.

Kontakt:

Dr. med. Al Ghazal, Sägemühlenstr. 5, 29221 Celle
Tel.: 05141 3052660, Fax: 05141 3052662, info@orthopraxis-celle.de
Dr. med. Robert Berger, St. Georg Str. 2, 29221 Celle
Tel.: 05141 26440, Fax: 05141 6237, robertberger@telemed.de

ANC Hamburg

Lautstarker Protest gegen Lauterbachs Sparpolitik in der Hansestadt



...und gefährdet damit Ihre Versorgung!

Die drastischen Folgen von Lauterbachs Sparpolitik:
 Verkürzte Sprechstundenzeiten Aufnahmestopps in den Praxen
 Längere Wartezeiten auf Termine

Herr Bundesgesundheitsminister, stoppen Sie diesen Spuk!

www.lauterbach-saugt-praxen-aus.de



Foto: KVHH

Hamburg war eine von mehreren KV-Regionen, in denen am 5. Oktober 2022 viele Ärztinnen und Ärzte ihre Praxen geschlossen hielten, um gegen Sparpläne von Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach (SPD) wie die Abschaffung der Neupatientenregelung zu protestieren. Ein Protestkomitee hatte im Vorfeld eigene Kampagnenmotive entwerfen lassen, mit denen Arztpraxen im Vorfeld auf den Protest aufmerksam machen konnten (siehe Bild oben).

Nach Angaben der KV Hamburg nahmen rund 1.300 Ärztinnen und Ärzte samt Praxisangestellten an einer Fortbildungsveranstaltung mit dem Referenten für Notfallmedizin Dr. Sven-Peter Augustin in den Räumlichkeiten der KV Hamburg teil. Titel der Veranstaltung: „Der Notfall in der Praxis – die Praxis als Notfall?“ Die Fortbildungsveranstaltung fand während der regulären Praxisöffnungszeiten statt. Viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer zeigten Transparente, mit denen sie auf die verheerenden Folgen der jüngsten gesundheitspolitischen Sparpläne aufmerksam machten.

Dr. Dirk Heinrich, HNO-Facharzt und Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg, sagte: „Die Größe des Protestes zeigt, dass der Unmut in den Praxen riesig ist. Super-Inflation, Super-Energiepreise, Super-Budget – für alles müssen die Ärztinnen und Ärzte

geradestehen. Jetzt will Lauterbach auch noch die Neupatientenregelung kippen – und der Versorgung damit zusätzliche Mittel entziehen. Zuerst fordert der Bundesgesundheitsminister, dass die Praxen fünf zusätzliche Sprechstunden anbieten – wir liefern, und jetzt sollen die dafür so dringend benötigten Mittel einfach gestrichen werden. Wenn er so weitermacht, wird es die ambulante Versorgung, so wie wir sie in Deutschland kennen, bald nicht mehr geben. Die Leidtragenden sind letztendlich die Patientinnen und Patienten. Aber Lauterbachs Politik ist auch ein verheerendes Signal an den ärztlichen Nachwuchs.“

Mit von der Partie war auch BNC-Vorstandsmitglied Dr. Michaela Rothe, die zugleich dem Vorstand der ANC Hamburg angehört. Ebenso wie Dr. Heinrich war sie sehr zufrieden mit der Resonanz auf den Aktionstag: „Ich kann mich nicht erinnern, wann zuletzt so viele Kolleginnen und Kollegen zusammen protestiert haben“, berichtete sie, „ich habe sogar Ärztinnen und Ärzte dort gesehen, die sich bislang nie an Protestveranstaltungen beteiligt haben. Der Ärger über die aktuelle Politik zieht also wirklich weite Kreise.“

Der Aktionstag stieß auf entsprechend großes Medieninteresse: „Neben der lokalen und regionalen Presse waren auch etliche Kamerteams im großen Saal der KV, der zwischenzeitlich so voll war, dass die Ordner keine weiteren Personen hineingelassen haben“, erzählte Dr. Rothe weiter. Sie freute sich, dass etliche Medien – z.B. NDR, Hamburger Abendblatt, und Radio Hamburg – die Kritik der Ärzteschaft am Gesetzesvorhaben von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und die Warnung der Ärzteschaft vor den drohenden Leistungskürzungen z.B. in Form einer Vier-Tage-Woche in Arztpraxen aufgriffen.

Kontakt: Protestkomitee der Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten

www.lauterbach-saugt-praxen-aus.de



Foto: Dirk Heinrich

Im großen Saal der KV Hamburg machten am 5. Oktober 2022 insgesamt rund 1.300 Ärztinnen und Ärzte sowie ihre Praxisangestellten ihrem Ärger Luft

Rheinland-Pfalz

Protesttag: Stromsparen ist in Arztpraxen nicht ohne Weiteres möglich

Das mittlerweile verabschiedete GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKVFinSG) aus der Feder von Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach wird sich massiv auf die ambulante medizinische Versorgung in Rheinland-Pfalz auswirken. Im Vorfeld des Bundestagsbeschlusses haben Vertragsärztinnen und -ärzte dort zusammen mit ihren Praxisteams mit einer Protestaktion am 12. Oktober 2022 in Ingelheim ein deutliches Zeichen gegen die Sparpolitik des Bundesgesundheitsministers und die stetige Abwertung der ärztlichen Leistung durch die Krankenkassen gesetzt.

Einer der Redner beim Protesttag war der niedergelassene Anästhesist Dr. Andreas Bartels, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Rheinland-Pfalz. Er verwies u. a. auf die steigenden Verbraucherpreise: „Die enorm gestiegenen Energiekosten treiben die Mietnebenkosten in die Höhe. Daneben ist seit einigen Jahren eine Steigerung des Material- und Sachaufwands in den Praxen zu beobachten. Eine beängstigende Situation. Für Praxisinhaberinnen und -inhaber als selbstständige Unternehmerinnen und Unternehmer ist dies vor allem auch eine aus finanzieller Sicht hochbedrohliche Lage.“ Viele Praxen drohten in eine finanzielle Schieflage zu geraten. Hinter den 4.851 vertragsärztlichen Praxen in Rheinland-Pfalz stünden zudem die Praxisangestellten, die ebenfalls stark verunsichert seien. „Der Fortschritt in der Medizin ermöglicht die Versorgung vieler Patientinnen und

Patienten im ambulanten Sektor“, erklärte Dr. Bartels weiter. Das sei nicht nur ein Gewinn für die Versicherten, sondern aus Sicht der Krankenkassen kostengünstiger als die Behandlung im Krankenhaus. Hoch spezialisierte und hoch technologisierte Praxen könnten die gestiegenen Energiekosten nicht ohne Weiteres kompensieren: „Stromsparen stellt keine Option dar. Heizungen ausschalten und die Patientinnen und Patienten in kalten Praxen versorgen? Die benötigten technischen Geräte ausschalten? Auf hoch energieverbrauchende Geräte verzichten? Unmöglich!“, mahnte der Anästhesist.

Auf Bundesebene habe man sich dennoch weder auf einen Schutzschirm für die kritische Infrastruktur ‚Arzt- und Psychotherapiepraxen‘ einigen können, noch würden die steigenden Kosten im Rahmen der Orientierungswert-Verhandlung berücksichtigt. Wenn Praxisinhaberinnen und -inhaber die Kosten selbst tragen müssten, seien geschlossene Praxen, wegbrechende ambulante Infrastruktur sowie weniger Versorgung der Patientinnen und Patienten die unausweichlichen Folgen.

Der Protesttag wurde von der KV Rheinland-Pfalz organisiert und per YouTube-Livestream übertragen. Dort ist die Aufzeichnung auch weiterhin abrufbar.

Kurzlink zum YouTube-Video: tinyurl.com/y4accad4



Foto: KVRLP

Warnte vor den Folgen u. a. steigender Energiekosten:
Dr. Andreas Bartels

Bremen

Kaufkraftverlust-Rechner macht Effekte auf Praxiserlöse sichtbar

Was bedeuten die Sparanforderungen von Politik und Krankenkassen konkret für die eigene Praxis? Und welche finanziellen Auswirkungen hat die Streichung der Neupatientenregelung? Die KV Bremen hat dazu einen Kaufkraftverlust-Rechner entwickelt, der aufzeigt, mit welchen Verlusten vertragsärztliche Praxen angesichts der aktuellen Rahmenbedingungen

rechnen müssen. Der Kaufkraftverlust-Rechner ist auf der Internetseite der KV Bremen in Form einer editierbaren Excel-Tabelle abrufbar.

Das Ergebnis der Modellrechnung zeigt auf, wie sich die allgemeine Kaufkraft des Bruttohonorars mit Stand 2019 zum Jahr 2023 bzw. 2024 entwickelt. Oder anders formuliert: Wie viel ist das Honorar von 2019 in 2023 und 2024 noch wert? Das Modell geht von den aktuell geltenden Rahmenbedingungen aus. Entsprechend sind das Verhandlungsergebnis 2023 sowie die vom GKV-Spitzenverband geforderte ‚Nullrunde‘ eingepreist. Der Rechner berücksichtigt ferner die Inflationsrate nach den Prognosen renommierter Institute. Als Bezugspunkt ist 2019 als letztes ‚reguläres‘ Jahr vor Beginn der Corona-Pandemie gewählt.

Bei einer angenommenen Brutto-Honorarsumme von 375.000 Euro im Jahr 2019 ergibt sich danach für 2023 ein Kaufkraftverlust von 15,06 und für 2024 sogar von 17,46 Prozent. Der jährliche Honorarverlust durch Streichung der Neupatientenregelung belief sich auf 3.900 Euro.

Themenseite der KV Bremen: www.kvhb.de/praxen/praxisthemen/zukunft

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

„Endlich wieder zwei Chirurgen im 50-köpfigen Gremium vertreten!“

Bei den Wahlen zur Vertreterversammlung (VV) der KV Westfalen-Lippe haben die vier in Heft 3.2022 vorgestellten chirurgischen Kandidaten das Rennen gemacht. Der ANC-Vorsitzende Dr. Holger Brinkmann, niedergelassener Chirurg aus Soest, erklärte dazu: „Liebe Kolleginnen und Kollegen, nach der Wahl ist vor intensiver Arbeit. Mit großer Freude dürfen wir aus Westfalen-Lippe berichten, dass in beiden Wahlbezirken die zur Wahl angetretenden Mitglieder mit ihren Stellvertretern der Arbeitsgemeinschaft niedergelassenen Chirurgen in die VV gewählt wurde, sodass wir nun endlich wieder mit zwei Chirurgen im 50-köpfigen Gremium vertreten sind. Es ist uns gelungen die niedergelassenen Chirurginnen und Chirurgen zum Wahlgang zu mobilisieren, unser prozentuales Ergebnis im Verhältnis zur Zahl der niedergelassenen Tätigen der Fachgruppe lag deutlich über der sehr geringen Wahlbe-

teiligung. Desweiteren ist erfreulich, dass die Fachärzte insgesamt im Plenum die Majorität haben. Wir freuen uns auf spannende, aber voraussichtlich maximal intensive und schwierige sechs Jahre! Ein großer Dank an die Wählenden! Sie haben sich zwei Stimmen gegeben!“

Dr. Brinkmann zieht über die Facharztliste des Wahlkreises Östliches Ruhrgebiet/Südwestfalen in die VV ein. Sein Stellvertreter ist Dr. Christoph Tacke, niedergelassener Chirurg aus Hagen. Über die Facharztliste im Wahlkreis Münsterland/Ostwestfalen/Lippe wurde auch der in Ahaus niedergelassene Orthopäde/Unfallchirurg Prof. Michael Aufmkolk in die VV gewählt. Sein Stellvertreter ist der niedergelassene Chirurg Dr. Kai Neumeuer aus Paderborn.

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

Briefe an die Redaktion

„Unsere Sprache ist nicht im Wandel – sie wird zwangsweise gewandelt!“

Chirurgen Magazin + BAO Depesche 3.2022, Leserbrief ‚Bärendienst für die bereits weitgehend vollzogene Gleichstellung‘

Den Worten von Kollegen Heilberger kann ich auch für die Anästhesie nur unumwunden zustimmen. Insbesondere sein letzter Absatz spricht mir aus der Seele: ich kann das jeglicher (sprach-)wissenschaftlicher Grundlage entbehrende, den Sprach- und Lesefluss zerstörende Gendern kaum mehr ertragen.

1. Mehr als 300 renommierte, vielfach habilitierte Sprachwissenschaftler, Linguisten und Philologen lehnen Gendersprachen in einem höchst lesenswerten Aufruf auf wissenschaftlicher Grundlage unumwunden ab (Quelle: www.linguistik-vs-gendern.de).

2. Das generische Maskulinum war und ist schon immer die einzige Sprachform, die niemanden diskriminiert und niemanden ausschließt. Man sollte seine Definition kennen und nicht nur blind auf den vermeintlichen Gleichstellungszug der Genderinitiatoren aufspringen: generisches Maskulinum bezeichnet die sexusindifferente oder geschlechtsneutrale Verwendung maskuliner Substantive oder Pronomen. Es gewährleistet maskuline Personenbezeichnungen, geschlechtsabstrahierend zu verwenden (Quelle: Wikipedia).

3. Der Rat für deutsche Rechtschreibung (RdR), mit Sitzungssitz am Leibnizinstitut Mannheim, wurde mit dem Regelwerk für deutsche Rechtschreibung von Deutschland, Österreich, der Schweiz, Südtirol, Liechtenstein und der deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens amtlich betraut. In seiner Sitzung vom 26.03.2021 lehnt der RdR die Aufnahme von Asteriske in die deutsche Rechtschreibung klar ab (Quelle: www.rechtschreibrat.com). Warum setzten sich viele Redaktionen mit Nonchalance über die korrekte deutsche Rechtschreibnorm hinweg?

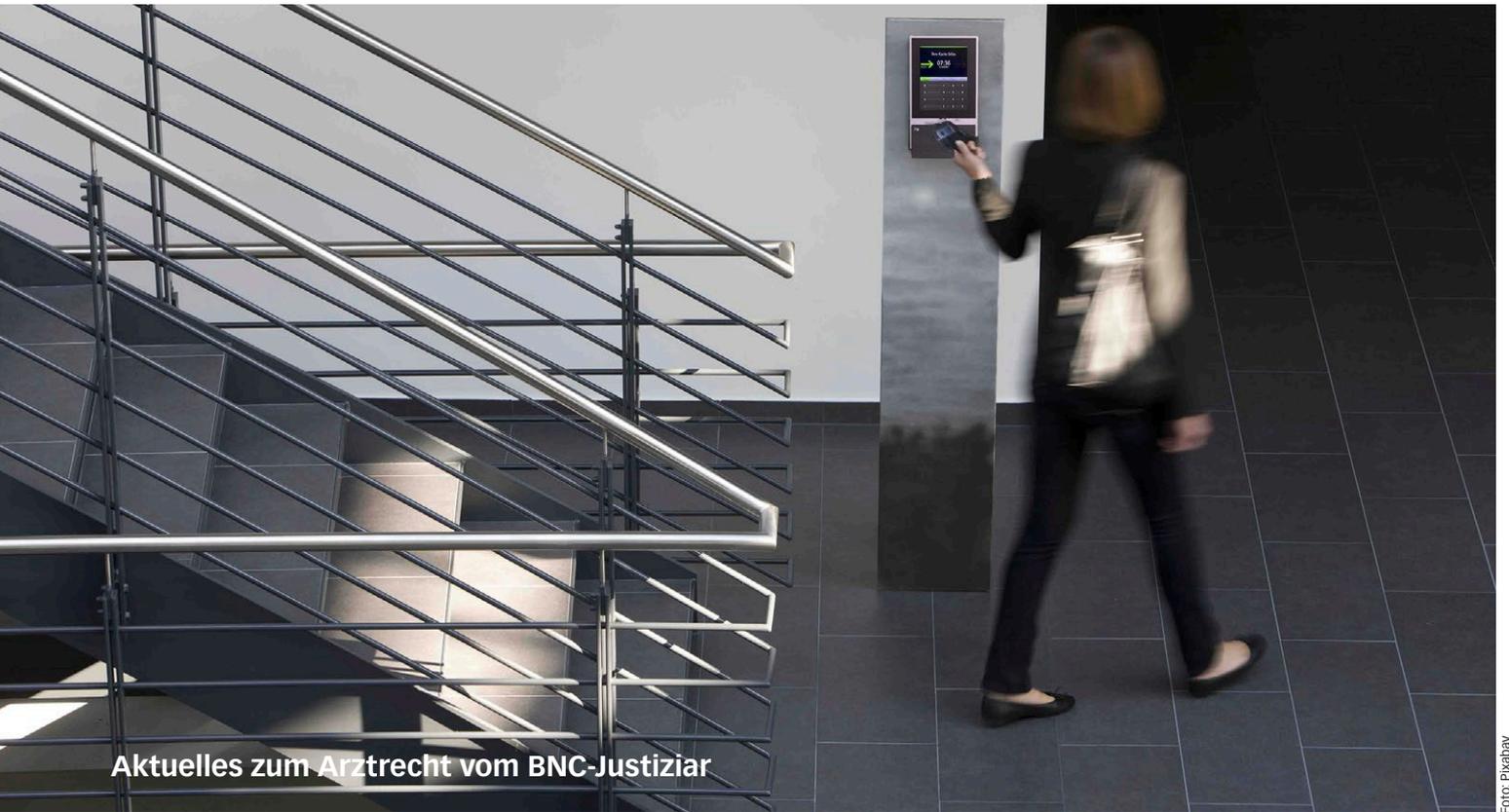
4. Je nach Umfrage sind zwischen gut 60 und fast 90 Prozent der Bevölkerung gegen jegliche Gendersprache (Quelle: [\[vs-gendern.de/umfragen\]\(http://vs-gendern.de/umfragen\)\). Gleichzeitig gibt es meines Wissens keine seriöse Umfrage, die eine Mehrheit für das sprachliche Gendern zeigt. Wo bleibt in den Redaktionen von Presse, Funk und Fernsehen die Demokratie und aus welcher Umfrage schöpft der im Editorial genannte Springer-Verlag seine Aussage, dass sich viele Medizinerinnen nicht mehr angesprochen fühlen? Wieviele sind viele?](http://www.linguistik-</p>
</div>
<div data-bbox=)

5. Ich sehe keinerlei Kausalität, dass durch unnatürliche Gendersprachen auch nur eine Frau besser behandelt oder bezahlt wird oder dass nicht-binäre Menschen oder Migranten besser in die Gesellschaft integriert würden (frei nach Larissa Hoppe, Berliner Zeitung). Wie schreibt ein facebook-User dazu sehr vereinfacht, aber treffend: „Eine Müllhalde riecht ja auch nicht weniger unangenehm, wenn man sie in Entsorgungspark umbenennt.“

6. Zu den ‚alten weißen Männern‘ im Editorial empfehle ich die Zeitschrift DER SPIEGEL vom 17.02.2022 (Studie zu geschlechtergerechter Sprache): „Mehr als die Hälfte junger Menschen zwischen 14 und 35 lehnt die Debatte über die Gendersprache einer neuen Studie zufolge ab. Gendern nerve, mache die Sprache kompliziert, geht oft zu weit – all diesen Aussagen stimmt eine Mehrheit zu, es wird als sprachliche Stolperfälle empfunden, »wie ein holpriges, abruptes Loch«, heißt es in einem Interview der Untersuchung des Kölner Rheingold-Instituts“.

Sie, sehr verehrte Frau Thiel, bringen es in Ihrem Editorial auf den Punkt: Lesbarkeit und gendergerechte Sprache sind ein – für mich unlösbarer – Spagat! Zeigt dies nicht vielleicht exemplarisch die Unnatürlichkeit von Gendersprachen? Unsere Sprache ist nicht im Wandel – sie wird von einer Minderheit zwangsweise gewandelt!

Dr. Heinz Giering, Adamstraße 9, 90489 Nürnberg



Aktuelles zum Arztrecht vom BNC-Justiziar

Foto: Pixabay

Arbeitszeiterfassung wird zur Pflicht auch in Arztpraxen

Arbeitgeber müssen sich darauf einstellen, die geleisteten Stunden ihrer Angestellten künftig lückenlos zu dokumentieren. In welcher Form dies bei bisherigen Formen wie Vertrauensarbeitszeit oder Home Office geschehen soll, ist bislang unklar – doch vermutlich wird die Zahl der Überstunden ansteigen.

Von Jörg Hohmann

Das Bundesarbeitsgericht hat mit seinem jüngsten Urteil eine vermutlich sehr weitreichende Entscheidung getroffen. Arbeitgeber sind danach verpflichtet, die Arbeitszeit ihrer Angestellten zu erfassen. Das ist insofern neu, weil bis dato Arbeitgeber im Wesentlichen nur die Mehrarbeitsstunden und Sonntagsarbeit ihrer Angestellten dokumentieren mussten.

Das Gericht hat die Entscheidung damit begründet, dass nach dem den arbeitsschutzrechtlichen Normen der Arbeitgeber bereits jetzt verpflichtet sei, Maßnahmen zu treffen, um die Gesundheit der Beschäftigten zu gewährleisten. Dies erfordere die Erfassung der Arbeitszeit der Angestellten. Es folgt damit einer Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes aus dem Mai 2019. In dieser hatte der Europäische Gerichtshof ebenfalls verlangt, dass nach den europarechtlichen Schutzvorschriften eine Erfassung der Arbeitszeit rechtlich geboten sei.

Dieses Urteil (EuGH in der Rechtssache C-55/18), das auch in Deutschland seinerzeit viel Aufmerksamkeit erregt hatte, war aber überwiegend so verstanden worden, dass der Gesetzgeber in Deutschland zunächst aktiv werden müsse. Dieser hat sich aber bislang dieses Themas noch nicht angenommen. Nunmehr hat das Bundesarbeitsgericht klargestellt, dass die Verpflichtung zur Erfassung der Arbeitszeit bereits heute für jeden Arbeitgeber auch ohne eine entsprechende gesetzliche Vorschrift gilt.

Stechuhr, Excel-Tabelle oder Stundenzettel?

Welche konkreten Pflichten damit für Unternehmen verbunden sind, das lässt sich erst abschätzen, wenn die schriftliche Begründung des Gerichtsurteils vorliegt. Hierzu zählt vor allem, ob und wie die Anforderungen an eine Arbeitszeiterfassung aussehen. Schon jetzt lassen sich aber folgende Schlussfolgerungen bzw. Handlungsbedarfe ableiten:

- ▶ Für alle Arbeitgeber, die bereits jetzt die Arbeitszeit (Beginn und Ende, Pausenzeiten, Überstunden etc.) ihrer Beschäftigten systematisch erfassen und dokumentieren, dürfte das Urteil praktisch kaum Relevanz haben.
- ▶ Ebenfalls dürfte die Nichterfassung von Arbeitszeiten nicht als Ordnungswidrigkeit gesehen werden bzw. bußgeldbewährt sein, denn hierzu fehlt es an einer entsprechenden rechtlichen Grundlage.
- ▶ In Zukunft muss sich aber wohl jeder Arbeitgeber darauf einstellen, die Arbeitszeit der Beschäftigten zu erfassen – und zwar arbeits-täglich jedenfalls den Beginn, das Ende und die konkreten Pausenzeiten.
- ▶ In welcher Form die Arbeitszeit zu erfassen ist, ob das Bundesarbeitsgericht eine digitalisierte Form fordern oder auch eine schriftliche und manuelle Selbsterfassung (z. B. in einer Excel-Tabelle) gestatten wird, das bleibt abzuwarten. Hier wird die schriftliche Begründung hoffentlich Erkenntnis liefern.

Schon jetzt ist für Praxisinhaber Folgendes zu beachten: In Zukunft ist bei allen Formen des Arbeitens, bei denen die Erfassung und Dokumentation unterbleibt (etwa bei der Vertrauensarbeitszeit oder bei

Jörg Hohmann

Rechtsanwalt, Kanzlei für Medizinrecht
 Prof. Schlegel, Hohmann und Partner GbR
 Mittelweg 185
 20148 Hamburg
 Tel.: 040 39106970
 Fax: 040 391069710
 jh@gesundheitsrecht.com
 www.gesundheitsrecht.com



Foto: Hohmann

einer nicht geregelten Arbeitszeiterfassung im Home-Office) fraglich, ob diese rechtskonform sind.

Zukünftig wird man sich darauf einstellen müssen, dass die Zahl der abzugeltenden Überstunden durch die bessere Erfassung de facto ansteigen wird. Hier könnte bei künftigen Arbeitsverträgen – insbesondere bei Neueinstellungen – auf Klauseln im Arbeitsvertrag geachtet werden, dass eine bestimmte Anzahl von Mehrarbeitsstunden mit dem monatlichen Entgelt abgegolten ist.

Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom 13.9.2022 (Aktenzeichen 1 ABR 22/21) ◀

GVWG: Ohne Nachweis der Haftpflichtpolice gegenüber Zulassungsgremien droht das Ruhen der Zulassung

Die Verpflichtung, dass sich Ärzte ausreichend gemäß ihres Haftungsrisikos versichern müssen, ist im Grunde nicht neu. Eine berufsrechtliche Pflicht ergibt sich zum Beispiel aus § 21 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärzte: „Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu versichern“.

Weiterhin gibt es bereits einige Bundesländer, deren Rechtsverordnungen den Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung gesetzlich vorschreiben. Ein entsprechender Versicherungsnachweis muss dann von der zuständigen KV angefordert werden. Primär von dieser Regelung betroffen sind niedergelassene Ärzte, Angestellte mit einer freiberuflichen Tätigkeit sowie Ärzte, die am vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen.

Mit Inkrafttreten des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) vom 20.07.2021 wurden in § 95e SGB V Mindestvorgaben zum Umfang des Berufshaftpflichtschutzes geregelt, sodass künftig ein entsprechender Nachweis bei Zulassungs- und Nachbesetzungsverfahren erforderlich ist. Sämtliche an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte müssen danach dem Nachweis einer Berufshaftpflicht nachkommen, davon betroffen sind:

- ▶ Ärzte und Psychotherapeuten (auch nichtärztliche Therapeuten)
- ▶ Ermächtigte Ärzte: Angestellte Ärzte/Therapeuten mit einer freiberuflichen Tätigkeit sowie Ärzte, die am vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen
- ▶ Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ sowie die dort angestellten Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt sind

Ermächtigte Einrichtungen oder aber eine Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten fallen nicht unter diese gesetzliche Nachweispflicht. Die Mindestvorgaben nach § 95e Absatz 2 beziehungsweise § 5 SGB V sind:

- ▶ 3 Millionen Euro, zweifach maximiert für den einzelnen Vertragsarzt
- ▶ 5 Millionen Euro, dreifach maximiert für Vertragsärzte mit angestellten Ärzten, BAG und MVZ

Hierbei ist zu beachten, dass auf Grundlage rechtlicher Regelungen Abweichungen hinsichtlich der Höhe der Versicherungssummen möglich sind, die Summen sind als Mindestvorgaben zu verstehen.

Ein entsprechender Versicherungsnachweis (Bescheinigung des Versicherers nach § 113 Absatz 2 VVG) muss grundsätzlich gegenüber dem Zulassungsaus-

schluss erfolgen. Das Vorlegen einer Police oder einer vorläufigen Deckungszusage ist nicht ausreichend.

War die Nachweispflicht zunächst bei Neuzulassungen oder Nachbesetzungsverfahren erforderlich beziehungsweise bei Änderungen der Praxisgegebenheiten, – soweit dieses mit einer Antragstellung gegenüber dem Zulassungsausschuss erforderlich war –, gilt grundsätzlich, dass innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten des GVWG alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte einen entsprechenden Nachweis vorlegen müssen. Das bedeutet, dass die Zulassungsausschüsse sämtliche Vertragsärzte bis spätestens 20.07.2023 auffordern müssen, binnen drei Monaten mittels Versicherungsbescheinigung den Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung zu erbringen. Kommen Vertragsärzte dieser Aufforderung nicht nach, droht ihnen das Ruhen der Zulassung.

Hier gilt es, sämtliche Versicherungsverträge zu überprüfen. Alle Verträge von Einzelpraxen, die noch eine geringere Versicherungssumme als 3,0 Millionen Euro vorsehen, müssen spätestens bis zum Sommer 2023 angepasst werden. Dabei ist grundsätzlich eine höhere Deckungssumme sinnvoll, zu empfehlen ist eine Mindestsumme von fünf Millionen Euro, bei operativen Disziplinen und exponierten Bereichen sollten es möglicherweise mindestens 7,5 Millionen Euro sein.

Zu empfehlen ist es auch Privatärzten, sich an den Versicherungssummen zu orientieren. Die Arzthaftpflichtversicherung ist eine der wichtigsten Versicherungen der Praxis, um berechtigte Schadenersatzansprüche von Patienten auszugleichen oder auch unberechtigte Ansprüche abzuwehren.

Mittlerweile ist die Zahl der Anbieter solcher Policen sehr zurückgegangen. Insbesondere wegen der jahrelangen Abwicklung, der Spätschadenproblematik und der steigenden Schadenhöhen ist es auch für Haftpflichtversicherer ein schwieriges Segment. Das hat dazu geführt, dass zahlreiche Anbieter sich zurückgezogen haben beziehungsweise neue und insbesondere ausländische Anbieter auf den Markt gekommen sind. Der Abschluss einer Police bei einer solchen Versicherung kann allerdings problematisch werden und im Zweifel zu Versicherungslücken führen. Es ist darauf zu achten, dass der Anbieter der Versicherung eine Zulassung für Deutschland hat. Zudem muss darauf geachtet werden, ob die Policen möglicherweise ausländische Schuldrecht- und Schadenrechtregelungen aus dem Land des jeweiligen Anbieters zum Inhalt haben. Entsprechend sollten Praxisinhaber den Abschluss einer solchen Police mit ihrem Versicherungsvertreter daraufhin überprüfen lassen.



Aktuelles zum Arztrecht vom BAO-Justiziar

Der Praxisverkauf bei Beteiligung von Investoren: Ein aktueller Über- und Ausblick

Foto: Pixabay

Ein seit einiger Zeit festzustellender Trend verfestigt sich. Die Tätigkeit fachfremder Investoren aus dem In- und Ausland auf dem ambulanten humanmedizinischen Markt nimmt weiter zu. Investoren kaufen weiterhin und vermehrt Arztpraxen und gründen MVZ-Praxisketten. Was das für Praxisverkäufer bedeutet, lesen Sie hier.

Von Dr. Tobias List und Dr. Ralf Großbölting

Derzeit gibt es etwa 4.200 Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in Deutschland. An wie vielen der Trägergesellschaften (mittelbar) Fremdinvestoren beteiligt sind, lässt sich mangels entsprechender Transparenz nicht mit Sicherheit sagen. Blickt man allerdings auf die Beteiligung von Krankenhäusern auf der MVZ-Trägerebene – ca. 42 Prozent aller MVZ – dürfte die Zahl von MVZ mit Investorenbeteiligung zwischen 400 bis 600 liegen. Tendenz deutlich steigend. Dabei werden Krankenhäuser von Fremdinvestoren vornehmlich als ‚Vehikel‘ für den Zugang zum vertragsärztlichen Markt genutzt.

Während schon in der jüngeren Vergangenheit vor allem die Bereiche der Radiologie, Labormedizin, Genetik und Augenheilkunde Ziele von Fremdinvestoren waren, sind es heute auch Orthopädie- und Chirurgiepraxen, die von Fremdinvestoren nachgefragt werden. Vor allem in Hinblick auf die anstehenden gesetzlichen und finanziellen Änderungen beim Ambulanten Operieren ist zu erwarten, dass sich das Interesse an den Bereichen der Orthopädie und Chirurgie verstärken wird.

Viel kritisiert – und für den Verkäufer trotzdem reizvoll

Was die einen als planmäßigen Angriff auf die zu schützende ärztliche Freiberuflichkeit kritisieren, ist für andere wiederum die folgerichtige und aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen – demographischer Wandel, ‚Landflucht‘, Fachkräftemangel – überfällige Entwicklung hin zu einer modernen und leistungsstarken ambulanten Versorgung. Das Reizvolle für den abgabewilligen Arzt ist ganz regelmäßig, dass bei einem Praxisverkauf an Investoren der erzielbare Kaufpreis für die Praxis häufig um ein Vielfaches höher ausfällt als der sonst

übliche Kaufpreis, der im Rahmen der ‚klassischen‘ Praxisnachfolge generiert werden kann.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage: Wie läuft der Verkauf der eigenen Praxis an Fremdinvestoren ab? Im Folgenden wollen wir ‚Licht ins Dunkle‘ bringen, einige Fachtermini erklären und aufzeigen, wie eine solche Transaktion üblicherweise abläuft.

Schritt 1: Kontaktaufnahme, Kaufanbahnung, erste Schritte

Beschäftigt sich der Arzt oder die Ärztin mit dem Thema Praxisverkauf und wird der Kontakt zu Investoren hergestellt, erfolgt die erste Kontaktaufnahme durch die Investoren beim Abgeber, welcher in der Sprache der Investoren intern ‚Target‘ genannt wird. Häufig einigt man sich bereits innerhalb erster Gespräche lose – ‚per Handschlag‘ – auf die wesentlichen Eckdaten des Praxiskaufs – ‚Transaktion‘ –, dies nachdem die ersten wesentlichen betriebswirtschaftlichen Unterlagen vertraulich ausgetauscht wurden.

Abgeschlossen wird dieser erste Schritt häufig mit einem sogenannten Letter of Intent (LOI), einer Art Absichtserklärung, die den weiteren Verhandlungsprozess beschreibt und Eckpunkte skizziert. Die beiden wichtigsten Klauseln in einem LOI sind die Verhandlungsexklusivität, mit der sich der Abgeber dazu verpflichtet, bis zu einem bestimmten Datum ausschließlich mit den Investoren und niemandem sonst zu verhandeln, sowie die Vertraulichkeit der Verhandlungen an sich. Bereits der LOI sollte nicht vorschnell und nicht ohne Unterstützung durch Steuerberater und Anwalt unterzeichnet werden – denn obwohl darin, was den Verhandlungsstand angeht, nur unverbindliche Absichtserklärungen festgehalten werden, verweisen viele Investoren in den

späteren Verhandlungen gerne und immer wieder auf die bereits im LOI niedergelegten Konditionen. Ein ‚Nachkarten‘ ist nicht gern gesehen.

Nicht selten wird auch anstelle eines LOI ein sogenanntes ‚Memorandum of Understanding‘ (MoU) abgeschlossen. Dabei handelt es sich letztlich um einen etwas ausführlicheren LOI, der dann häufig schon mit mehr oder weniger stark konsentierten Verhandlungs-Vorergebnissen angereichert wird.

Schritt 2: Due Diligence (Sorgfältigkeitsprüfung)

In einem zweiten Schritt folgt die sogenannte ‚Due Diligence‘ (DD). In diesem Schritt wird die vom Investor zu kaufen beabsichtigte Praxis ‚auf Herz und Nieren‘ geprüft. Hierbei erfolgt eine sorgfältige Prüfung der Angaben, die im ersten Schritt lose besprochen und im LOI/MoU festgehalten wurden. Der Investor will ein möglichst genaues Bild von allen wirtschaftlichen, steuerlichen und rechtlichen Aspekten des ‚Target‘ – also der zu kaufenden Arztpraxis – haben. Hierbei werden sämtliche in einem digitalen Datenraum zu sammelnde, die Praxis bzw. die Tätigkeit in der Praxis betreffenden Dokumente – beispielsweise Verträge, Jahresabschlüsse etc. – von der Käuferseite durchleuchtet und geprüft. Auf dieser Grundlage verhandeln die Investoren dann weiter.

Schritt 3: Kaufpreis

Neben einem festen Kaufpreis, der einem Vielfachen des Praxisrohgewinns vor Abschreibungen – dem sogenannten EBITDA – entspricht, vereinbaren Investor und Abgeber dann, wenn der Abgeber in der Praxis weiterarbeiten will, häufig einen variablen Kaufpreisbestandteil, das sogenannten Earn-Out. Hierbei werden beim Erreichen bestimmter Ziele hohe Sonderzahlungen vereinbart.

Schritt 4: Verträge und Anträge

Nach der Due Diligence erfolgt im nächsten Schritt, teilweise auch parallel dazu, die Vertragsgestaltung. Dies übernehmen zunächst die Anwälte der Investoren. Den Anwälten des Verkäufers kommt nun – vertiefend zur Beratung im ersten Schritt – die Aufgabe zu, die von der Investorenseite vorgelegten Verträge im Kontext der Transaktion kritisch zu überprüfen. Von Beginn an sollten die Interessen der Verkäufer konsequent vertreten werden und in diesem Rahmen ein hoher Faktor, gutes Gehalt und ggf. ein Earn-Out, aber auch sonstige positive Konditionen (weitere Sonderzahlungen, Urlaub, Fortbildungsbudgets und -tage, Dienstwagen etc.) in die Verträge hineinverhandelt werden. Investoren lassen hier aufgrund der Attraktivität eines Einstiegs in den Markt der Operateure und aufgrund der dort abzusteckenden Marktsegmente bei vielen Wünschen der Abgeber mit sich reden.

Schritt 5: Unterzeichnung und Abschluss

Sind alle Verhandlungen abgeschlossen und wurde in allen Punkten Einigkeit erzielt, so können die Verträge unterschriftsreif ausgestellt werden. Es kommt sodann zum sogenannten ‚Signing‘. Gleichzeitig oder kurz danach müssen die nötigen Antragsformulare für die Anträge auf Zulassung der Praxis als MVZ und ggf. auf Genehmigung

Dr. Tobias List

Rechtsanwalt, Zertifizierter Datenschutzbeauftragter, KWM LAW PartG mbB

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

Tel.: 030 206143-3

Fax: 030 206143-40

list@kwm-rechtsanwaelte.de

www.kwm-rechtsanwaelte.de



Foto: kwm

Dr. Ralf Großbölting

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht
KWM LAW

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

Tel.: 030 206143-3

Fax: 030 206143-40

grossboelting@kwm-law.de

www.kwm-law.de



Foto: kwm

der Beschäftigung des Abgebers im ‚neuen‘ MVZ für den zuständigen Zulassungsausschuss der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung vorbereitet werden. Dies übernehmen Investor und Verkäufer in aller Regel gemeinsam. Vorausgesetzt, der Zulassungsausschuss genehmigt die Anträge, folgt nach einem gewissen Zeitablauf auf das Signing das sogenannte ‚Closing‘. Damit ist der Vollzug der Transaktion gemeint. Letztlich meint dies die Übergabe der Praxis in tatsächlicher und wirtschaftlicher Hinsicht an die Investoren.

Mit dem Closing ist der Transaktionsprozess beendet. Der Verkäufer hat den Großteil seines Kaufpreises erhalten und wird nun durch seine eigene Arbeit geneigt sein, auch in den nächsten Geschäftsjahren den Earn-Out zu erlangen. Je nach Modell kann der Abgeber parallel für die MVZ-Gruppe selbst eine führende Rolle einnehmen und beispielsweise in seinem örtlichen Bereich eigene Zukäufe, MVZ-Gründungen und ähnliche Projekte mitgestalten.

Ausblick

Schon die Vergangenheit hat gezeigt, dass sich bestimmte Investoren am Markt etabliert haben. Sie beteiligen sich in besonderem Maße und mit besonderer Expertise an humanmedizinischen MVZ. Neben einigen wenigen sind die meisten bekannten Investoren auch nicht – wie häufig zu lesen ist – nur an einer kurzen Haltensdauer und einem schnellen Weiterverkauf der Praxis (‚Buy&Build‘) interessiert, sondern investieren langfristig in die Weiterentwicklung der Praxis am Standort und den Aufbau einer wirtschaftlich solventen Praxiskette.

Mit Blick auf die Rentabilität der Praxistätigkeit dürften auch aktuelle Veränderungen (z.B. Zinsanhebungen der Europäischen Zentralbank) nur bedingt zu einer rückläufigen Nachfrage führen. Für den abgabewilligen Operateur kann diese Nachfrage durch Investoren jedenfalls zu einem positiven Umstand führen: Potenziale beim Praxisverkauf. ◀

Abrechnung

Auszüge aus dem neuen Kompendium 'Der Kommentar zu EBM und GOÄ', Teil 8

Wer im Durchgangsarzt-Verfahren korrekt und zweifelsfrei mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung abrechnen möchte, sollte sich zunächst mit den Rahmenbedingungen, Systematik und der 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 weiterer Spezialverbände.

I. Anlegen von Verbänden

- ▶ **Nr. 204: Zirkulärer Verband des Kopfes, des Schulter- oder Hüftgelenks oder des Rumpfes**

Arbeitshinweise der UV-Träger

- ▶ Nach der Leistungslegende sind nur zirkuläre Verbände des Kopfes, des Schulter- oder Hüftgelenks sowie des Rumpfes berechnungsfähig. Zirkuläre Verbände (z. B. Kompressionsverbände) an den Extremitäten sind auf die Nr. 203A (Kompressionsverband) zu korrigieren.
- ▶ Für den Bereich des Kopfes kommen nach Nr. 204 z. B. ein Mützen-, Stirnverband oder doppelseitiger Augenverband in Betracht, für die oberen Extremitäten mit Schultergelenk der Rucksack-, Désault- oder Gilchrist-Verband, für den Rumpf ein Rückenstern-, Bruststern- oder Brustkorbverband. Bei kleineren Platz- oder Schnittwunden an Kopf oder Rumpf ist regelmäßig kein zirkulärer Verband erforderlich.
- ▶ Wird ein zirkulärer Verband als Wundverband angelegt, kann die Gebühr nach Nr. 204 im Zusammenhang mit operativen Leistungen (siehe Arbeitshinweise zu Nr. 2000 ff. und Nr. 200) oder einer Wundversorgung (Nr. 2000–2005) uneingeschränkt berechnet werden.
- ▶ Die Gebühr nach Nr. 204 ist ursprünglich für hergestellte Verbände vorgesehen. In der Versorgung wird überwiegend auf vorgefertigte Hilfsmittel (Verordnung von Hilfsmitteln) zurückgegriffen. Für die Erstanlage eines vorgefertigten Verbandes kann der Arzt, soweit er das Hilfsmittel persönlich anlegt, einmalig die Gebühr nach Nr. 204, jedoch ohne die Besonderen Kosten abrechnen. Wird das Hilfsmittel im Sanitäts- oder Orthopädiehaus angelegt bzw. angepasst, kann der Arzt diese Leistung nicht abrechnen. Die Wiederanlage ist grundsätzlich nicht abrechenbar.

Kommentar

Nach frischen Verletzungen mit entsprechender Wundversorgung ist ein zirkulärer Verband im Sinne der Nr. 204 ansetzbar, zusätzlich kann auch die operative Leistung (Nr. 2000–2005) abgerechnet werden. Für die Anlage eines Gilchristverbandes kann ebenfalls diese Nr. angesetzt werden, allerdings sollten bei Anlage eines konfektionierten Verbandes die Besonderen Kosten nicht abgerechnet werden. In diesem Fall kann man die Verordnung auf einem Rezept vornehmen.

- ▶ **Nr. 205: Rucksack- oder Désault-Verband**

Kommentar

Bei Anlage eines konfektionierten Verbandes können die Besonderen Kosten nicht abgerechnet werden. In diesem Fall kann man die Verordnung auf einem Rezept vornehmen.

- ▶ **Nr. 208: Tape-Verband an Fingern oder Zehen**

Arbeitshinweise der UV-Träger

Tape-Verbände nach Nr. 208 sind Klebeverbände aus un- bzw. teil-elastischen Pflasterzügen, die zur Stabilisierung von Finger- und Zehengelenken nach Luxationen, Distorsionen (Zerrungen, Verstauchungen) oder nach Frakturen angelegt werden, auch im Rahmen der funktionellen Nachbehandlung.

- ▶ **Nr. 209: Tape-Verband an großen Gelenken oder an Weichteilen der Gliedmaßen**

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

Arbeitshinweise der UV-Träger

1. Tape-Verbände nach Nr. 209 sind Klebeverbände aus un- bzw. teil-elastischen Pflasterzügen, die zur Stabilisierung von Gelenken

insbesondere nach Distorsionen (Zerrungen, Verstauchungen), aber auch zur Entlastung von Sehnenansätzen bzw. Muskeln angewandt werden können. Sie wirken direkt auf der Haut und müssen eine bestimmte Zugrichtung vorgeben. Die gleichzeitige Anlage eines Salbenverbandes unter diesem Tape-Verband ist aus medizinischer Sicht nicht indiziert, da hierdurch die Zugrichtung des Tape-Verbandes nicht mehr optimal ausgeführt wird. Eine zusätzliche Anlage eines Verbandes nach Ziffer 200 ist daher nicht indiziert (vergleiche Sozialgericht Heilbronn, Aktenzeichen S4U7/14 vom 31.5.2016).

Entscheidend für die Bewertung der entsprechenden Leistung (208 oder 209) ist die jeweilige Zielleistung (Gelenk, das versorgt werden muss). Ist z.B. bei einer Fingerverletzung das Handgelenk zur Befestigung des Tape-Verbandes mit einzubeziehen, löst dies nicht die Nr. 209 aus. Die Stabilisierung von Gelenken kann auch mit anderen Mitteln erreicht werden (z.B. Orthesen, Schienen). Eine gleichzeitige Anwendung mit anderen Verbänden, Orthesen, Schienen, Bandagen etc. ist nicht angezeigt und somit auch nicht abrechenbar.

Tape-Verbände nach Nr. 209 können nach der Leistungslegende auch an Weichteilen der Gliedmaßen angelegt werden. Dies kommt insbesondere in Betracht zur Entlastung von Sehnen- und Muskelansätzen z.B. nach Sehnenzerrungen oder Muskelfaserrissen. Tape-Verbände sind bei Prellungen, Schürfungen oder ähnlichen Verletzungen der Weichteile nicht erforderlich und zweckmäßig.

2. Ist eine längere Behandlungsdauer mit häufigem Wechsel des Tape-Verbandes absehbar, ist regelmäßig aus wirtschaftlichen Gründen (siehe § 8 ÄV) die Anlage einer Orthese zu prüfen. Derartige Rechnungen soll-



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

ten dem Beratungsarzt vorgelegt werden. Das gilt auch, wenn der häufige Wechsel wegen der Durchführung physiomechanischer Behandlungen (Heißluft, Infrarot usw., Nr. 535, 536, 539, 548, 551) erfolgt. Die kurzfristige Abnahme des Tape-Verbandes zur Auflage einer Kaltpackung (Nr. 530) ist nicht erforderlich und zweckmäßig. Es kann jedoch sinnvoll sein, nach einer anfänglichen Versorgung mit einer Orthese zur weiteren funktionellen Behandlung auf die Versorgung mit einem Tape zu wechseln. Sofern die Behandlungsdauer mit dem funktionellen Tape drei Wochen überschreitet, bedarf es einer Begründung. In der ersten Woche nach Traumen kann der Tape-Verband jeweils nach zwei bis drei Tagen gewechselt werden (mit Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots, siehe oben). Mit größerem zeitlichen Abstand (ca. zwei Wochen) zum Trauma, sollte die Verweildauer des Tape-Verbandes verlängert werden, sofern hygienische Gründe nicht dagegensprechen.

3. Das Kinesiotape ist kein Tape-Verband im Sinne der Nr. 209 und daher grundsätzlich nicht abrechenbar. Analogbewertungen sind in der UV-GOÄ nicht möglich. Indikationen und die Wirksamkeit sind noch nicht abschließend geklärt. Eine Abrechnungsempfehlung für Einzelfallgenehmigungen kann zurzeit nicht gegeben werden.

Kommentar

Die Erfahrung zeigt, dass UV-Träger bei Nebeneinanderabrechnung der Nummern 200 und 209 regelhaft die Nr. 200 streichen. In den immer wieder auftretenden Fällen von Mykosen, Ekzemen und Allergien unter den Tape-Verbänden erscheint aber die gleichzeitige Abrechnung mit entsprechender Dokumentation sinnvoll. Vor allem, wenn zur Behandlung dieser Erkrankung entsprechende Salben angewendet werden müssen.

Kinesiotapes sind funktionelle, entlastende und schmerzlindernde Tape-Verbände (meist farbig), die besonders bei Muskelverkrampfungen, Insertionstendopathien, Zerrungen und Weichteilverletzungen sinnvoll sind. Damit ist die Indikation in der ►

Nachbehandlung gegeben. Sie werden zunehmend häufig in der Sporttraumatologie angewendet.

Der Betrag der Besonderen Kosten ist bei niedergelassenen Ärzten höher als bei der Krankenhausbehandlung.

- ▶ **Nr. 210: Kleiner Schienenverband – auch als erster Notverband bei Frakturen**

Kommentar

Ist ein unter dem Schienenverband liegender Verband zur Behandlung einer Wunde notwendig, ist dieser zusätzlich abrechenbar. Ein Schienenverband dient der Ruhigstellung von Phalangen oder eines Strahles. Die Fixierung dieser Schiene ist als Bestandteil der Leistung nicht zusätzlich abrechenbar.

- ▶ **Nr. 211: Kleiner Schienenverband bei Wiederanlegung derselben nicht neu hergerichteten Schiene**

Kommentar

Siehe Kommentar zu Nr. 210. Darunter liegende notwendige Wundverbände sind zusätzlich ansetzbar.

- ▶ **Nr. 212: Schienenverband mit Einschluss von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) – auch als erster Notverband bei Frakturen**
- ▶ **Nr. 213: Schienenverband mit Einschluss von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) bei Wiederanlegung derselben nicht neu hergerichteten Schiene**

Arbeitshinweise der UV-Träger

Die Gebühren nach den Nummern 210–213 sind ursprünglich für vom Arzt hergestellte Schienen vorgesehen. Dokumentiert der Arzt, dass er die Schiene hergestellt hat, erhält er die Nr. 210 einschließlich der Besonderen Kosten. Dies gilt für die Wiederanlage entsprechend.

In der aktuellen medizinischen Versorgung wird überwiegend auf vorgefertigte Schienen, Orthesen, etc. (Hilfsmittel) zurückgegriffen. Da es für die Erstanlage derartiger verordneter Schienen in der UV-GOÄ keine Gebührenposition gibt, wurde hierfür die Nr. 210 als analoge Leistung benannt. Dies gilt unabhängig von der Frage, ob es sich um die Erstanlage über ein oder über zwei große Gelenke handelt. Soweit das Hilfsmittel in der Praxis angelegt wird, erhält der Arzt einmalig die Gebühr nach Nr. 210 jedoch ohne die Besonderen Kosten.

Wird das Hilfsmittel im Sanitäts- oder Orthopädiehaus angelegt bzw. angepasst, kann der Arzt diese Leistung nicht abrechnen. Die Wiederanlage der Hilfsmittel im Rahmen von Nachuntersuchungen ist grundsätzlich nicht nach den Nummern 211, 213 abrechenbar.

Ausnahme: Wiederanlage einer Schiene nach Strecksehnenabriss an den Fingern (z. B. Stack'sche Schiene). Hierfür kann die Nr. 211 abgerechnet werden, wenn es in der ärztlichen Berichterstattung dokumentiert ist.

Kombination mit anderen Verbänden: Sind unterschiedliche Zielleistungen dokumentiert, kann im Einzelfall neben dem Schienenverband ein Verband (Wunde, Schmerz) und/oder ein Kompressionsverband (Schwellung/Schwellneigung) angelegt und abgerechnet werden (siehe aber Hinweis zum Kompressionsverband neben einer Orthese mit Kompressionswirkung). Zum Anpassen, Einstellen, Verändern von großen orthopädischen Hilfsmitteln siehe Kommentierung zu Nr. 3320.

- ▶ **Nr. 214: Abduktionsschienenverband**

Kommentar

Bei Anlegen von konfektionierten Schulterkissen, Abduktionsschiene oder Ähnlichem ist diese Nr. ansetzbar – allerdings ohne Abrechnung der Besonderen Kosten. Allerdings kann man die dem Patienten zur Verfügung gestellten vorgehaltenen Schienen bzw. Orthesen oder Kissen auf Rezept zu Lasten der UV-Träger beschaffen lassen. ◀

Buchtipps: Abrechnungswissen aus der Feder eines Kenners

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



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

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

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

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

Praxisteam

Die Stimme erheben für mehr Anerkennung und Wertschätzung

An Motivation für ihren abwechslungsreichen und systemrelevanten Beruf mangelt es Medizinischen Fachangestellten nicht. Wohl aber an Wahrnehmung durch die Politik und an Respekt vor ihren beruflichen Leistungen. Dem Protesttag Anfang September in Berlin sollen deshalb noch viele weitere Aktionstage folgen.

Von Patricia Ley

Am 7. September 2022 fand vor dem Brandenburger Tor in Berlin eine Protestaktion des Verbandes medizinischer Fachberufe (VMF) statt. Hierzu wurden die Aktionen ‚MFA am Limit‘ und ‚ZFA im Nebel‘ ins Leben gerufen. Unter den über 600 Teilnehmerinnen waren auch Nina Krzenciessa, Fachwirtin für die ambulante medizinische Versorgung und Praxismanagerin zweier Praxen sowie Giuliana C., Praxismanagerin einer Arztpraxis und QM-Beauftragte einer zweiten Arztpraxis.

Motivation entsteht aus einem Motiv heraus, einer Grundeinstellung. Krzenciessa wurde motiviert von ihrer beruflichen Verantwortung als Praxismanagerin, sich für andere einzusetzen. Vor allem war es der Wunsch, etwas für die ihr anvertrauten Angestellten zu bewirken. Zudem möchte sie andere motivieren, ebenfalls aufzustehen, möchte sie mitreißen, an den Protestaktionen teilzunehmen. Denn es geht ihr um die Steigerung des Ansehens unseres Berufes, dem sie mit viel Engagement und Empathie nachgeht.

Giuliana C. nahm an den Protestaktionen teil, weil sie auf die aktuelle Situation der Medizinischen Fachangestellten (MFA) aufmerksam machen wollte. Sprich: unattraktive Arbeitsbedingungen, Patienten mit immer höheren Ansprüchen, die coronabedingt erhöhte Bürokratie, die nicht mehr tragbare Dichte der Anrufe, finanziell ungerechtfertigte Tariflöhne und zur Krönung der ausbleibende Corona-Bonus.

Fehlende Wahrnehmung durch die Politik

Krzenciessa hatte bereits an mehreren Protestaktionen des VMF teilgenommen. Sie möchte endlich von der Politik wahrgenommen werden. Denn bislang hat nicht ein Gesundheitsminister reagiert, ganz als würde es den ambulanten Sektor im Gesundheitswesen nicht geben. Doch was passiert, wenn nichts passiert? Zunehmende Demotivation der MFA, Abwanderung aus dem Beruf, Personalmangel, immer weniger Auszubildene, schlechtere Qualität der Patientenversorgung.

Auch Giuliana A. hofft auf mehr Unterstützung, einen besseren Austausch unter den Arztpraxen und viel mehr solcher Protestaktionen. Sie möchte auf die Situation der MFA aufmerksam machen, denn von nichts kommt nichts.



Nina Krzenciessa (Beauftragte der Bezirksstelle Berlin VMF) und Stefanie Schreiber (2. Vorsitzende des Geschäftsführenden Vorstandes) waren beim Protesttag im September in Berlin aktiv

Corona-Bonus, Arbeitsbedingungen, weniger Bürokratie

Beide hoffen auf viele weitere Protestaktionen und sagen: „Viel zu lange hat unser Berufsstand geschwiegen und alle Widrigkeiten still gemeistert.“ Die Regierung müsse endlich zuhören und „aufhören, den ambulanten Sektor des Gesundheitswesens gegen die Wand zu fahren“. Sie betonen, dass es dabei nicht allein um materielle Wertschätzung geht – etwa in Form eines Corona-Bonus –, sondern um bessere Arbeitsbedingungen, finanziellen Ausgleich, Entbürokratisierung der Abrechnungsziffern oder vereinfachte Meldeverfahren für Corona-Positive. Es geht ihnen um die Anerkennung, die sie verdienen. Für kommende Protestaktionen wünschen sie sich die Zusammenarbeit mit anderen Berufsverbänden und Institutionen und dass mehr MFA und ZFA Mut fassen und sich daran beteiligen. Nicht zuletzt wünschen sie sich auch, dass mehr Ärztinnen und Ärzte sich beteiligen, ihre Angestellten unterstützen und auch ihre eigenen Interessen vertreten.

Positive Stimmung bei der Protestaktion

Krzenciessa war von Anfang an in die Planung der Protestaktion involviert. Am Brandenburger Tor wurde sie von bekannten und unbekanntem Gesichtern begrüßt und herzlichst empfangen. Sie fand die Stimmung super, mischte sich unter das Publikum und konnte viele Reaktionen und Stimmung einfangen. Zum Teil waren ganze Praxis-

Patricia Ley

Praxisberaterin und Dozentin
 Beauftragte der Bezirksstelle Berlin
 im Verband Medizinischer Fachberufe (VMF)
 Postfach 58 03 31, 10439 Berlin
 Tel.: 0172 6283153
 ley@beratungundschulung.info
 www.beratungundschulung.info



Foto: Ley

teams angereist, auch mit ihren Praxischefs. Krzenciessa verteilte Masken und Flyer, sprach mit vielen Menschen vor Ort: „Ich habe den Tag empfunden, als sei ich Teil eines großen Teams.“ Insbesondere die Vorsitzende des VMF-Landesverbandes Mitte-Ost, Ingrid Gerlach, habe die Meinung und die Interessen der Berufsgruppen in ihrer Rede sehr deutlich vertreten. Für Giuliana C. schwang neben der positiven Stimmung allerdings auch Wehmut mit, denn sie hatte sich noch viel mehr Teilnehmende erhofft, die so wichtig sind für solche Aktionstage.

Große Liebe für einen vielseitigen Beruf

Trotz der unbefriedigenden Rahmenbedingungen lieben beide MFA ihren Beruf: „Unser Beruf ist vielseitig und bietet so viele Möglichkeiten sich weiterzuentwickeln“, sagen sie. Dazu gehört die Arbeit am Computer, vor allem aber auch am Patienten. „Eine große Zahl der Patienten ist sehr dankbar für unsere Arbeit, und mit ihrer Wertschätzung macht die Arbeit jeden Tag mehr Spaß“, betonen sie. Krzenciessa und Guilana C. wurden von Menschen inspiriert, die ebenso leidenschaftlich ihrem Beruf nachgehen und zugleich von ihren Arbeitgebern unterstützt. „Um Patienten qualitativ hochwertig zu behandeln, braucht es nicht nur eine gut organisierte Praxis und qualifiziertes Personal, sondern auch ein Team, das miteinander und füreinander einsteht“, sagen sie und fordern ihre Kolleginnen und Kollegen dazu auf, ebenfalls für den Beruf der MFA und ZFA einzustehen: „Unser Beruf ist systemrelevant, herausfordernd und wir sind gut in unserem Job. Wir begleiten unsere Patienten durch gute und schlechte Zeiten. Von der Geburt bis zum Sterbebett. Wir müssen Wertschätzung einfordern, genauso wie eine gerechte Bezahlung und gute Arbeitsbedingungen.“

Laut und deutlich für den Berufsstand eintreten

Ihre Botschaft an andere MFA und ZFA: „Sprecht mit euren Chefs und Chefinnen, dass ihr euch an der nächsten Protestaktion beteiligen wollt. Seid offen und lasst uns die Situation nicht so hinnehmen. Wir haben über zweieinhalb Jahre einen verdammt guten Job gemacht – es ist Zeit, dass auch wir gesehen und geschätzt werden. Ein respektvoller Umgang und Anerkennung auf allen Ebenen ist das Mindeste, das uns zusteht. Wir kämpfen weiter für die politische Wahrnehmung und sollten noch viel lauter für uns eintreten. Denn jede einzelne MFA und ZFA ist es wert, dass ihre berufliche Leistung anerkannt wird.“

Mehr Infos zum Protesttag gibt es beim VMF: [Kurzlink tinyurl.com/3sethrrjs](https://tinyurl.com/3sethrrjs)

Fortbildung: Termine für das Praxisteam

23. November 2022, Jena
Kurs zum Erwerb der Sachkunde gemäß MPBetreibV für die Aufbereitung von Medizinprodukten in Arztpraxen, Auffrischkurs 1

Multiresistente Erreger, Aufklärung von Infektketten, Prozessvalidierung, Hygienverordnung Thüringen, Routinekontrollen, Chemoindikatoren, Desinfektionsmittel, Sterilisation von Schläuchen, Arbeitsschutz, Praxisbegehungen

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

25. November – 17. Dezember 2022, Webkonferenz
21. April – 6. Mai 2023, Webkonferenz
Lehrgang Geprüfte/r Datenschutzkoordinator/in

40-Stunden-Lehrgang, Inhalte u. a.: Grundbegriffe, Gesundheitsdatenschutz, DSGVO, Einwilligung, Schweigepflicht, Telematik, Homepage, Clouddienste, Befundübermittlung, Archivierung und Praxisübernahme

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

26. November 2022 – 28. Januar 2023, Webkonferenz (Prüfung in Präsenz)
25. März – 25. Juli 2023, Stuttgart
20. Mai – 24. Juni 2023, Köln

Fachzertifikat – Ambulantes Operieren für Medizinische Fachangestellte und Medizinisches Assistenzpersonal

70-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

7. Dezember 2022, Bochum
8. Mai 2023, Tuttlingen
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

20. März 2023, Live-Webinar
Kurs Aufbereitung von Medizinprodukten für MFA

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

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

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, Goethestraße 66, 80336 München
 Tel.: 089 45228090, Fax: 089 452280950, info@pkv-institut.de
 www.pkv-institut.de



Horstmann, R.: Was die Chirurgie fürs Leben lehrt. Berlin: Springer Verlag, 2022. 182 Seiten, kartoniert, 22,99 Euro



Berner, B. (Hg.): Handbuch UV-GOÄ. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2022. 4. Auflage, 721 Seiten, kartoniert, 69,99 Euro



Hecker, R. (Hg.): Risiko- und Sicherheitskultur. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2022. 330 Seiten, kartoniert, 59,95 Euro



Gastinger I. et al. (Hg.): Chirurgische Qualitätssicherung. Mannheim: Kaden Verlag, 2022. 282 Seiten, kartoniert, 69,90 Euro

Was die Chirurgie fürs Leben lehrt

Warum sollte ausgerechnet die Chirurgie dafür stehen, aus ihr Lehren für das ganz alltägliche Leben zu ziehen? Wie ein derart anspruchsvoller Beruf mit seinen speziellen An- und Herausforderungen ein Spiegel für das ganz normale Leben sein kann, wird im vorliegenden Buch thematisiert.

Darin beschreibt der Autor die immer wieder herangezogenen Parallelen zwischen Luftfahrt und Chirurgie ebenso wie Entscheidungsfindung und Bewältigung von Notsituationen. Wer also gelernt hat, in schwierigen oder komplexen Situationen im Beruf entschlossen zu handeln, dem wird das auch im alltäglichen Leben leichter fallen. Neben der Fähigkeit, umsichtig und sicher zu entscheiden, zählen auch Fokussierung, Belastbarkeit, Einsatzbereitschaft, Kommunikations- und Teamfähigkeit sowie Umgang mit Fehlern und Ehrlichkeit zu chirurgischen Eigenschaften, die auch im sonstigen Leben von großem Wert sind.

Fazit: Die Inhalte des Ratgebers sind so geschrieben, dass sie sich nicht allein an Begeisterte der Chirurgie richten, sondern an alle, die an persönlicher Weiterentwicklung interessiert sind und von der Expertise anderer lernen möchten.

Handbuch UV-GOÄ

Die Lektüre von Gebührenverzeichnissen und -kommentaren ist zwar generell nicht vergnügungssteuerverpflichtig. Allerdings können verständlich gehaltene Erläuterungen der vertraglichen Regelungen den Umgang mit dem System der gesetzlichen Unfallversicherung erleichtern.

Kombiniert mit praxisnahen Kommentaren aktiver Durchgangsärzte und Fachärzte zur Gebührenordnung sowie Ergebnissen und Erfahrungen aus der Clearingstelle auf Bundesebene kann das vorliegende Werk bei der sicheren Abrechnung mit Berufsgenossenschaften und Unfallkassen unterstützen. Alles kompakt in einem Buch enthält es den Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger (Stand 1.7.2021), das Leistungs- und Gebührenverzeichnis Ärzte (Stand 1.1.2022), das Gebührenverzeichnis Psychotherapeuten mit Gebühren (Stand 1.7.2022), die Arbeitshinweise der Unfallversicherungsträger (Stand 1.4.2022), eine aktuelle Kommentierung des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger durch Vertragspartner und eine praxisnahe Kommentierung der UV-GOÄ durch aktive D-Ärzte und Fachärzte.

Fazit: Eine kompakte und gleichzeitig umfassende Wissensressource für den Umgang mit Unfallkassen und Berufsgenossenschaften.

Risiko- und Sicherheitskultur im Gesundheitswesen

Patientensicherheit ist nicht nur Pflichtübung für die unmittelbare Arbeit mit Patientinnen und Patienten, sie muss vielmehr zentrales Motiv bei allen Entscheidungen im Gesundheitswesen sein. Dafür setzt sich das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) seit seiner Gründung im Jahre 2005 ein.

Im vorliegenden Buch lässt das APS als Herausgeber Expertinnen und Experten aus allen Bereichen der Gesundheitsversorgung zu Wort kommen. Diese beleuchten wesentliche Handlungsfelder zur Entwicklung von Sicherheitskultur und beschreiben die Konzepte, Methoden und Ansatzpunkte, mit denen Institutionen, Unternehmen oder Branchen die Entwicklung von Risikobewusstsein und Sicherheitskultur voranbringen. Dabei decken sie u. a. die Sicherheitskultur im System Krankenhaus und im ambulanten Sektor ab, beleuchten aber auch das Risikomanagement der Pharmaindustrie und die Wirkung des Medizinischen Dienstes auf die Sicherheitskultur.

Fazit: Nur wenn Sicherheitskultur oben auf der Agenda steht, gelingt es, Risiken bestmöglich zu beherrschen und das Gesundheitssystem für alle Beteiligten nachhaltig zu verbessern. Dieses Buch liefert Anregungen dazu.

Chirurgische Qualitätssicherung

Die Kontrolle der Ergebnisqualität in der operativen Medizin ist in den vergangenen 30 Jahren zu einer ureigenen Aufgabe der Chirurgie geworden. Dabei hält die Diskussion über eine effiziente und praktikable Methodik der chirurgischen Qualitätssicherung bis heute an. Konsens besteht lediglich darin, dass das Ziel jeder qualitätssichernden Maßnahme die kontinuierliche Verbesserung der flächendeckenden Routineversorgung sein muss.

Das Herausgeberkollektiv fasst mit dem vorliegenden Werk die gesammelten Erfahrungen auf diesem Gebiet zusammen. Dazu zählen externe und interne Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie dazugehörige Ergebnisse bei ausgewählten Tracer-Operationen ebenso wie regionale, nationale und internationale Entwicklungen. Ganz besonderes Augenmerk richten sie dabei auf die chirurgische Versorgungsforschung auf Basis von klinischen Beobachtungs- und Registerstudien, die einen wichtigen Beitrag zur chirurgischen Qualitätssicherung leisten kann.

Fazit: Die klinische Versorgungsforschung mit den Ergebnissen von prospektiven, flächendeckenden, multizentrischen Beobachtungs- und Registerstudien kann einen wichtigen Beitrag zur chirurgischen Qualitätssicherung leisten – das vorliegende Werk ist ein wichtiger Beitrag zur Diskussion.



Zwipp H. et al. (Hg.): 100 Jahre Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie.
Dresden: Hille Verlag, 2022. 680 Seiten, gebunden, 79,90 Euro



Albers, P. et al. (Hg.): Referenz Urologie – Operationsmethoden.
Stuttgart: Thieme Verlag, 2022. 559 Seiten, gebunden, 199,99 Euro



Eiff, W. et al. (Hg.): Krisenresilienz.
Heidelberg: Medhochzwei Verlag, 2022. 378 Seiten, gebunden, 89 Euro



Jähne J. et al. (Hg.): Was gibt es Neues in der Chirurgie? Jahresband 2022.
Landsberg: ecomed Verlagsgesellschaft, 2022. 298 Seiten, gebunden, 119,99 Euro

100 Jahre Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie

In diesem Jahr feiert die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) ihr 100-jähriges Bestehen – Anlass genug, einmal Entstehung und Werdegang der ursprünglichen Gesellschaft für Unfallheilkunde von 1922 bis 2022 zu analysieren und in Buchform zusammenzufassen.

Das vorliegende Buch skizziert die Entwicklung der Fachgesellschaft, deren Geschichte 1822 mit der Gründung der ‚Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte‘ begann, welche 1872 in die ‚Deutsche Gesellschaft für Chirurgie‘ und 1894 in die ‚Abteilung für Unfallheilkunde‘ mündete. Bereits die ersten Wegbereiter hatten von jeher die schnellstmögliche Rettung, die bestmögliche Behandlung und die optimierte Rehabilitation Unfallverletzter im Blick, wie die Darstellung unfallchirurgischer Innovationen zeigt. Doch auch das dunkle Kapitel des Umgangs der DGU mit ihren jüdischen Mitgliedern während des Nationalsozialismus wird nicht ausgeklammert.

Fazit: Diese Festschrift vermittelt allen im medizinischen Bereich Tätigen sowie anderen Interessierten das Bild einer ebenso traditionsbewussten wie fortschrittlichen wissenschaftlichen Gesellschaft und ihres Fachgebiets.

Referenz Urologie – Operationsmethoden

Die chirurgische Therapie von Erkrankungen und anatomischen Anomalien des oberen und unteren Urogenitaltrakts repräsentiert einen der wesentlichen Eckpfeiler urologischer Tätigkeit im praktischen Alltag. Alte, tradierte operative Techniken haben sich dabei kontinuierlich weiterentwickelt – bis hin zur Endo-Urologie, zu minimalinvasiven und roboterassistierten, uroonkologischen oder rekonstruktiven Verfahren.

Alle diese Aspekte sind in das vorliegende Werk mit eingeflossen. Nach Organen bzw. Indikationsgebieten gegliedert, beschreiben die Autoren gut verständlich und klar strukturiert den konkreten Ablauf und alles Wissenswerte für alle relevanten OP-Methoden in der Urologie: von der Anästhesie über den Zugang und die einzelnen Operationsschritte bis zum Nahtverschluss. Die einzelnen Kapitel werden durch zahlreiche Schemazeichnungen veranschaulicht, farblich unterlegte Praxistipps erleichtern die Orientierung. Der Inhalt des Buches steht ohne weitere Kosten digital in der Wissensplattform eRef zur Verfügung (Zugangscode im Buch).

Fazit: Als Teil einer fächerübergreifenden Referenzreihe kommt das Buch auf den Punkt und liefert konkretes Fachwissen auf hohem Niveau, das sich direkt im Arbeitsalltag anwenden lässt.

Krisenresilienz

Beinahe drei Jahre nach Beginn der Corona-Pandemie ist es angezeigt, Fehler und Versäumnisse des Pandemiemanagements zu reflektieren und konstruktiv Wege zu finden, diese in Zukunft zu vermeiden und so ‚Krisenresilienz‘ herzustellen.

Das vorliegende Buch liefert Ideen und konkrete Vorschläge zur Erreichung einer gestärkten Krisenresilienz im Gesundheitssystem, zur Stabilisierung internationaler Lieferketten als Voraussetzung für Versorgungssicherheit und zur Erhöhung des Stellenwerts der am Bett tätigen Berufsgruppen in der Gesellschaft sowie am Arbeitsplatz. Es gliedert sich in fünf thematisch fokussierte Teile: resilienzfördernde Strukturen, Erfolgsfaktor Kommunikation, Führungs- und Managementherausforderungen, Pandemiemanagement im deutschsprachigen Ausland sowie zusammengefasste Ergebnisse und Erkenntnisse aus dem Pandemiegeschehen.

Fazit: Das Buch richtet sich an Führungskräfte im Gesundheitswesen und in der Politik, die nach den großen Herausforderungen der Corona-Pandemie dazu beitragen möchten, ein resilienteres Gesundheitssystem zu gestalten.

Was gibt es Neues in der Chirurgie? Jahresband 2022

In dieser traditionsreichen Reihe skizzieren renommierte Chirurginnen und Chirurgen fortlaufend die Entwicklung ihres Spezialgebietes, sichten aktuelle Literatur, werten Kongressberichte aus, spüren Trends auf und beschreiben anschaulich neueste Verfahren.

In diesem Jahr stehen für den Bereich des Ambulanten Operierens u. a. die Kapitel zur Proktologie – Stichwort genomweite Assoziation des Hämorrhoidalleidens – und zu den neuesten Erkenntnissen in der Bauchwandchirurgie ins Auge. Aber auch die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die chirurgische Versorgung werden in zwei Beiträgen thematisiert. Ein weiterer Beitrag widmet sich dem Zukunftsthema ‚Work-Life-Balance‘ und in diesem Zusammenhang der Option einer Vier-Tage-Woche in der Chirurgie. Auch in diesem Jahr sind wieder CME-Fragen dabei, mit denen man Fortbildungspunkte sammeln kann. Im Download-Bereich des Verlags findet sich als Bonus der gesamte Inhalt des Buchs auch als E-Book (Zugangscode im Buch).

Fazit: Das übersichtliche Layout, die Zusammenfassungen am Ende jedes Kapitels und die themenspezifischen Griffmarken machen das Werk handlich und lesefreundlich. Wie immer eine gute Möglichkeit, sich über ein breites Spektrum chirurgischer Themen auf dem Laufenden zu halten.

November 2022

4.–5. 11. 2022, Magdeburg
Magdeburger Chirurgesgespräche 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

30. 11.–3. 12. 2022, Nürnberg / Hybrid
37. Nürnberger Arthroskopiekurs und Gelenksymposium

Themen u. a.: Basiskurse Knie, Schulter, Hüfte, Schulter (Instabilität, Rotatorenmanschette), Ellenbogen (Tendinopathien, (Sub)Luxation, UCL-Refixation), Verletzungen im Leistungs- und Profisport
 Information und Anmeldung:
 Congress Compact 2C GmbH, Luisa Göde
 Joachimsthaler Straße 31–32, 10719 Berlin
 Tel.: 030 88727370, Fax: 030 887273710, info@congress-compact.de
 https://nuernberger-arthroskopiekurs.de

Dezember 2022

9.–10. 12. 2022, Frankfurt
Frankfurt MuskuloSkelettal

Themen u. a.: Trends in der Gelenktherapie, moderne Aspekte der Sportorthopädie, Schultergelenk, Hüftgelenk, Kniegelenk, Fuß- und Sprunggelenk
 Information und Anmeldung:
 Intercongress GmbH, Julia Boll
 Ingeborg-Krummer-Schroth-Str. 30, 79106 Freiburg
 Tel.: 0761 69699-27, Fax: 0761 69699-11, julia.boll@intercongress.de
 https://frankfurt-muskuloskelettal.de

16.–17. 12. 2022, Hamburg
34. Norddeutsche Anästhesietage

Themen u. a.: Sicherheit in der ambulanten Kinderanästhesie, opioidfreie Narkose, Kreislaufversagen, Telemedizin in der Notfallmedizin, Kindernotfallmedizin, perioperative Analgesie, Atemwegssicherung, Sedierungskonzepte, Schmerzmedizin, Regioalanästhesie
 Information und Anmeldung:
 MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg GmbH
 Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg, Valerie Stähler, Tel.: 0911 39316-45
 Fax: 0911 39316-78, staehler@mcn-nuernberg.de, www.mcn-nuernberg.de

Januar 2023

16.–19. 1. 2023, 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

20.–21. 1. 2023, Freiburg
Freiburger Knorpeltage 2023

Themen u. a.: Knorpeltherapie an Kniegelenk (VKB-Ruptur, Kreuzband, Instabilität), Schulter, Hüftgelenk (Hüftdysplasie, Beckenosteotomien) und Sprunggelenk, Motto: Regeneration & Innovation
 Information und Anmeldung:
 Intercongress Freiburg, Julia Boll
 Ingeborg-Krummer-Schroth-Str. 30, 79106 Freiburg, Tel.: 0761 69699-27
 julia.boll@intercongress.de, https://freiburger-knorpeltage.de

22. 1. 2023, Online
18. Kongress der Vereinigung der Koloproktologen
an Rhein und Ruhr

Thema: Aktuelle Fragestellungen in der Koloproktologie (detailliertes Programm folgt)
 Information und Anmeldung:
 MCE Medical Congresses & Events, Gabriele Sponholz
 Tannenring 52, 65207 Wiesbaden, Tel.: 0160 8459502, gs@mce.info
 www.vkrr-jahrestagung.de

23.–25. 1. 2023, Tuttlingen
Aufbaukurs Laparoskopische Hernienchirurgie

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

Februar 2023

2.–3. 2. 2023, Berlin
Hygiene in Zeiten von Klimawandel, Pandemien,
Naturkatastrophen und Kriegen
Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V.

Themen u. a.: Sicherstellung von medizinischer Versorgung, medizinischer Diagnostik, ausreichendem medizinischen Bedarf und sanitären Strukturen, Stand der Vorbereitungen, Defizite bei der Vorbereitung auf Katastrophen
 Information und Anmeldung:
 Congress Compact 2C GmbH, Luisa Göde
 Joachimsthaler Straße 31–32, 10719 Berlin, Tel.: 030 88727370, Fax: 030 887273710
 info@congress-compact.de, www.congress-compact.de

10.–11.2.2023, Nürnberg

Bundeskongress Chirurgie 2023

Themen u.a.: Unfallchirurgie (Kindertraumatologie, Ellenbogen, Hand-, Schulter und Kniegelenk), Chirurgie der Körperoberfläche, Gefäßchirurgie, Fußchirurgie, Herniensymposium, Robotik, sektorenverbindende Versorgung, metabolische Chirurgie, ambulante Anästhesie, Proktologie

Information und Anmeldung:

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg GmbH
Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg, Miriam Quanz
Tel.: 0911 39316-39, Fax: 0911 39316-20, quanz@mcn-nuernberg.de
www.bundeskongress-chirurgie.de

März 2023

9.–10.3.2023, München

49. Deutscher Koloproktologen-Kongress

Themen u.a.: Kolon-Karzinom-Update, robotische Chirurgie: Hype or Help, funktionelle Beckenboden-Chirurgie, Proktologie

Information und Anmeldung:

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg GmbH
Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg, Anne-Christine Veith
Tel.: 0911 39316-16, Fax: 0911 39316-56, veith@mcn-nuernberg.de
www.koloproktologen-kongress.de

24.–25.3.2023, Mannheim

EDZ-Kurs: Anorektale Endosonographie

Information und Anmeldung:

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

April 2023

17.–19.4.2023, Tuttlingen

Trainingskurs Laparoskopische Gynäkologie

Information und Anmeldung:

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

18.–20.4.2023, München/Hybrid

140. Deutscher Chirurgen Kongress DCK 2023

Motto: Gemeinsam lernen und heilen (detailliertes Programm folgt)

Information und Anmeldung:

wiconect GmbH, Hagenauer Straße 53, 65203 Wiesbaden
Tel.: 0611 204 809-0, Fax: 0611 204 809-10, dck@wiconect.de
https://dck2023.de

27.–29.4.2023, Düsseldorf

Deutscher Anästhesiekongress (DAC) 2023

Motto: 70 Jahre DGAI – Fortschritt aus Tradition

Information und Anmeldung:

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg GmbH
Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg, Franziska Giese
Tel.: 0911 39316-21, Fax: 0911 39316-78, giese@mcn-nuernberg.de
www.dac-congress.de

Mai 2023

7.5.2022, Berlin/Hybrid

Aktuelle Proktologie

Themen u.a.: Knoten und Risse in der Analregion, Hämorrhoiden (operative Standardverfahren, neue Leitlinien, Radiofrequenzablation), Management von Kolonpolypen, Proktitis bei CED, rezeptiver Analverkehr: Zwischen Lust und Libido, Proktotraumatologie, Darmhypnose

Information und Anmeldung:

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

12.–13.5.2023, Mannheim

**EDZ-Kurs: Proktologische Operationen –
Viszeralchirurgie Kompakt**

Information und Anmeldung:

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

Schon angemeldet?:
Bundeskongress Chirurgie 2023



**BUNDESKONGRESS
CHIRURGIE 2023**
BNC · BAO SEKTORENUNABHÄNGIG
FACHÜBERGREIFEND
CHIRURGEN · ANÄSTHESISTEN · OPERATEURE
GEMEINSAM STARK

Vom **10. bis 11. Februar 2023** findet in Nürnberg der nächste Bundeskongress Chirurgie statt. Schwerpunktthemen und weitere Informationen zum Programm siehe Seite 44 und im beiliegenden Flyer!

www.bundeskongress-chirurgie.de

Bundeskongress Chirurgie 10.–11. 2. 2023

Zurück in die Zukunft: Bewährtes sichern und Neues wagen!

Von Jan Henniger und Dr. Frank Sinning

Die Planungen für den nächsten Bundeskongress Chirurgie 2023, der als Präsenzveranstaltung vom 10. bis 11. Februar 2023 in Nürnberg stattfinden wird, laufen auf Hochtouren. Wir hoffen, dass Sie den Termin fest eingeplant haben und verraten hier schon einmal, auf welche Programm-Highlights und neuen Formate Sie gespannt sein dürfen.

Neu ist beispielsweise eine Sitzung mit dem Titel ‚Friday for Hernien-Future‘ zur Nachhaltigkeit in der Chirurgie. Sie findet im Rahmen des traditionellen Herniensymposiums am Freitagvormittag statt. Ein weiterer thematischer Neuzugang ist die robotische Chirurgie, die mittlerweile in einzelnen ambulanten chirurgischen Zentren Einzug gehalten hat. Gleiches gilt für die bariatrische und postbariatrische Chirurgie, die von einer wachsenden Zahl von Patientinnen und Patienten nachgefragt werden. Die übrigen medizinisch-wissenschaftlichen Sitzungen umfassen wieder ein breites Spektrum chirurgischer Themen aus Allgemein-, Unfall-, Fuß-, Hand-, Kinder-, Viszeral- und Plastischer Chirurgie sowie Phlebologie und Proktologie.

Wachsendes Netzwerk beteiligter Verbände

Aus dem Kongress längst nicht mehr wegzudenken ist das ‚Junge Forum‘, das sich insbesondere an Medizinstudierende und den ärztlichen Nachwuchs richtet. Hier wollen wir erneut gemeinsam konkrete Fallvorstellungen aus dem chirurgischen und notfalldienstlichen Alltag, aber auch berufliche Perspektiven, Wünsche und Erwartungen unserer jungen Kolleginnen und Kollegen diskutieren.

Das Netzwerk der Verbände und Organisationen, die sich am Bundeskongress Chirurgie beteiligen, hat auch in diesem Jahr Zuwachs bekommen. So beteiligt sich der Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC) wieder an der Programmgestaltung – er organisiert u. a. eine Sitzung zur Gefäßchirurgie. Darüber hinaus freuen wir uns, dass wir erstmals auch Referentinnen aus den Reihen des Anfang 2021 gegründeten Vereins Die Chirurginnen e.V. begrüßen dürfen. Sie werden sich der Frage widmen, wie sich ‚New Work‘ in der Chirurgie verwirklichen lässt. Natürlich werden auch die Anästhesistinnen und Anästhesisten wieder aktiv am Kongress mitwirken.

Auch für Ihr Praxisteam bietet der Bundeskongress mit dem ‚Tag der Medizinischen Fachberufe‘ wieder die Gelegenheit, sich auszutauschen und Wissen aufzufrischen. Wie in den Vorjahren, bietet der Bundeskongress erneut auch eine bunte Palette fachlicher, betriebswirtschaft-

Jan Henniger

Geschäftsführender BNC-Vorsitzender
und niedergelassener Chirurg
Kongressleitung Bundeskongress Chirurgie 2023
GECO-Frankfurt
Gotenstraße 6–8, 65929 Frankfurt
Tel.: 04532 268 75-60, henniger@bncev.de
www.bundeskongress-chirurgie.de



Foto: Henniger

Dr. Frank Sinning

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



Foto: Sinning

licher, juristischer und berufspolitischer Workshops – zum Teil von unseren Industriepartnern ausgerichtet. Außerdem können Ärztinnen und Ärzte sowie MFA in Seminaren und Kursen wieder die Fortbildungsvorgaben der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zu Kindertraumatologie, Gutachten und Rehamedizin/-management sowie zu Strahlenschutz und Hygienerichtlinien erfüllen.

Interdisziplinäres und interprofessionelles politisches Podium

Beim berufspolitischen Nachmittag am Freitag wird das Podium erstmals nicht nur interdisziplinär, sondern auch interprofessionell besetzt sein. Neben Vortragenden aus der ärztlichen Zunft werden auch Medizinstudierende, MFA sowie Patientinnen und Patienten vertreten sein. Aus der Politik hat der Bayerische Staatsminister für Gesundheit und Pflege, Klaus Holetschek, seine Teilnahme zugesagt. Wir freuen uns darauf, Sie auch im Namen der beteiligten Berufsverbände und Fachgesellschaften auf dem Bundeskongress Chirurgie 2023 in Nürnberg zu begrüßen! ◀

Anmeldung unter: www.bundeskongress-chirurgie.de

Hernienchirurgie

„In Zukunft Standard und Schrittmacher in der ambulanten Versorgung werden“

Andre Serebrennikov, Partner in der Chirurgisch-Orthopädischen Praxis Wiesbaden-Biebrich / Zentrum für ambulante Roboterchirurgie, operiert als erster niedergelassener Chirurg in Deutschland mit dem robotischen Chirurgiesystem Versius. Hier spricht er über seine Erfahrungen und die Vorteile für Patienten und seine Praxis.

Warum haben Sie sich Anfang 2022 entschieden, das robotische Chirurgiesystem Versius® in der ambulanten Versorgung zu nutzen?

Serebrennikov: Ich bin niedergelassener Chirurg aus Leidenschaft und ich führe eine gesunde Praxis. Deren Zukunft hängt eng mit der Zukunft der ambulanten Chirurgie generell zusammen: Ich muss Spitzenchirurgie anbieten – das ist ohne roboterassistierte Chirurgie auf Dauer nicht möglich. Deshalb habe ich mich frühzeitig für den Versius® von CMR entschieden.

Sie gehen also davon aus, dass die roboterassistierte Chirurgie auch in der ambulanten Versorgung Standard wird?

Serebrennikov: Der Durchbruch der robotischen Chirurgiesysteme in den Kliniken ist das beste Beispiel: Inzwischen sind dort mehrere Hundert Einheiten installiert. Wieso sollte diese Technologie dem Krankenhaus vorbehalten bleiben? Roboterassistierte Chirurgie steht für belastungsarme Operationen und wird die Palette der ambulant durchführbaren Operationen erweitern. Ich bin sicher, dass im Jahr 2040 robotische Chirurgiesysteme in der niedergelassenen Praxis Standard sein werden.

Und hier sehen Sie den Versius im Vorteil?

Serebrennikov: Die Stärken des Versius sind meines Erachtens Präzision und Kontrolle, kombiniert mit einer außerordentlichen Bewegungsfreiheit der Instrumente. Da die Gelenke des Versius sich um 360 Grad in beide Richtungen bewegen, sind die Instrumente vollständig rotierbar. Der modulare Aufbau des Versius ermöglicht es, neben dem endoskopischen Arm so viele unabhängigen Instrumentenarme wie nötig zu nutzen. Ich kann die 3D-HD-Kamera sehr nahe an die Operationsstelle bewegen und so die Instrumente besonders präzise führen. Bei endoskopischer OP ist das deutlich schwieriger. Durch die Modularität und geringe Größe passt der Versius auch in die meist kleineren ambulanten OP-Säle. Ich kann ihn bei Bedarf auch leicht umstellen.



Andre Serebrennikov ist hochzufrieden mit dem roboterassistierten Chirurgiesystem Versius

Foto: CMR Surgical

Welche Operationen führen Sie derzeit mit dem Versius durch?

Serebrennikov: Ich setze den Versius zunächst für Hernienoperationen ein, die ambulant mithilfe von robotischen Chirurgiesystemen durchgeführt werden können. Derzeit werden nur 20 Prozent aller Leistenbrüche ambulant operiert, Narbenbrüche sogar gar nicht – mit der roboterassistierten Chirurgie wäre das aber möglich.

Mit der konventionellen Laparoskopie ist das nicht zu schaffen?

Serebrennikov: Die mit dem Versius erreichte Präzision ist mit konventioneller Laparoskopie nicht möglich. Wir erwarten, mit verbesserter Präzision und Kontrolle das Risiko von Komplikationen wie Nerven- und Gefäßverletzungen und das Risiko von Leistenbruchrezidiven senken zu können. Nach unseren ersten Erfahrungen können wir nun problemlos auch komplexere Hernieneingriffe ambulant durchführen.

Welche Vorteile ergeben sich Ihrer Meinung nach für Patienten?

Serebrennikov: Deutlich verkürzte Rekonvaleszenz und weniger postoperative Schmerzen. Nach meinen bisherigen Erfahrungen kehren die Patienten nach der roboterassistierten OP schneller zu ihren normalen Tätigkeiten zurück. Bereits kurz nach der Operation sagen viele Patienten, sie seien so gut wie schmerzfrei. Am Folgetag der OP benötigt ein Großteil keine Schmerzmittel und kann sich nahezu uneingeschränkt bewegen.

Wie machen Sie Ihre Patienten auf das neue Angebot aufmerksam?

Serebrennikov: Ich erkläre die Vorteile roboterassistierter Chirurgie. Das überzeugt Patienten in der Regel. Patienten empfehlen uns aber auch weiter. Das zeigt sich auch in den Zahlen: Wir haben im September bereits die Anzahl der Hernienoperationen erreicht, die wir uns bis Ende des Jahres vorgenommen haben. ◀

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

Handchirurgie

Das Karpaltunnelsyndrom als Red-Flag-Sign einer Herzinsuffizienz

Bei einem beidseitigen Nerven-Engpass-Syndrom des N. medianus bei Patienten über 50 Jahre ist es sinnvoll, gezielt nach einer ATTR-Amyloidose zu forschen. Denn diese kann fünf bis neun Jahre später Ursache einer Herzinsuffizienz sein, die sich der klassischen medikamentösen Therapie entzieht.

Von Dr. Lars Gerres

In den vergangenen Jahren hat sich die Transthyretin-Amyloidose (ATTR) als eine bisher nicht ausreichend beachtete Ursache von Herzinsuffizienz herausgestellt. Bei Patienten über 50 Jahre mit bilateralem Karpaltunnelsyndrom ist es sinnvoll, gezielt durch eine Probeexzision des Retinakulum flexorum in einer Kongorotfärbung histologisch nach einer ATTR-Amyloidose zu suchen. In zwölf Prozent der Fälle ist eine Amyloidose nachweisbar, die fünf bis neun Jahre später zu einer Kardiomyopathie führen kann.

Karpaltunnelsyndrom

Bei einem Karpaltunnelsyndrom (KTS) handelt es sich um ein Beschwerdebild aufgrund einer Druckschädigung des N. medianaus im

Karpalkanal durch ein Missverhältnis zwischen Weite und Inhalt des Tunnels, das verschiedenste Ursachen haben kann (siehe Tabelle 1). Das KTS ist das häufigste Engpass-Syndrom eines peripheren Nerven.[1] Eine Metaanalyse aus 87 Studien zeigte eine Prävalenz von 10,6 Prozent. [2] Die Inzidenz wird mit 3,45 Fällen auf 1.000 Einwohner und Jahr angegeben. [3] Mit einer Prävalenz von 80 Prozent tritt es häufig beidseits auf. [4] Frauen sind deutlich häufiger betroffen. Die höchste Inzidenz besteht zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr. Die dominante Hand ist häufiger betroffen. [2] In Deutschland werden pro Jahr 12.000 Karpaltunnelspaltungen durchgeführt. [5] Eine beidseitige Behandlungsbedürftigkeit besteht in mehr als 50 Prozent der Fälle. [1]

Amyloid-Amyloidosen

Amyloide sind pathologisch gefaltete, unlösliche und toxische Peptid- und Proteinaggregate, die eine β -Faltblattstruktur aufweisen. Sie können sich lokal oder systemisch im Gewebe und Organen sowohl intra- als auch extrazellulär ablagern und zu einer Schädigung der Gewebe- und Organfunktion führen. Histologisch wird Amyloid in der Kongorot-Färbung nachgewiesen (siehe Abb. 1–3). Da diese keine Standardfärbung darstellt, kann davon ausgegangen werden, dass eine Amyloidose als Ursache eines Organschadens oft unentdeckt bleibt.

KTS und Amyloidose

Eine Ursache eines KTS kann die ATTR-, die AL- oder A β 2M-Amyloidose sein. Die ATTR-Amyloidose ist eine der häufigsten systemischen Amyloidosen. Hier wird der Wildtyp (ATTRwt) von der Keimbahnmutation (ATTRm) unterschieden. Der ATTRwt lagert sich bevorzugt in Gefäßwänden ab und befällt häufig das Herz sowie Bindegewebe wie das Retinakulum flexorum. Die Inzidenz der ATTRwt nimmt mit dem Alter zu (siehe Tabelle 2) und erreicht eine Prävalenz von bis zu 25 Prozent. Sie tritt vorwiegend bei Männern und bei Menschen über 60 Jahre auf. Die ATTRm kommt bei Polyneuropathie und Kardiomyopathie vor.

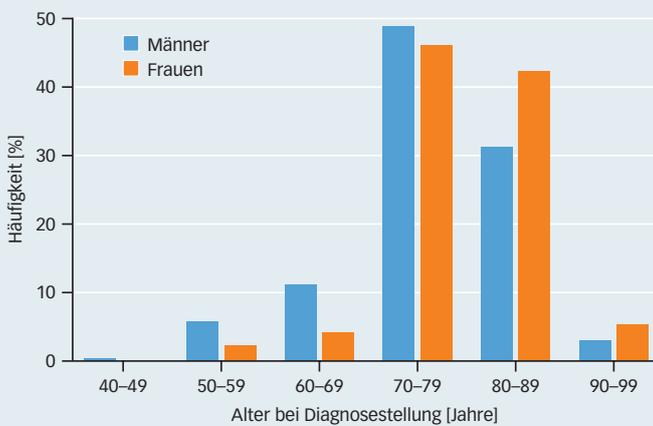
Beide Formen können klinisch unscheinbar bleiben, aber durch Ausbildung einer Kardiomyopathie die Lebenserwartung und die Lebensqualität limitieren. In ihrer Publikation von 2018 konnten Hahn K. et al

Tabelle 1: Ätiologie des KTS – genetische Disposition und familiäre Häufung

| | |
|------------------------|---|
| Entzündlich | Tendosynovitis der Beugesehnen, Gicht, Chondrokarzinose |
| Degenerativ | Karpalkanalstenose, Osteoarthritis |
| Endokrin | Diabetes mellitus, Adipositas, Hypo- und Hyperthyreose, Östrogen-, Progesteron- und Gonadotropin-Störungen, Akromegalie, Störungen des Kalziumhaushalts |
| Immunologisch | Rheumatoide Arthritis, Sklerodermie, Polymyalgia rheumatica, Lupus erythematoses |
| Infektiös | Borreliose, Lepra |
| Neuropathisch | Generalisierte periphere Polyneuropathie, hereditäre Neuropathie |
| Raumforderungen | Handödem, Gefäßmissbildungen, Ganglien im Karpalkanal, Anomalien des N. medianus, Muskelanomalien |
| Amyloidose | ATTRwt, ATTRm, AL-, A β 2M-Amyloidose |
| Weitere | Zustand nach Frakturen des Handgelenks, Patientinnen nach Operation eines Mammakarzinoms mit Axilladissektion und Ödemneigung, Fibromyalgie, Mukopolysaccharidose |

Quelle: Hahn K. et al. 2018 [6]

Tabelle 2: Altersverteilung bei Amyloidose



Quelle: Hahn K. et al. 2018 [6]

aufzeigen, dass bei Probeentnahmen einer Karpaltunnelspaltung die Proben des Retinakulum flexorum signifikant mehr Amyloid-Ablagerung aufwiesen als die Proben der Synovia. [6] Demgegenüber zeigt die Untersuchung von Donnelly et al 2019, dass bei 10,2 Prozent der Männer älter als 50 Jahre bei einem Karpaltunnelsyndrom in der Synovia Amyloid-Ablagerungen gefunden werden konnten. [8]

Hahn et al. wiesen bei insgesamt 4.990 Gewebeprobe in 11,66 Prozent der Fälle Amyloid-Ablagerung nach. Dabei betrug die Prävalenz einer ATTR-Amyloidose bei Männern 17,9 Prozent und bei Frauen 8,89 Prozent. Die Häufigkeit des Nachweises einer ATTR-Amyloidose steigt mit zunehmendem Lebensalter, histologisch ist die Amyloidose praktisch nicht vor dem 50. Lebensjahr nachweisbar. [6]

KTS und Kardiomyopathie

Das bilateral auftretende KTS bei über 50-jährigen gilt als Red-Flag-Sign einer systemischen ATTRwt-Amyloidose und tritt fünf bis neun Jahre vor einer kardialen Symptomatik auf, die zu einer Herzinsuffizienz führen kann. [8] Diese entzieht sich häufig der üblichen Therapie, wie zum Beispiel der Schleifendiuretikagabe, und senkt die Lebensqualität und -erwartung deutlich. Dabei stehen neue Medikamente zur Verfügung, die eine Behandlung der amyloidinduzierten Kardiomyopathie möglich machen. Während die Diagnostik und Therapie bis vor

Dr. Lars Gerres

Chirurg, Unfallchirurg, Handchirurg und D-Arzt
 Chirurgie-Orthopädie Osnabrück-Bramsche
 Parkstraße 42, 49080 Osnabrück
 Hasestraße 16, 49565 Bramsche
 Tel.: 0541 1811000
 Fax: 0541 18110011
 lars.gerres@chirurgie-osnabrueck.de
 www.ambulante-operationen-osnabrueck.de



Foto: Gerres

wenigen Jahren nur wenigen Amyloidose-Zentren vorbehalten waren, gibt es diese nun nahezu an jeder Universitätsklinik, was die Aktualität der Diagnostik und Therapie der Amyloidose unterstreicht. Die Diagnose einer systemischen Amyloidose wird durch den Nachweis von Amyloid im Retinakulum flexorum gestützt.

Fazit

Die Datenlage zum jetzigen Zeitpunkt ist noch unzureichend. Der Wunsch der Amyloidose-Zentren nach einem Amyloid-Nachweis durch eine Probenentnahme aus dem Retinakulum flexorum mit einer Kongorotfärbung ist gegeben. Dieses bedeutet für den Patienten ein frühzeitigeres Erkennen der Erkrankung und mit entsprechender Behandlung ein besseres Outcome sowie Verringerung seines Leidens.

Die Fachgesellschaften sollten klären, ob grundsätzlich bei über 50-Jährigen mit einem bilateralem Karpaltunnelsyndrom eine Probe aus dem Retinakulum flexorum zu entnehmen ist. An den Pathologen vor Ort muss die gezielte Frage nach einer Amyloidose gestellt werden.

Wünschenswert ist ein Algorithmus, der das weitere Vorgehen standardisiert. Bei positivem Nachweis einer Amyloidose durch den Pathologen vor Ort sollte automatisch die weitere Typisierung in einem zentralen pathologischen Institut erfolgen. Zudem müssen der Patient und der Hausarzt über den Amyloid-Nachweis informiert werden, damit eine kardiologische Abklärung erfolgen kann. Anschließend sollte sich der Patient bei Bedarf in einem Amyloidose-Zentrum vorstellen. ◀

Literatur

Zu den Literaturverweisen gelangen Sie online über den Kurzlink tinyurl.com/37mvu9es bzw. indem Sie den nebenstehenden QR-Code scannen.

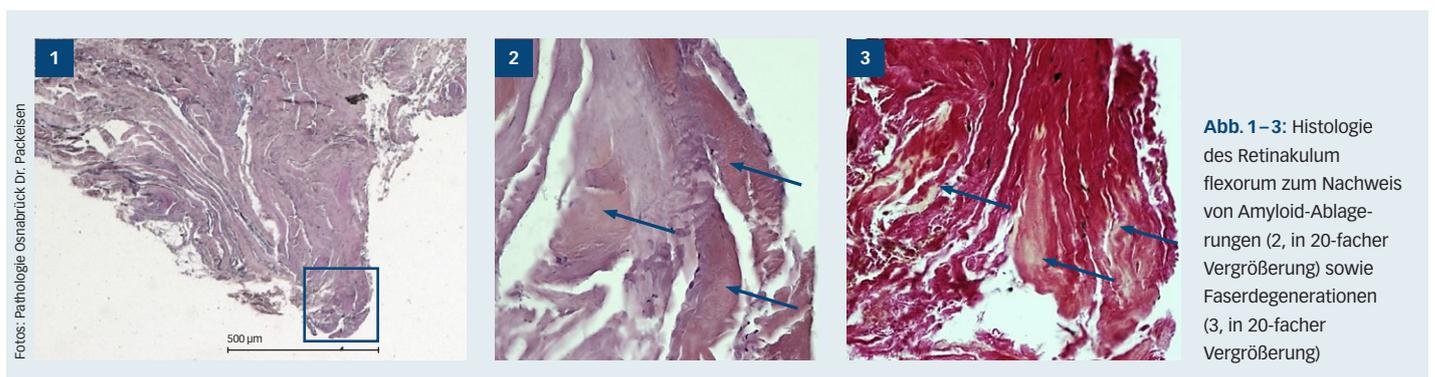


Abb. 1–3: Histologie des Retinakulum flexorum zum Nachweis von Amyloid-Ablagerungen (2, in 20-facher Vergrößerung) sowie Faserdegenerationen (3, in 20-facher Vergrößerung)

Handchirurgie

Immobilisierung vs. frühfunktionelle Beübung bei distalen Radiusfrakturen

Nach einer operativen Versorgung der Fraktur wird üblicherweise ein frühfunktionelles Nachbehandlungsregime angestrebt. Doch dieses lässt eine Ausheilung der ligamentären ulnokarpalen Begleitläsionen unberücksichtigt und begünstigt nachhaltige Beschwerden sowie mögliche Sekundäreingriffe am Handgelenk.

Von Dr. Jakob Krainski

Die distale Radiusfraktur ist mit 18 Prozent aller Frakturen im Erwachsenenalter die am häufigsten vorkommende Fraktur weltweit. Bei älteren Menschen entsteht sie meistens durch ein Niedrigenergie-trauma, beispielsweise bei einem Sturz auf die ausgestreckte Hand, während sie bei jüngeren Patienten mit einer hoher Energieeinwirkung in Verbindung gebracht wird. [2, 3]

Seit Ende der 1990er Jahre hat die operative Versorgung der distalen Radiusfraktur unter Verwendung der winkelstabilen palmaren Osteosyntheseplatten zunehmend Anklang gefunden. [1] Durch die neue operative Technik und innovatives Osteosynthesematerial ging man dazu über, die Handgelenke nicht mehr langwierig ruhigzustellen. Folglich trat die frühfunktionelle Nachbehandlung hier deutlich in den Vordergrund, mit dem Ziel, die sich verschlechternde Beweglichkeit der Handgelenke nach langwieriger Ruhigstellung zu umgehen und eine schnellere Rekonvaleszenz zu erlangen.

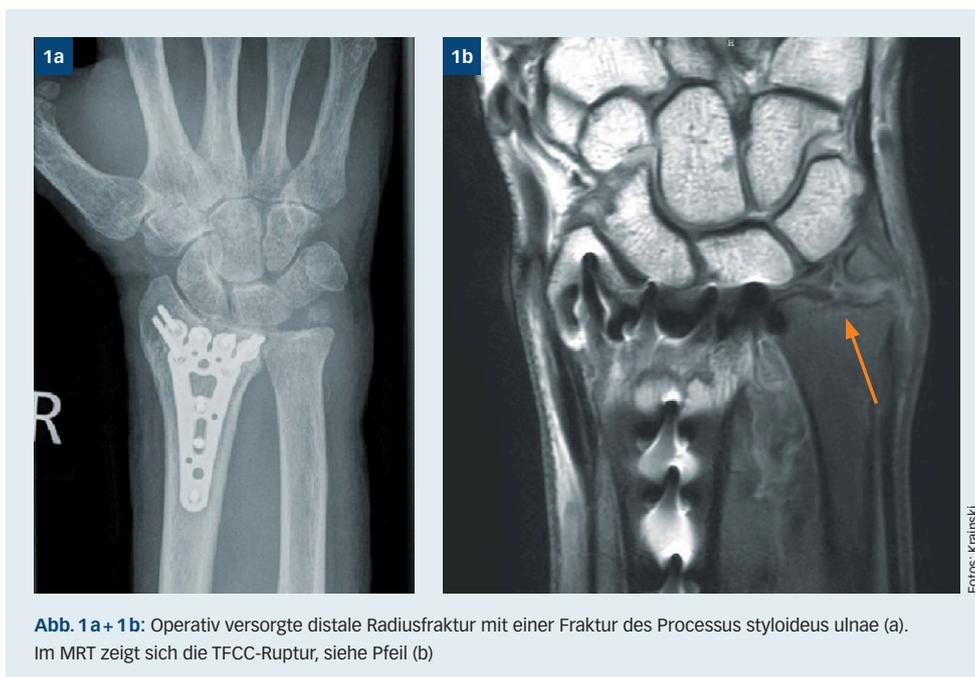
Verbleibende chronische Schmerzen im Handgelenk

Trotz der guten postoperativen Ergebnisse der Radiusfrakturen verbleibt ein Kollektiv der versorgten Patienten mit anhaltenden ulnokarpalen Beschwerden. So sind neben den Frakturen auch begleitende Läsionen des Kapselbandapparates bei einer Prävalenz von 69 Prozent für die chronischen Handgelenksschmerzen bei Instabilitäten am distalen Radioulnargelenk als auch am skapholunären Band (SL-Band) verantwortlich. Läsionen des triangulären fibrokartilaginären Komplexes (TFCC) sind als Begleitverletzung bei einer distalen Radiusfraktur mit oder ohne Avulsion des Processus styloideus ulnaris für die Mehrzahl der Instabilitäten des distalen Radioulnargelenks (DRUG) verantwortlich (siehe Abb. 1). [4] Es konnte gezeigt werden, dass TFCC-Verletzungen ein wichtiger Kofaktor sind und das Ergebnis von distalen Radiusfrakturen in ihrem funktionellen Outcome beeinflussen. [5] Diese Verletzungen führen zur Einschränkung der Rotationsbewegungen des Handgelenkes bei Belastung.

Stellenwert der verringerten Beweglichkeit aus Patientensicht

Untersuchungen zeigten, dass aus Patientensicht eine verringerte Beweglichkeit des Handgelenkes in der Extension und Flexion nach stattgehabten distalen Radiusfrakturen als eine nicht so starke Einschränkung im Alltag wahrgenommen wurden. Anders ist dies jedoch bei den Rotationsbewegungen: Die verringerte und schmerzhafteste Beweglichkeit der Supination und Pronation geht mit einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität einher.

In Folge der steigenden Inzidenz der Radiusfrakturen – gekoppelt mit der zunehmend vermehrten osteosyntheti-



Fotos: Krainski

schon Versorgung mit frühfunktioneller Beübung – zeigt sich aus handchirurgischer Sicht eine deutliche Zunahme der therapiebedürftigen Diskusrefixationen (siehe Abb. 2). [6]

Die Technik der operativen Versorgung hat sich in den letzten Jahren weiterentwickelt und legt den Fokus der Implantatauswahl und des operativen Zuganges zunehmend auf die individuelle Frakturmorphologie. [7] Diese bezieht sich immer mehr auf die frakturierten knöchernen Fragmente, sowohl streck- als auch beugeseitig, am Radius.

Neben der gelenkbildenden Funktion haben diese auch wichtige ligamentäre Insertionen, die für die Funktion und Stabilität des Handgelenkes von enormer Bedeutung sind. Dies unterstreicht nochmals die Problematik der ligamentären Begleitverletzungen. [8] Die ulnaren ligamentären Läsionen, die im Rahmen der distalen Radiusfraktur entstehen, werden häufig in der frühfunktionellen Nachbehandlung nicht berücksichtigt. Diese führen bei nicht ausgeheilten Läsionen des TFCC zu langwierigen und anhaltenden Beschwerden. [9]

Prolongierte Ruhigstellung des Handgelenkes

Die Empfehlung der längeren Ruhigstellung trotz operativer Versorgung wirft die Frage auf, ob es hierdurch zu einer stärkeren Bewegungseinschränkung sowie Kraftverlust im Langzeitverlauf kommt. Diese zu erwartenden Risiken konnten aufgrund einer prolongierten Ruhigstellung des Handgelenkes für vier bis sechs Wochen nach einer operativ versorgten Radiusfraktur gegenüber einer frühfunktionellen Beübung widerlegt werden.

Watson et al. zeigten, dass in Bezug auf Funktion, Bewegungsausmaß und Schmerzen bei operierten Patienten Immobilisierungszeiten von einer und drei Wochen im Vergleich zu denen von sechs Wochen bessere kurzfristige Ergebnisse erzielten. Diese Unterschiede waren aber drei und sechs Monate nach der Operation nicht mehr erkennbar, sodass die Ruhigstellung keinen signifikanten Einfluss auf die Langzeitfunktion, den Bewegungsumfang oder die Schmerzen im Zusammenhang mit kürzeren Immobilisierungszeiten hatte. [10]

Bei der Extension/Flexion bzw. Ulnar-/Radialduktion benötigen wir im täglichen Ablauf weniger als 50 Prozent der Beweglichkeit. Trotz der Einschränkung ist hier durchaus ein vollständiger Einsatz der Handgelenke im Alltag möglich. Dies ist unter anderem aus den Langzeitergebnissen der mediokarpalen Handgelenksversteifung bekannt. Es ist belegt, dass die Einschränkung der Supination und Pronation auf-

Dr. Jakob Krainski

Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Handchirurg

Handchirurgisches Zentrum
Peiner Straße 2, 30519 Hannover
Tel.: 0511 98599810
Fax: 0511 98599819
dr.krainski@handchirurgie-peinerstr.de
www.handchirurgie-peinerstr.de



Foto: Krainski

grund der Bewegungs- und Belastungslimitation mit einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität einhergeht. Auch wenn es zu einer optimalen Versorgung der distalen Radiusfraktur gekommen ist, so sind die begleitenden TFCC-Verletzungen ein negativer Kofaktor, welches das Ergebnis des funktionellen Outcomes zum Negativen beeinflusst. [5]

Unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung ist von einer Zunahme der distalen Radiusfrakturen um 38 Prozent bis zum Jahr 2050 auszugehen. [11] Neben unserer alternden Gesellschaft ist ein weiterer Grund die ansteigende körperliche Aktivität im Alter für die steigende Inzidenz zu nennen. So verwundert es nicht, dass die Verletzung neben einem großen klinischen Interesse auch einen bedeutenden sozioökonomischen Aspekt hat. [12]

Weniger Langzeitbeschwerden und Sekundäreingriffe

Folglich wird aus handchirurgischer Sicht die Frühmobilisation bei distalen Radiusfrakturen, besonders mit intraartikulärem Anteil sowie Frakturen des Processus styloideus ulnae (PSU), äußerst kritisch angesehen und sollte nach Möglichkeit vermieden werden. Eine Ruhigstellung nach operativer osteosynthetischer Versorgung sollte für mindestens vier Wochen als essenziell anzusehen sein, weil sie das Ausheilen der ulnaren ligamentären Begleitverletzung begünstigt und das Risiko für Langzeitbeschwerden sowie Sekundäreingriffe verringert. ◀

Literatur

Zu den Literaturverweisen gelangen Sie online über den Kurzlink tinyurl.com/37mvu9es bzw. indem Sie den nebenstehenden QR-Code scannen.

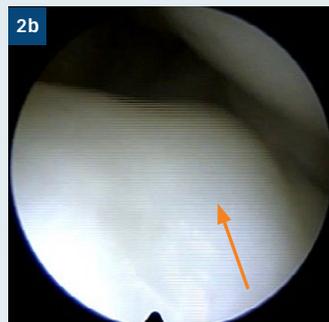


Abb. 2 a–2 c: Arthroskopische Ansicht des TFCC (a). Positives ‚Ghost Sign‘ als Zeichen einer Ruptur der tiefen Bandanteile des TFCC (Pfeil) und ulnokarpale Instabilität (b). Refixation durch transossäre Nähte des TFCC (c)

Fotos: Krainski



NARKA 2022

Foto: iStockphoto.com/Lengler79

Hervorragende Datenbasis und Bestnoten für die postoperative Schmerztherapie

In den ambulanten OP-Einrichtungen in Deutschland schlummern riesige Datenschätze von hohem Wert für die Versorgungsforschung. Bislang wurden sie nicht genutzt, um die Qualität des Ambulanten Operierens zu dokumentieren. Mit einer ersten Evaluation von Daten aus dem AQS1-Register ändert sich das nun.

Von Antje Thiel

Es ist gerade einmal ein Jahr her, dass Prof. Winfried Meißner, Leiter der Sektion Schmerztherapie am Universitätsklinikum Jena, beim NARKA 2021 über eine neue Qualitätsmanagement-Richtlinie berichtet hatte, nach der Einrichtungen zu Akutschmerzmanagementkonzepten verpflichtet sind. Der ambulante Bereich sei in Bezug auf Schmerzdaten „eine Blackbox“, hatte er dort gesagt (siehe CMBD 4.2021). Mittlerweile hat sein Team die AQS1-Registerdaten von BAO-Mitgliedern in Bezug auf schmerzrelevante Outcomes nach ambulanten Operationen ausgewertet. Beim diesjährigen NARKA präsentierte Prof. Meißner die vorläufigen Ergebnisse seiner Evaluation.

Der Schmerztherapeut begann seine Ausführungen mit einem kurzen Exkurs in die Vergangenheit. Vor 20 Jahren haben er und sein Team in Jena ein Projekt aus der Taufe gehoben, bei dem Patienten postoperativ Fragen zu ihrer Einschätzung des Operationsergebnisses gestellt werden (Patient Reported Outcomes, PRO): „In kurzer Zeit hatten wir über 100 Kliniken gefunden, die teilnehmen wollten. Zwischenzeitlich waren es einmal 200 Kliniken, aktuell nehmen 150 Krankenhäuser teil.“ Prof. Meißner nutzte die Daten für wissenschaftliche Analysen. „Doch als ich das mal bei einem Kongress zum Ambulanten Operieren vorgestellt habe, wurde mir gesagt, dass man das im ambulanten Bereich mit AQS1 schon lange macht.“ Dies war der Startschuss für ein gemeinsames Projekt, um die mittels AQS1-Patientenfragebögen ermittelte Ergebnisqualität wissenschaftlich zu evaluieren.

„Wir waren erst einmal überrascht über die gute Datenqualität, das ist nicht immer so“, berichtete Prof. Meißner. Grundsätzlich sei es möglich, viele verschiedene Aspekte zu untersuchen, doch zunächst habe man sich bei der Analyse auf Schmerz Aspekte konzentriert. Primärer Endpunkt und damit Haupt-Outcome war die relative Häufigkeit von Beschwerden durch Wundschmerzen bis zum dritten Tag nach der Operation. Einbezogen wurden dabei mindestens moderate Schmerzen mit einem Wert von 4/10 auf der numerischen Rating-Skala (NRS).

„Fantastische Zahl für ein klinisches Register“

Als erstes erfolgte eine rein deskriptive Aufarbeitung, bei der die häufigsten Eingriffe in Bezug auf postoperative Wundschmerzen miteinander verglichen wurden. In den folgenden assoziativen Analysen (gemischten Regressionsmodellen) untersuchten die Forschenden, welche Prädiktoren mit mindestens moderaten Beschwerden und weiteren PRO-Parametern einhergehen. „Das war wirklich eine rein assoziative Analyse, man kann daraus noch keine Kausalitäten ableiten“, betonte Prof. Meißner.

Die Stichprobe bestand zunächst aus fast 800.000 Datensätzen, „das ist für ein klinisches Register eine fantastische Zahl“. Hieraus ausgeschlossen wurden u. a. Datensätze, in denen lediglich nicht-operative Maßnahmen dokumentiert wurden oder Patientinnen und Patienten, bei denen multiple Eingriffe vorgenommen wurden. Man beschränkte sich außerdem auf OPS-Codes, die seit OPS-301 keinen wesentlichen

Änderungen unterlegen hatten und die mit einer absoluten Häufigkeit von $n \geq 1.000$ kodiert worden waren. Letztendlich arbeitete das Team mit einer Stichprobe von rund 200.000 Patientinnen und Patienten.

In 90% der analysierten Fälle war die Durchführung der Anästhesie in anästhesiologischer, in 10% der Fälle in chirurgischer Hand. Rund 80% der Patientinnen und Patienten erhielten eine Vollnarkose (7,5% Intubationsnarkose, 5% Maskennarkose, 67% Larynxmaske), 20% eine Form der Lokal- oder Regionalanästhesie.

Schmerz-Spitzenreiter ist die Hämorrhoidektomie

Über Wundschmerzen (≥ 4 auf der NRS) bis zum dritten Tag nach der Operation berichteten 22,7% der Befragten, 13,2% hatten auch nach dem dritten postoperativen Tag noch entsprechende Wundschmerzen. Am häufigsten ($>50\%$ der Fälle) war die Hämorrhoidektomie nach Milligan-Morgan mit Wundschmerzen (NRS ≥ 4) assoziiert. Auch Kapselplastiken an Schulter und Knie ($>40\%$ der Fälle) und Herniotomien ($>35\%$ der Fälle) gehen sehr häufig mit postoperativen Wundschmerzen einher. Am wenigsten postoperative Wundschmerzen wurden nach radikalen und ausgedehnten Exzisionen an Haut und Unterhaut dokumentiert ($<20\%$), ähnlich niedrig war das Level postoperativer Wundschmerzen nach Varizenoperationen.

„Insgesamt scheint es bei der Schmerztherapie im ambulanten Bereich sehr gut zu laufen“, lobte Prof. Meißner. Die vorliegende Datenbasis biete zudem eine hervorragende Grundlage, gezielt auf einzelne Problemfelder zu schauen. „Man kann also schauen, wer diese Eingriffe operiert und welche Einrichtung dabei die besten Ergebnisse erzielt, um dann im Sinne eines positiven Benchmarkings von den Besten zu lernen.“

Die geringen Schmerzraten spiegeln sich auch in der Gesamtbewertung der Eingriffe durch die Patientinnen und Patienten wider. So gaben insgesamt 97% von ihnen die Schulnote gut oder sehr gut für das Gesamtergebnis. „Das ist ein hervorragendes Ergebnis“, erklärte der Schmerztherapeut, verwies allerdings auf einen typischen Bias, wonach Patientinnen und Patienten sich grundsätzlich vor allem im positiven Bereich der Notenskala äußern: „Deshalb ist die Note ‚gut‘ nicht so gut wie es auf den ersten Blick aussieht.“ Er regte an, die Skala der möglichen Zufriedenheitswerte bei den AQS1-Fragebögen weiter zu spreizen auf beispielsweise 1-11, um diesen Bias abzumildern. „Wir haben auch noch weitere Vorschläge, wie man AQS1 modifizieren könnte, um noch mehr aus den Daten herauszuholen.“

Prädiktive Faktoren für postoperative Schmerzen

Die erste Analyse bietet zudem Einblick in typische Faktoren, die statistisch häufiger zu mehr Schmerzen führen: Diese sind zum einen weibliches Geschlecht und Lebensalter, aber auch das Auftreten von Wundschmerz bereits im Aufwachraum oder eine postoperative Ent-

zündung der Wunde. So geben die wenigen Patientinnen und Patienten, bei denen es zu einer Wundinfektion kommt, doppelt so starke Schmerzen an wie andere. „Das ist der größte Prädiktor für postoperative Schmerzen. Auch starke Schmerzen im Aufwachraum sind quasi eine Garantie für postoperative stärkere Schmerzen. Das kennen wir auch aus dem stationären Bereich“, erklärte Prof. Meißner. Stärkere Schmerzen wiederum führten zu längerer Arbeitsunfähigkeit und auch zu einer schlechteren Gesamtbewertung des Eingriffs sowie der Qualität der Betreuung.

„Die Auswertung ist insgesamt sehr vielversprechend“, resümierte Prof. Meißner. Die Schmerztherapie beim Ambulanten Operieren schein allgemein sehr gut zu sein, doch es gebe große Unterschiede zwischen den verschiedenen Eingriffen. Manche der prädiktiven Faktoren für mehr postoperative Schmerzen könne man nicht beeinflussen, andere hingegen schon. Der Schmerzspezialist empfahl daher, sich diesen Patientengruppen verstärkt zu widmen und mit ihnen spezielle Konzepte für die Schmerztherapie zu besprechen.

Intraoperative Wundrandinfiltration senkt Schmerzrate

In der anschließenden Diskussion des Vortrags betonte BAO-Präsident Dr. Christian Deindl: „Das ist eine versorgungswissenschaftliche Arbeit mit Daten, die man sonst aus keiner Studie kennt. Sie zeigt, dass wir durchaus auf universitärem Niveau arbeiten.“ Er appellierte daher an seine Kolleginnen und Kollegen, die AQS1-Patientenfragebögen zu nutzen: „Es gibt sie nun schon länger als 30 Jahre – das ist übrigens länger, als es das Aktionsbündnis Patientensicherheit gibt!“

Aus dem Plenum kam außerdem der Hinweis, dass sich mit einem einfachen Mittel wie der intraoperativen Wundrandinfiltration die Rate postoperativer Schmerzen deutlich verringern lasse. Prof. Meißner bestätigte diesen Eindruck: „Es gibt in der Literatur keine Operation, bei der dies nicht zu einer Verringerung der Schmerzrate führt.“ Um ein so simples wie wirksames Instrument auch wirklich konsequent einzusetzen, helfe es, die entsprechenden Prozesse zu überarbeiten: „Früher musste der Chirurg bei uns aktiv nach der Spritze zur Wundrandinfiltration fragen, jetzt wird sie ihm automatisch angereicht – und er müsste aktiv ablehnen, wenn er darauf verzichten will“, berichtete Prof. Meißner. In seiner Klinik sei die Akzeptanz für die Maßnahme auf diese Weise deutlich gestiegen.

Damit sich die intraoperative Wundrandinfiltration auch im ambulanten Bereich durchsetzt, müssen natürlich auch die Kostenträger mitspielen. So berichtete ein NARKA-Teilnehmer über einen Regress aufgrund der Zusatzkosten für das Lokalanästhetikum, weil es den Prüfungsgremien nicht als wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig (WANZ) im Sinne des SGB V galt. „Dabei verursacht die Maßnahme nur geringe Mehrkosten, hat aber einen enormen Nutzen. Mittlerweile wird sie zum Glück vergütet“, erklärte der Chirurg. ◀



Prof. Winfried Meißner,
Leiter der Schmerztherapie am
Universitätsklinikum Jena

Foto: BAO

JORDANIEN: Die Physiotherapeutin Rula Marahfeh trainiert mit Ahmed Darwesch. Er wurde im Jemen bei einer Explosion verletzt.
© Peter Bräunig



SPENDEN SIE ZUVERSICHT IN BANGEN MOMENTEN

Mit Ihrer Spende rettet **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Leben:
Mit **50 Euro** ermöglichen Sie z. B. das sterile Material,
um die Wunden von 15 Patient*innen zu versorgen.

Private Spender*innen ermöglichen unsere unabhängige Hilfe – jede Spende macht uns stark!



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

www.aerzte-ohne-grenzen.de/spenden



MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.

Träger des Friedensnobelpreises