

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



Proktologie

Diagnostik und Therapie von Analfissuren und Schmerzen in der Analregion

Bundeskongress Chirurgie

Podiumsdiskussion: Was braucht es,
um gute chirurgische Versorgung
aufrechtzuerhalten?

Bundeskongress Chirurgie

Ökologische Nachhaltigkeit im OP:
Ambulantisierung verbessert auch
die Klimabilanz!

Anästhesie

Perioperativer Einsatz der Larynxmaske
bei Adipositas: Generelle Ablehnung
nicht gerechtfertigt

**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 31.

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

Wie gelingt der Widerstand gegen das zentralistische System Lauterbach? 12

Leitartikel BAO

Einseitige Verlagerung des politischen Kipppunktes 14

Bundeskongress Chirurgie

Was braucht es, um gute chirurgische Versorgung aufrechtzuerhalten? 18

Bundeskongress Chirurgie

Nachholbedarf bei Arbeitsbedingungen und Führungsstil in der Chirurgie 22

SpäFä-Fachärztetag

Echtes Interesse oder bloße Lippenbekenntnisse? 24

Regional

Ansprechpartner

Kontakt zu den Geschäftsstellen und Regionalverbänden von BNC und BAO 26

Meldungen

Aktuelle Nachrichten aus den ANC, den LAO, KVen und Landesärztekammern 27

Service

Aktuelles zum Arztrecht

Revision nach Schönheitsoperation: Wer trägt die Kosten? 30

Aktuelles zum Arztrecht

Verbot der Investorenbeteiligung an MVZ: Ein Angriff auf das Grundgesetz? 32

Abrechnung

Auszüge aus dem neuen Kompendium „Der Kommentar zu EBM und GOÄ“, Teil 10 34

Praxisteam

Schutzkleidung im OP und in der Aufbereitung von Medizinprodukten 36

Medizin

Künstliche Intelligenz

Chat GPT: Mehr als die Hälfte entdecken Fehler in den Antworten des Bots 42

Bundeskongress Chirurgie

Ambulantisierung verbessert auch die Klimabilanz! 43

Proktologie

Aktuelle Therapie der Analfissur: Leitlinien geben strukturierte Empfehlungen 46

Proktologie

Beckenboden und Schmerz: ein Krankheitsbild myofaszialen Ursprungs 49

Anästhesie

Perioperativer Einsatz der Larynxmaske bei Adipositas 52

Verschiedenes

Editorial

Den CO₂-Fußabdruck des Gesundheitswesens verkleinern 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 38

Termine

Kongresse, Seminare und Workshops für die fachärztliche Weiterbildung 40

Titelbild: iStockphoto.com/sebastian-julian; Titelbildrecherche: Schelli

SC 5010 SEK Mobiler OP Stuhl

für

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



Kniehalter, elektrisch



Armtisch



Schulterzugang



Schockposition



AKRUS GmbH & Co KG

Otto-Hahn-Str. 3 | 25337 Elmshorn

Phone: +49 4121 79 19 30

Fax +49 4121 79 19 39

info@akrus.de | www.akrus.de

Editorial

Den CO₂-Fußabdruck des Gesundheitswesens verkleinern

Liebe Leserinnen und liebe Leser,

wenn Sie dieses Heft Ende April aus Ihren Briefkästen fischen, sind es nur noch wenige Tage bis zum diesjährigen ‚Erdüberlastungstag‘ (Earth Overshoot Day) am 4. Mai 2023. Dem Tag also, an dem in Deutschland rechnerisch alle natürlichen Ressourcen aufgebraucht sind, die im Laufe eines Jahres von der Erde regeneriert werden. Für den Rest des Jahres leben wir hierzulande quasi auf Pump, was unsere Ökobilanz angeht.

An diesem Überkonsum natürlicher Ressourcen hat auch das Gesundheitswesen einen erschreckend großen Anteil. Lange nahm man die Müllberge in Krankenhäusern und ambulanten Behandlungseinrichtungen eher achselzuckend zur Kenntnis. Doch mittlerweile hat ein Umdenken eingesetzt: Immer mehr medizinische Fachgesellschaften gründen Arbeitskreise, um die ökologischen Folgen der Arbeit ihrer jeweiligen Fachrichtung zu analysieren und Maßnahmen zur Verringerung ihres CO₂-Ausstoßes einzuleiten.

In der Chirurgie und verwandten operativen Fächern geht es dabei um mehr als den Plastikmüll, der durch die Verwendung von Einweg-Instrumenten oder OP-Abdeckungen anfällt. Dies konnte man in einer erfreulich gut besuchten Sitzung mit dem Titel ‚Fridays for (Hernia) Future‘ im Rahmen des traditionellen Herniensymposiums beim Bundeskongress Chirurgie lernen (siehe Seite 39ff.). Bereits die Indikationsstellung zur Operation hat Einfluss auf das Klima, und auch die Wahl der jeweiligen OP-Methode vergrößert oder verkleinert den ökologischen Fußabdruck. Auch die lebhafteste Diskussion im Anschluss auf die Vorträge zeigte, dass sich Chirurginnen und Chirurgen ihrer Verantwortung auch für die Gesundheit unseres Planeten bewusst sind. Gut so!



Foto: Thiel

Antje Thiel

Redaktionsleitung

antje.thiel@vmk-online.de

Impressum: Chirurgen Magazin + BAO Depesche

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

Herausgeber und verantwortlich für den Inhalt:

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

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

Redaktionskollegium und wissenschaftlicher Beirat:

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

Verlag, Anzeigen und Vertrieb:

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

Redaktionsleitung:

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

Anzeigenleitung:

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

Grafik und Layout:

Stefan Behrendt
bbpm Mediendesign
In den Wetteren 2A
21423 Winsen (Luhe)
stefan.behrendt@bbpm.de

Druck:

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

Haftung:

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

Urheberrechte:

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

Manuskripte:

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

Verbreitete Auflage:

Die Zeitschrift Chirurgen Magazin + BAO Depesche wird in einer Auflage von 7.200 Exemplaren (2.2023) gedruckt und hat eine verbreitete Auflage von 7.140 (Druck) und 4.500 (ePaper) Exemplaren (2.2023). Entsprechende Nachweise sind bei der Redaktion erhältlich.

Erscheinungsweise: vier Ausgaben pro Jahr

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

Gesundheitsminister in Niedersachsen

Der niedergelassene Chirurg Dr. Andreas Philippi stellt sich neuen Aufgaben

Der Wechsel von Boris Pistorius ins Bundesverteidigungsministerium hat in seinem Bundesland Niedersachsen die Neubesetzung von zwei Landesministerien erforderlich gemacht. Daniela Behrens übernahm von Pistorius das Amt der Innenministerin, auf ihren Posten folgte am 25. Januar 2023 Dr. Andreas Philippi als neuer niedersächsischer Sozialminister. Der seit 2009 am Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) Herzberg niedergelassene Chirurg war erst bei der Bundestagswahl 2021 für die Sozialdemokraten als Direktkandidat aus seinem Wahlkreis Göttingen in den Deutschen Bundestag eingezogen. Zuvor hatte er seit 2006 verschiedene politische Ämter auf kommunaler und Kreisebene inne.

Als Bundestagsabgeordneter und Chirurg mit eigenen praktischen Erfahrungen in der Niederlassung und beim Ambulanten Operieren war er rasch ein gefragter Referent und geschätzter Gesprächspartner bei entsprechenden Kongressen und Veranstaltungen wie dem NARKA (siehe CMBD 4.2022) oder dem Forum Ambulantes Operieren (siehe CMBD 1.2023). Als Gastautor in unserer Zeitschrift erläuterte er seine pragmatische und lösungsorientierte Haltung zur Einführung einer sektorengleichen Vergütung (siehe CMBD 4.2022).

Der neue Sozialminister ist nicht nur für die Gesundheitsversorgung in Niedersachsen, sondern auch für die Ressorts Arbeit und Gleichstellung verantwortlich. Für Vertragsärztinnen und -ärzte ist es ein Gewinn,



Foto: Nds. Sozialministerium

mit dem Chirurgen und Notfallmediziner einen kompetenten und aufgeschlossenen Ansprechpartner an der Spitze des Sozialministeriums zu wissen, der auch aus eigenem Erleben mit ihren Sorgen und Nöten vertraut ist. Dr. Philippi will sich unter anderem für die Einrichtung Regionaler Gesundheitszentren (RGZ) einsetzen. Anlässlich der Umwandlung des Marienhospitals Ankum-Bersenbrück zum ersten niedersächsischen RGZ, welches seit dem 3. April 2023 ambulante und stationäre Leistungen unter einem Dach anbietet, bezeichnete der Gesundheitsminister RGZ als einen wichtigen „Schritt hin zu einer neuen sektorenübergreifenden Versorgungsstruktur“.

Ambulantisierung

Ocunet: Augenheilkunde als Vorbild für intersektorale Vollversorgung

Die Ambulantisierung gilt als eine besonders zukunftsweisende Versorgungslösung und ist in der Augenheilkunde bis dato am stärksten fortgeschritten, wie der OcuNet-Verbund im März 2023 mitteilte. So würden von den jährlich rund 900.000 Kataraktoperationen in Deutschland mehr als 90% ambulant durchgeführt und verursachten lediglich rund 40% der Kosten, die bei stationärer Erbringung anfallen würden. Dies erspare der GKV pro Jahr Mehrkosten von über 500 Millionen Euro.

Ambulantisierung setze allerdings eine auskömmliche Finanzierung voraus. Der Effekt einer unzureichenden Bezahlung sei eine geringe Ambulantisierung. Dies lasse sich quer durch alle anderen Fächer an dem geringen ambulanten Anteil der meisten Operationen und Prozeduren ablesen. Der OcuNet-Verbund kritisierte gleichzeitig die fortgesetzte Diskreditierung der Ambulantisierung in der Augenheilkunde, die als Ergebnis eines Wettbewerbs zwischen Krankenhäusern und vertragsärztlichen Einrichtungen vielmehr als Vorbild für andere Fachrichtungen fungieren sollte.

Kontakt und weitere Informationen: www.ocunet.de

Belegarzteswesen

Lauterbach: „Ergänzendes Versorgungssystem von hoher Qualität“

Für den Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser e.V. (BdB) kommen positive Signale aus Berlin: Bei einem Treffen mit Prof. Karl Lauterbach am 3. April 2023 im Bundesgesundheitsministerium sprach sich der Minister für den Erhalt des Belegarzteswesens aus, das als „ergänzendes Versorgungssystem von hoher Qualität“ auch in der anstehenden Krankenhausreform gefördert werden solle. Für den Verband seien hierbei der Erhalt der Freiberuflichkeit, eine angemessene Vergütung und die Angleichung zwischen stationärer und ambulanter Qualitätssicherung wesentlich. Hierzu gehöre auch die Berücksichtigung der Option, Vertragsärzte grundsätzlich je nach Qualifizierung in Level-I- bis Level-III-Krankenhäusern für eine Tätigkeit zuzulassen. Diese habe der Minister explizit zugesagt, betonte der BdB.

Eine Absage erteilte Lauterbach hingegen einer parallelen Versorgungssachse in Form von Praxiskliniken neben bestehenden Krankenhäusern sowie einer Reduktion des Abschlags für Honorarbelegärzte nach § 18 des Krankenhausentgeltgesetzes.

Kontakt und weitere Informationen: <https://bundesverband-belegaeerzte.de>

Notfallversorgung

Fachgesellschaften und -verbände kritisieren Reformvorschläge der Regierung

Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), der Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA), die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und der Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC) sehen die Qualität und Sicherstellung der Versorgung in Gefahr, wenn im Zuge der Reform der Notfallversorgung ein eigenständiger Facharzt für Notfallmedizin eingeführt werden soll. Ähnlich beurteilt auch der BNC die jüngst vorgelegten Empfehlungen der Regierungskommission.

Ein solcher eigenständiger Facharzt für Notfallmedizin ist aus Sicht der Fachgesellschaften und Verbände nicht geeignet, um die gewünschte Qualität der Patientenversorgung sicherzustellen. „Ein eigenständiger Facharzt für Notfallmedizin kann die notwendige fachliche Tiefe, wie sie in den Fächern Anästhesiologie, Chirurgie, Innere Medizin, Neurologie etc. vermittelt wird, nicht erreichen und würde in jedem Teilbereich nur



Foto: Pixabay

einen kleinen fachlichen Ausschnitt abdecken“, warnten DGAI, BDA, BDC und DGCH. Die Fachgesellschaften und Verbände sprachen sich daher für eine notfallmedizinische Zusatzqualifikation aus, welche die Weiterbildung zum Facharzt ergänzt, aber nicht ersetzt. Dieser Forderung schließt sich auch der BNC an.

Anders beurteilt der BNC hingegen die Forderung nach Aufbau und Organisation flächen-deckender integrierter Leitstellen sowie integrierter Notfallzentren (INZ) in Krankenhäusern. Während DGAI, BDA, DGCH und BDC dieses von der Regierungskommission vorgestellte Konzept unterstützen, kann der BNC INZ an Krankenhäusern nicht viel abgewinnen: „Wir sind gegen die Einführung von INZ“, erklärte der stellvertretende BNC-Vorsitzende Dr. Frank Sinning.

Kurzlink zum Reformkonzept der Regierungskommission: tinyurl.com/y2fz3vyr

Anästhesie

Weniger Durst und PONV durch kürzere präoperative Flüssigkeitskarenz

Die aktuellen Leitlinien empfehlen für Erwachsene vor geplanten Operationen eine mindestens sechsstündige Karenz fester Nahrungsmittel, ab zwei Stunden vor Anästhesieeinleitung sollen sie auch nicht mehr trinken. Doch mittlerweile mehren sich die Stimmen, die vor Dehydratation, hämodynamischer Instabilität während des Eingriffs und sogar postoperativem Delir infolge einer längeren Flüssigkeitskarenz warnen.

Eine Studie aus den Niederlanden liefert nun neue Argumente, die strengen Empfehlungen zu liberalisieren. Sie schildert die Erfahrungen mit neuen präoperativen Nüchternheitsregeln, die zwischen 2016 und 2021 schrittweise am Universitätsklinikum Utrecht eingeführt wurden. Chirurgische Patientinnen und Patienten, die sich einer elektiven Operation unter Anästhesie unterziehen mussten, konnten optional bis zum Eintreffen im OP-Saal kleinere Mengen klarer Flüssigkeiten trinken. Die Rate an Aspirationen und Reurgitationen stieg zwar gegenüber der Kontrollgruppe leicht an. Doch die Patientinnen und Patienten berichteten über signifikant weniger präoperatives Durstgefühl und postoperative Übelkeit und Erbrechen, sie benötigten auch seltener Antimimetika. Das Autorenteam ist daher überzeugt, dass ein liberales Nüchternheitsregime das Wohlbefinden von Patientinnen und Patienten steigert und dass elektive Eingriffe nicht wegen versehentlicher Flüssigkeitsaufnahme kurz vor der OP verschoben werden müssen.

Quelle: Marsman M. et al. JAMA Surg 2023, doi: 10.1001/jamasurg.2022.5867

HNO-Chirurgie

Zahl der ambulanten Operationen an Kindern seit Jahren rückläufig



Foto: AOK-MedienService

Die Zahl der ambulanten HNO-Kinderoperationen ist seit Jahren rückläufig. Darauf hat der Deutsche Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. hingewiesen. Er beruft sich auf Daten verschiedener KVen, wonach zwischen 2019 und 2022 die Leistungsmenge zum Teil um bis zu 75% gesunken ist. „Die Ursache liegt in der chronischen Unterfinanzierung des ambulanten Operierens“, mahnte Verbandspräsident Priv.-Doz. Dr. Jan Löhler. Die Folge zeige sich in den bundesweit monatelangen Wartezeiten auf einen OP-Termin. „Wenn Politik und Krankenkassen sich weiterhin weigern, den Protest der HNO-Ärzte als Hilferuf anzuerkennen und eine gemeinsame Lösung zu finden, wird es bald kaum noch ambulante HNO-Kinderoperationen geben.“

Kontakt und weitere Informationen: www.hno-aerzte.de

Brandbrief des BVMed

„Drohende Engpässe in der Wundversorgung“

Der Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) mahnt in einem Schreiben an Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach „dringenden gesetzlichen Handlungsbedarf bei der Wundversorgung im GKV-System“ an. Beim Nutznachweis für „sonstige Produkte zur Wundbehandlung“ müssten kurzfristig im Versorgungsgesetz I eine Fristverlängerung sowie konkrete Vorgaben an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu den Verfahrens- und Evidenzforderungen getroffen werden. So sollen negative Folgen für Menschen mit chronischen Wunden nach dem aktuellen Stichtag 2. Dezember 2023 verhindert werden.

Betroffen von der neuen Regelung sind Produkte wie etwa silber- oder PHMB-haltige Wundauflagen, die bislang erstattungsfähig waren. Nach Einschätzung des BVMed sind rund 400 Produkte betroffen, für die ein Bewertungsverfahren zur Aufnahme in die Anlage V der geänderten Arzneimittel-Richtlinie erforderlich wird. Handelt es sich um Produkte, die von der Gesetzgeber nicht, könnten anerkannte, bewährte und in Studien erprobte Wundauflagen ab dem 2. Dezember 2023 nicht mehr für die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden zur Verfügung stehen. Der Wegfall entsprechender antimikrobieller Wundversorgungsprodukte könne dazu führen, dass vermehrt orale Antibiotika eingesetzt werden und die entsprechenden Resistenzen deutlich steigen. Ohne

den zukünftigen Einsatz der etablierten Wundauflagen mit antimikrobieller Wirkung wird nach Einschätzung des BVMed auch die Anzahl stationärer Aufenthalte steigen und zu einer zusätzlichen Belastung der Pflegeberufe führen.

Der BVMed fordert daher konkrete und adäquate Vorgaben an den G-BA hinsichtlich der Verfahrens- und Evidenzanforderungen, um die großen Unsicherheiten in Bezug auf die Erstattungsfähigkeit vieler Produkte zu klären. Er möchte außerdem, dass die Übergangsfrist und Stichtagsregelung für Bestandsprodukte verlängert wird, bis ein verlässliches, praxistaugliches System etabliert wurde. Ferner fordert der Verband die politische Umsetzung im Versorgungsgesetz I, um Maßnahmen kurzfristig und rasch einbringen zu können. „Es kann nicht sein, dass selbst hochwertige, randomisierte und kontrollierte Studien nicht als ausreichend angesehen werden, weil eine darin gezeigte statistisch signifikante Verbesserung der Wundflächenreduktion nicht als patient:innenrelevant angesehen wird. Dies widerspricht der etablierten medizinisch-wissenschaftlichen Praxis in der Wundversorgung“, mahnte BVMed-Geschäftsführer Dr. Marc-Pierre Möll.

Kurzlink zum Brandbrief:
tinyurl.com/4n5wxa8n

Hybrid-DRG

KBV kritisiert Blockadehaltung von DKG und GKV

Nach dem Scheitern der Verhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur speziellen sektorengleichen Vergütung von Operationen Ende März 2023 kann das Bundesgesundheitsministerium (BMG) nun eine Rechtsverordnung erlassen.

„Damit wurde erneut eine Chance vertan, die Ambulantisierung stationärer Leistungen, die eigentlich ambulant vorgenommen werden können, voranzutreiben“, kritisierte KBV-Chef Dr. Andreas Gassen. DKG und GKV-Spitzenverband hätten kein ernsthaftes Interesse gezeigt, hier zügig voranzukommen. Zumindest der GKV-Spitzenverband

hätte bei den geplanten Anreizen für eine stärkere Ambulantisierung nicht einseitig die Interessen der Krankenhäuser im Blick haben dürfen, mahnte Dr. Gassen. Die unterschiedlichen Positionen der Vertragsparteien betrafen zum einen den Umfang und Zeitpunkt der Ambulantisierung. Der Vorschlag der KBV umfasste deutlich mehr Operationen aus verschiedenen Leistungsbereichen, die ab April mit den neuen Fallpauschalen hätten vergütet werden können. Kassen und DKG wollten dagegen nur mit einem sehr eng begrenzten Leistungsspektrum im Sinne eines Pilotversuchs starten.

Weitere Informationen: www.kbv.de/html/1150_63127.php

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 Mediziner:innen 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

OPERIO Fokussierter Laminar AIR FLOW

Erweiterung und Aufwertung des OP- Spektrums von OP-Räumen und Eingriffsräumen

Operio erzeugt die notwendigen hygienischen Voraussetzungen um Operationen und Eingriffe (z. Bsp. Handchirurgie, plastische Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Chirurgie, Neuromodulatoren usw.) auch in älteren OP-Sälen und Eingriffsräumen unter Reinraumbedingungen auszuführen.



Nutzung und Erweiterung von OP-Sälen und Eingriffsräumen



Sofort einsetzbar ohne Umbauarbeiten



Ideal bei niedrigen Decken oder älteren Objekten ohne RLT-Anlage



Operio ist günstig in der Anschaffung und Unterhaltung



1A-Bedingungen im OP-Feld und auf den Instrumenten



Möglichkeit von Frischluftversorgung und Erzeugung von Überdruck im OP/ Eingriffsraum in Kombination mit Operio Clinic gemäß DIN 1946 Teil 4 und ÖNORM H 6020



Bis zu 880 m³ gefilterte, keimfreie Luft pro Stunde in Kombination mit Operio Clinic



SCAN ME

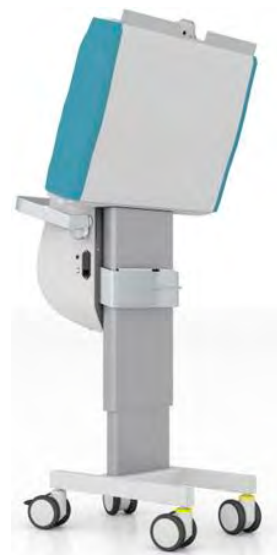
Interessiert an einer unverbindlichen Beratung?
QR-Code scannen und Kontaktdaten einsehen.
Tel. 0176 62 13 16 34



Normeditec - Heilbronn
Tel.: +49 (0) 7139/ 20 90 85 9
Fax: +49 (0) 7139/ 59 34 98 6
Email: info@normeditec.com
www.normeditec.com

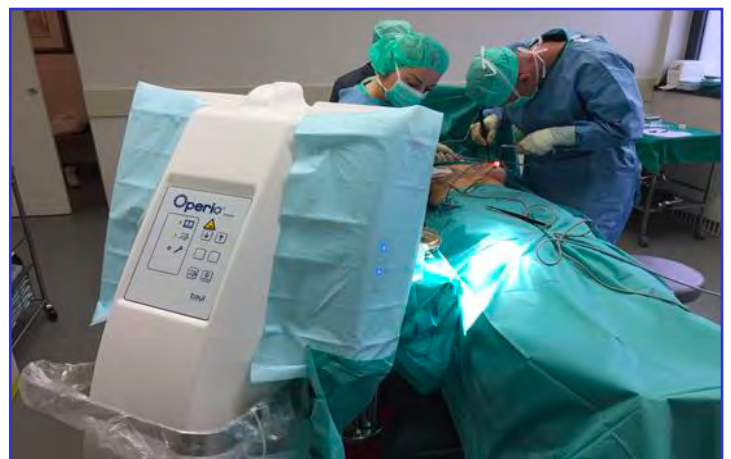
Normeditec

Erweiterung des OP-Spektrums



Durch die mobilen Operio Systeme können bestehende OP- und Eingriffsräume oder ältere und wenig benutzte Schockräume kostengünstig aufgerüstet werden. Kleinere Operationen können aus dem OP-Trakt ausgelagert werden. Dies schafft sehr schnell Zusatzkapazitäten für den OP-Raum und spart viel Geld da jede Minute im OP teuer ist. Die Geräte arbeiten mit hochreinigenden Hepa H14-Filter welche die Luft im OP-Gebiet und auf den Instrumenten praktisch vollständig (99,9%) von Bakterien und anderen Mikroorganismen (auch Coronavirus SARS-CoV-2) reinigt. Die Sterilität des OP-Feldes und der Instrumente wird durch die horizontale Strömung weder durch die OP-Leuchten noch das OP-Team eingeschränkt. **Im Bereich des OP-Feldes und Instrumente kann man so die Raumklasse 1 A erreichen (siehe Studien).**

Brustimplantate



Implantate, Platten, Schrauben usw. können mit Operio unter Reinraumbedingungen erfolgen. Die ultrareine Luft schützt den Bereich des OP-Feldes und der Instrumente sehr wirkungsvoll ohne Hindernisse. Bei traditionellen OP-Räumen wird das OP-Feld durch die OP-Leuchte und die Köpfe des medizinischen Personals stark abgeschirmt, so das kaum optimale, sterile Bedingungen im OP-Feld gegeben sind. Insbesondere bei Implantaten sind aseptische Bedingungen besonders wichtig.

Die Geräte verfügen über eine 2-stufige Filterung (F7 und H14 Hepa Filter). **Im Bereich der Instrumente und des OP-Feldes erzielt man RK 1a, d.h. es wird eine höhere Sicherheit als bei RK 1b erzielt.** (Daten in Infektiologische Bedeutung von Raumluftechnischen Anlagen (RLTA) in Operations- und Eingriffsräumen 2010 Kramer¹, R. Külpmann², F.Wille³, B. Christiansen⁴, M. Exner⁵, und Koll. Zentralbl Chir 2010; 135(1): 11-17.

Plastische Chirurgie



Hernienchirurgie



Bestehende Eingriffsräume und OP-Räume können schnell und kostengünstig aufgerüstet werden. Die Positionierung des Operio Gerätes ist sehr einfach. Die sterilen OP-Abdeckungen mit Barcode-System ermöglichen eine elektrische Höhenverstellung der Geräte vom „sterilen OP-Personal“ intraoperativ – oder auch vom übrigen OP-Personal mittels Display auf der Rückseite des Operio Air Flow Gerätes. Die Geräte sind extrem schmal (32 cm) und können somit auch in sehr kleinen OP-Sälen genutzt werden.

Handchirurgie



Handchirurgie: der sterile Air Flow schützt sowohl die Instrumente als auch das OP-Feld. Man erreicht eine extrem hohe Asepsis, da der sterile Air Flow weder durch das OP-Team noch durch OP-Leuchten behindert wird. Der sterile Air Flow wird vom Personal als sehr angenehm empfunden, da es keine Kaltluft erzeugt.

Orthopädie



Chirurgie



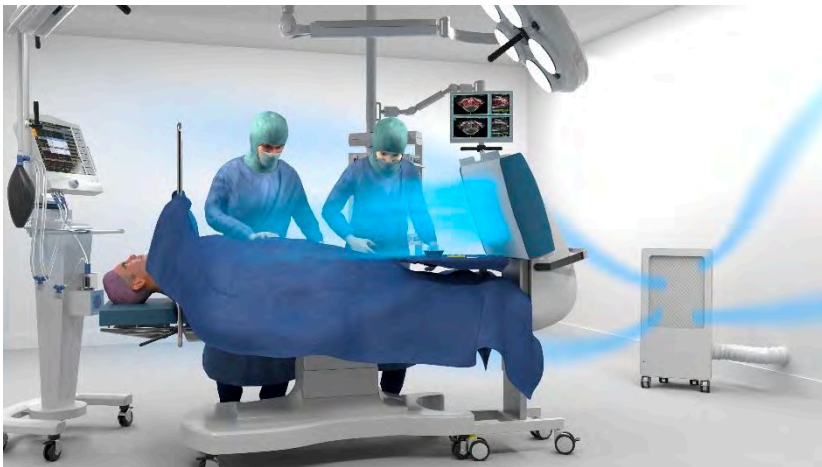
Technische Daten



Die Geräte sind extrem klein und handlich und können auch bei sehr kleinen Räumen eingesetzt werden. Der abnehmbare Instrumententisch von Operio ist in verschiedenen Längen von 45 cm (für kleinste Eingriffe), 60 cm (für normale Operationen) sowie 75 cm erhältlich (für Operationen die viel Instrumentarium benötigen). Die elektrische Höhenverstellung kann sowohl vom sterilen OP-Personal (durch steril abgedecktes Display) als auch vom übrigen OP-Personal mittels separatem Display durchgeführt werden. Die Anschaffung eines separaten Instrumententisches zur Ablage der Instrumenten kann entfallen. Durch die ständige Reinigung der Luft mit Hepa Filtern wird auch der Keimpegel im gesamten OP gesenkt.

Die Geräte tragen das CE -Zeichen und erfüllen die Anforderungen über Medizinprodukte 93/42 EWG/ Klasse I, 2007/47 EEC, sowie der Richtlinien 2004/108/CE, EN 60601-1-2:2014, EN 60601-1:2006, EN ISO 14971:2012 und EN ISO 13485:2012. Die Schutzwirkung nach DIN 1946-4 wird erfüllt.

Operio Clinic – Ultrareine Luft mit Hepa-Filterung



Möglichkeit von gefilterter Frischluftversorgung im OP-Saal oder Eingriffsraum

Erzeugung von **Überdruck** im Operationssaal oder Eingriffsraum durch Anschluss an Außenluft möglich, damit keine kontaminierte Luft aus benachbarten Räumen eindringen kann gemäß DIN 1946 Teil 4 und ÖNORM H 6020.

Bis zu 880 m³ gefilterte, keimfreie Luft pro Stunde im OP/ Eingriffsraum in Kombination von Operio Fokussiertem Laminar Air Flow und Operio Clinic möglich.

Studien: viele Studien und Hygiene Gutachten auf Anfrage erhältlich.

Referenzen: die mobilen Laminar Air Flow Geräte gibt es mittlerweile seit über 15 Jahren mit mehr als 1000 Installationen (Augenchirurgie, plastische Chirurgie, ambulantes Operieren, Herzkatheterlabor, Orthopädie und Unfallchirurgie usw.)

Normeditec (Nordische Medizin Technik) Heilbronn Tel.: +49 (0) 7139/ 20 90 85 9

Fax: +49 (0) 7139/ 59 34 98 6 Email: info@normeditec.de

www.normeditec.com (mit Video)

Leitartikel BNC

Wie gelingt der Widerstand gegen das zentralistische System Lauterbach?

Im Bundesgesundheitsministerium findet man als Expertin oder Experte aus der Berliner Politikblase leicht Gehör. Ganz anders sieht es aus, wenn man tatsächlich jahrzehntelange praktische Erfahrung in der ambulanten Versorgung mitbringt. Doch wir als Niedergelassene haben durchaus ein paar wirksame Hebel in der Hand.

Von Jan Henniger

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nun hat Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach sich also tatsächlich durchgerungen, auf dem Fachärztetag des Spitzenverbands Fachärzte (siehe Seite 20f) die Existenzberechtigung der niedergelassenen Fachärzteschaft anzuerkennen. Auch wenn es ihm weiter schwerfällt und er immer noch von der ‚doppelten Facharztschiene‘ spricht, hat es nicht ganz so lange gedauert wie die Einsicht der Kirche im Mittelalter, dass die Erden keine Scheibe ist.

Sonst läuft es im System Lauterbach immer wieder ähnlich: Man holt sich den Experten, der ähnliche Meinungen vertritt oder aus der gleichen Blase stammt. Dann erzählt man jedem Interessenverband allgemeine Floskeln von Schattenprojekten, sichert ggf. auf der einen Veranstaltung den Krankenhäusern Exklusivität beim ambulanten Operieren zu, um ebendiese Zusage bei der nächsten Veranstaltung auf Nachfrage zu negieren. Zu beobachten war dies beispielsweise beim Krankenhausgipfel 2023 am 13. März 2023, bei dem der Minister – ebenso wie drei Tage später beim SpiFa-Fachärztetag – in einer Keynote seine politische Agenda erklärte. Der permanente Versuch, sich an die Spitze der Unterdrückten zu stellen, die nicht selbst für sich denken können, rundet alles ab. Und die Ärzteschaft? Wir sind nicht in der Lage, uns gemeinsam gegen dieses Chaos zu wehren.

Zentrale Steuerung aus Berlin statt lokaler Projekte

Wir müssen uns mit Nebenkriegsschauplätzen abgeben und kämpfen jetzt um das auskömmliche ambulante Operieren, eine sinnvolle Notfallreform und gegen den Mangel an Ärztinnen und Ärzten sowie Medizinischen Fachangestellten (MFA). Nur in der Hoffnung, Kleinigkeiten für uns persönlich rauszuholen. Unser Problem ist, dass wir nicht damit leben können, dass die Politik die Gesundheitsversorgung in den Abgrund steuert. Wir rennen im Hamsterrad dagegen an. Wenn wir es laufen lassen, keine Termine mehr vergeben und den Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) wieder auf einen reinen Vertretungsdienst reduzieren würden, dann brauchte es keine zwei Monate, bis Deutschland stillsteht.

Alle sinnvollen Projekte, die auf lokaler Ebene gestartet werden, haben es extrem schwer und werden nicht unterstützt. Alles soll zentral gesteuert werden von Berlin und unserem Minister. Der aber unterscheidet Spitzenmedizin, die er an Universitäten verortet, von der Versorgung durch Niedergelassene und kleine Krankenhäuser. Das dividiert uns immer weiter auseinander. Mancher Standespolitiker träumt auch durch angebliche Nähe zum Minister von Vorteilen. Dieses schwächt uns ebenfalls.

KBV mag nicht mehr jede Ohrfeige einfach hinnehmen

Am 3. März 2023 wurde ein neuer Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gewählt, seine Zusammensetzung entspricht im Wesentlichen der des vorigen Vorstands. Lediglich eine Dame aus dem Hause der KBV wurde den beiden Herren zur Seite gestellt. Wahrscheinlich ist es immer so am Anfang einer Legislatur, dass man sich kämpferischer gibt als sonst – aber man hatte schon das Gefühl, dass die KBV langsam nicht mehr bereit ist, jede Ohrfeige hinzunehmen.

Themen wie die fachärztliche Weiterbildung und deren Finanzierung sind ebenfalls im Fokus des Interesses angelangt. Auf alle Fälle haben wir chirurgische und orthopädische Kolleginnen und Kollegen, die unser aller Themen mit nach Berlin tragen können.

Mitte Mai steht beim 127. Deutschen Ärztetag in Essen dann die Wahl des Präsidenten bzw. der Präsidentin der Bundesärztekammer (BÄK) an. Die Wahlperiode des bisherigen BÄK-Präsidenten Dr. Klaus Reinhardt kann man nicht als erfolgreich bezeichnen. Die GOÄ steht kurz vor ihrem endgültigen Scheitern, auch wenn alles dafür unternommen wird, dass es dennoch gelingt. Minister Lauterbach lacht über unseren BÄK-Präsidenten und die Ärzteschaft. Die Privaten Krankenversicherer (PKV) bezeichnen uns als unprofessionell und terrorisieren uns mit immer neue Prüfungen, um gemeinsam die GOÄ einzureichen.

Diese Hinhaltenaktik funktioniert nur, weil es sich für die PKV rechnet, weiter in der alten GOÄ abzurechnen. Darüber hinaus nutzen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nicht flächendeckend die eigentlich möglichen GOÄ-Steigerungsfaktoren! Deshalb ist die offensive Auslegung der GOÄ das neue Gebot der Stunde.

Nach dem Kliniksterben übernehmen wir die Versorgung

Kommen wir wieder in die Chirurgie! Unserem Fachgebiet stehen interessante Zeiten bevor. Sowohl die Reform des ambulanten Operierens als auch das Krankenhausreformgesetz wird die Chirurgie massiv verändern. Einerseits werden Kliniken sich aus der Versorgung verabschieden. Dies geschieht vermutlich nicht langsam und behutsam, sondern im Sinne eines Kliniksterbens sehr schnell. Damit werden wir als Übriggebliebene die Versorgung übernehmen müssen. Doch mit welchem Personal? Mit medizinischem Personal aus den Kliniken, die an der gesamten Bürokratie fast zerbrochen sind? Mit Ärztinnen und Ärzten, die nie eigene Verantwortung übernehmen wollten? Was wird aus den ganzen Krankenhausmanagern?



Foto: Pixabay

Wer der Berliner Blase angehört, findet bei Lauterbach problemlos Gehör

Damit wird die Notfallversorgung zu einem zentralen Punkt, der nicht mehr so einfach über die KVen und die Krankenhäuser abgedeckt werden kann. Wir benötigen neue Strukturen, die auf regionaler Ebene angepasst werden müssen. Aber diese Strukturen müssen mit unserer Expertise entstehen und nicht per Schlagwort aus dem Bundesgesundheitsministerium.

Von der Basis her entwickeltes Konzept für neue Strukturen

Ich rufe also alle Kolleginnen und Kollegen auf, sich an diesen Strukturen zu beteiligen. Gemeinsam mit dem Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC), dem Berufsverband für Orthopädie Unfallchirurgie (BVOU) und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie Unfallchirurgie (DGOU) haben wir von der Basis her ein Konzept entwickelt. Dieses muss aber auch finanziell auskömmlich ausgestattet werden – und zwar nicht aus den Honoraren der vertragsärztlichen Praxen. Vertrags-

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@bncevd.de



Foto: Henniger

ärztinnen und -ärzte sind zwar bekanntlich verpflichtet, für ihre Patientinnen und Patienten eine Notfallversorgung bereitzuhalten. Es gibt aber keine Verpflichtung, einen Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) zu unterhalten, der Unmengen an Honorar verschlingt. Ich halte es zwar nicht für sinnvoll, wie von manchen gefordert, den Kassenarztsitz zurückzugeben. Aber man kann ja einmal darüber nachdenken, den gemeinschaftlichen Kassenärztlichen Notdienst einzustellen.

Was passiert noch als Weiteres in diesem Halbjahr? Zunächst soll der § 115b SGB V um eine Hygienepauschale erweitert werden, was hoffentlich bald geschieht. Gleichzeitig wird der § 115f SGB V zentrale Bedeutung für die Honorarentwicklung der chirurgischen Praxen haben. Da sich die Verhandlungspartner KBV, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und GKV-Spitzenverband nicht einigen konnten, wird also das Gesundheitsministerium festlegen, welche Prozeduren und Operationen zu welchem Preis im Katalog der ambulanten Fallpauschalen aufgeführt sein werden.

Fördertöpfe für ambulante fachärztliche Weiterbildung füllen

Die Krankenhäuser wünschen sich eher einen kleinen Katalog, wir als Niedergelassene hingegen einen eher größeren. Bei einem breiten Katalog zu einem auskömmlichen Salär können wir beweisen, dass deutlich mehr Leistungen als ambulante Operation erbracht werden können, wenn das Umfeld stimmt.

Ob mehr Ärztinnen und Ärzte ihre fachärztliche Weiterbildung in ambulanten Strukturen absolvieren oder weiterhin im Krankenhaus, wo viele Prozeduren gar nicht mehr vorgehalten werden, ist ein weiterer wichtiger Punkt, der im nächsten Jahr entschieden werden muss. Die Fördertöpfe der KBV für die ambulante fachärztliche Weiterbildung reichen nicht mehr aus, sodass mehr Geld fließen muss – gleichzeitig müssen wir uns aber auch intensiv auf diesem Gebiet engagieren!

Abschließend möchte ich allen Kolleginnen und Kollegen danken, die unseren **Bundeskongress Chirurgie** in Nürnberg besucht und damit unsere gemeinsame Fortbildung unterstützt haben. Mit über 1.000 Teilnehmenden und einer Vielfalt an Themen war es ein wunderbares Erlebnis. Tragen Sie sich den nächsten Kongress am besten jetzt schon in Ihren Kalender ein: **Termin ist der 23. bis 24. Februar 2024 in Nürnberg mit spannenden Themen und Referenten.**

Mit den besten kollegialen Grüßen, Ihr Jan Henniger

1. Vorsitzender des BNC

Leitartikel BAO

Einseitige Verlagerung des politischen Kipppunktes

Das Gesundheitssystem ist in eine massive Schiefelage geraten. Und alles nur, um Ambulantisierung, ambulantes Operieren und sektorengleiche Vergütung einmal mehr erfolgreich und folgenreich zu sabotieren? Die Vorschusslorbeeren in die Bundesregierung sind aufgebraucht, das Vertrauen ist endgültig dahin.

Von Dr. Christian Deindl

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Ende 2021 ließ sich die Ampelkoalition vielversprechend an. Gemessen an den Inhalten ihres mehr umfang- als konkret inhaltsreichen dreiseitigen Vertragswerkes sind die wenigen gut gemeinten liberal-sozial-ökologischen Vorsätze nebst allen guten Geistern über Bord gegangen und durch als Experten getarnte Lobbyisten und Klientelpolitik nahtlos ersetzt worden. Aus ‚Mehr Fortschritt wagen‘ als Antwort auf den vorausgegangenen bundespolitischen Schlingerkurs wurde innerhalb Jahresfrist ein blamables ‚Rückschritt und Verzagen‘.

In vorderster Verantwortung steht die ehemalige Vize- und jetzige Kanzlerpartei, die mit dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) ein Schlüsselministerium beansprucht. Mit ihm den mit herbeigeführten Sanierungsfall Gesundheitswesen und ein aus der Vorlegislatur stammendes MDK-Reformgesetz, ergänzt durch wichtige Gutachten und fachärztliche Expertise. Seit Jahreswechsel droht das Koalitionsprojekt Ambulantisierung und damit der Ausbau des ambulanten Operierens ernsthaft zu scheitern. Aktuell zeichnet die Koalition gegenseitiges Blockieren aus. Jeder der drei wähnt sich auf seiner persönlichen Überholspur. Das BMG schwört auf häufigen Spurwechsel und unerlaubtes Ausbremsen von berechtigten Interessen Dritter.

Sinkende Umfragewerte signalisieren den realistischen Verlust der Wählermehrheit als Folge limitierter Befähigungen. Dazu zählen die zum unkalkulierbaren Risiko mutierte Gesundheitspolitik und deren dysfunktionales Amts- und Politikverständnis. Es fehlt an Mut und Willen zu Strukturreformen, ergo werden umso mutwilliger Ambulantisierung, ambulantes Operieren sowie deren sektorengleiche Vergütung mit eigens geschaffenen Kommissionen torpediert.

Ideologisches Deckmäntelchen sind der Politik neue Kleider

Ministerien haben wie die Ärzteschaft dem Allgemeinwohl zu dienen und sind kein Zweitwohnsitz von Parteiideologien. Nutzungsänderungen ohne Zustimmung des Souveräns sind untersagt. Das zeichnet Demokratien aus und ist eine Selbstverständlichkeit für ein demokratisches, freiheitliches und von ärztlicher Freiberuflichkeit geprägtes

Gesundheitssystem. Dazu zählen Diskurs und Konsens, gerade wenn es um den Abbau von Sektorengrenzen geht.

Ministerieller Tunnelblick und vergessene Patientenbrille sind das mediale Kontrastprogramm zur Tätigkeit niedergelassener Fachärzt*innen. Sie wissen am Ende eines jeden Praxistages, was medizinisch, menschlich und sozial als Kompetenzteam geleistet wurde, und dies zu unterfinanzierten EBM- und GOÄ-Konditionen. Die Zahlungsmoral der Kostenträger ist beide Male gleich beschämend und erfüllt das wichtigste Kriterium einer von Lauterbachs SPD, den Grünen und ihnen artverwandten Linken gemeinsam angestrebten Einheitsversicherung. Mitte März 2023 wurde auf dem Podium des SpiFa-Fachärztetages ein klares Bekenntnis zu diesem ideologisch getriebenen Gemeinschaftsprojekt und gesundheitspolitischen Zweckbündnis abgelegt. In dieses Paralleluniversum passt die Muschelwährung ‚Punktwert‘, gerade weil sie für vergleichbare akademische Berufe unvorstellbar und inakzeptabel ist. Ebenso wenig unterliegen deren Gebührenordnungen alle vier Jahre sich ändernden ideologischen Zufallskonstellationen, dafür aber einer regelmäßigen Dynamisierung ihrer Vergütungen inklusive eingepreister Kostenerstattung.

Politik investiert lieber ins eigene Image als ins AOP

Immer wieder werden neue staatliche Problemdeponien zu Sondervermögenszonen umgewandelt, während am Horizont vielleicht die nächste globale Bankenkrise winkt. Der Staat sieht unstrukturierten und konstruierten Handlungsbedarf und investiert munter in eigenverschuldete Notlagen. Und vor allem in sein eigenes Image, wie in den mit Minimum 800 Millionen Euro veranschlagten Ausbau des Kanzleramtes, von denen 100 Millionen bereits verplant sind. Dagegen erscheinen die bundesweit veranschlagten 60 Millionen Euro für das ambulante Operieren in Praxen und Kliniken als Schnäppchen – als was sie auch gedacht waren. Im fachfremd und planwirtschaftlich regulierten Gesundheitssystem muss aus Prinzip massiv eingespart werden, ohne Rücksicht auf Qualitätsverluste und ohne den Sparzwang vernünftig begründen zu müssen. Patient*innen und Gesundheitsberufe geraten an den Rand eines irrationalen Experimentierfeldes, das bereits lange

vor Corona und Ukrainekrieg von Politik und GKV abgesteckt war. Es wird nur immer wieder neu bespielt. Wichtige politische Entscheidungsträger feiern ihren Mut zur eigenen Gedächtnis- und medizinischen Versorgungslücke bis hin zur Verletzung der Menschenwürde.

Denn nichts anderes ist es, wenn in Altenheimen von den Pflegekassen derzeit für das Essen der Bewohner*innen 4,20 Euro pro Tag genehmigt werden bei einem Mindestbedarf von 5,70 Euro (Quelle: ZEIT Nr. 12, 2023). Wer seit zehn Jahren keine Hygienekosten erstattet und dies auch weiterhin nicht vorhat, handelt gleich unverantwortlich am Patientenwohl vorbei. Dabei steigen kontinuierlich die GKV-Einnahmen im Rahmen der inflationären Lohn-Preisspirale, ohne dass diese Ressourcen anteilig an Praxen weitergegeben werden. Überschüsse erwirtschaften nennt sich dieses perfide GKV-Geschäftsmodell, so dass daraus zehn Milliarden Euro für versicherungsfremde, weil staatlich zu finanzierende, Aufgaben permanent zweckentfremdet werden. Wie lange noch lassen sich Sachargumente, Sach- und Qualitätskosten sowie Honoraransprüche ungestraft unterschlagen?

BMG in den Händen eines vorbelasteten Parteiideologen

Welch ein fataler Fehlgriff, ausgerechnet das Gesundheitsministerium leichtfertig in die Hände eines bekennenden und vorbelasteten Parteiideologen zu legen, der sich kaum eine Gelegenheit zur infamen

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

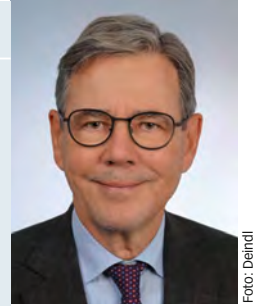


Foto: Deindl

Kassenfachärzteschelte entgehen lässt und diese Inselbegabung immer wieder unter medialen Beweis stellt. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) darf ihm dabei als Nummerngirl assistieren. Auf dem Empfang der Ärzteschaft im KaDeWe ließ diese Hybris ihrer Geringschätzung anlässlich der Überreichung der digitalen GOÄ-Version an Karl Lauterbach mit dessen gesenktem Daumen freien Lauf. Bereits in früheren Plakataktionen hat der BAO eindringlich auf die fatalen Folgen von schlechter Gesundheitspolitik hingewiesen, und auch nicht zufällig mit einem Kindermotiv (siehe Abbildung nächste Seite).

Ein sich mit der Aura eines Universalgelehrten umgebender Bundesgesundheitsminister greift auf massentaugliches Instrumentarium wie Rufschädigung zurück. Er bedient sich hierfür qualifizierter



An unternehmerisch denkende Praxisinhaber*innen

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

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

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

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

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

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



Sprechen Sie uns an.
Code scannen und Termin vereinbaren.

Publikationsorgane mit hohem ‚Impact-Faktor‘ und sucht sich so seine gesellschaftlichen Meinungs- und Empörungsmehrheiten. Einmal gesätes Misstrauen soll brennstabgleich möglichst lange nachwirken, konstant hohes Vertrauen in den Arztberuf neutralisieren und seinem Urheber Strahlkraft verleihen.

Unser Gesundheitssystem ist keine Wiederaufbereitungsanlage längst überholter Ansichten, Unwahrheiten, Neiddebatten und Praxis-Bashing durch BMG und DKG. Beide wollen sich qualitativ hochwertige ambulante Medizin nicht länger mehr leisten können, da die stationäre Medizin bereits mit Abstand die am teuerste ist. Ihr gemeinsames Credo: Man kann nur dort noch mehr einsparen, wo Patientenversorgung am effektivsten und kostengünstigsten erbracht wird, nämlich im ambulanten Bereich. Wenn schon Kliniken Pleite gehen, dann gefälligst sektorengleich auch Facharztpraxen. Dieses Konglomerat an Gesundheits-, Finanz- und Wirtschaftsinkompetenz negiert weiterhin dickfellig die Ansprüche von Pflegenden und Medizinischen Fachangestellten auf ihren immer noch ausstehenden Corona-Bonus.

Mangelverwaltung und Bürokratieausbau

Als Münchhausen in die neuere Medizininvestorengeschichte eingegangen, maß sich Minister Lauterbach an, nicht nur HNO- und Augenärzt*innen Profit- und Renditegier vorzuwerfen. Eine Zäsur bei den immer wiederkehrenden Ritualen persönlicher Überforderung wäre hilfreicher. Doch Politik reagiert auf wahrgenommene Bedrohung entweder gar nicht oder überzogen und zudem falsch (Niall Ferguson, SZ Nr. 17, 2023). Eine reaktionär anmutende Klinikreform wird zur Revolution ausgerufen, die ersten Köpfe sehen sich bereits rollen. Der Rest eine erwartbare gegenreformatorische Welle an Prüfungen durch den Medizinischen Dienst und KV-Regressen. Politik verschenkt wertvolle Zeit und ihre Gunst an Mangelverwaltung und Bürokratieausbau, statt sich dem Gestalten von Gegenwart und Zukunft zu widmen.

Begriffe wie Projektmanagement waren bisher unbekannt, wenn nach mehrjährigem Digitaldebakel, einem Jahr Ampel und der Verschwendung von Milliarden erstmals das Zauberwort Strategie fällt. OP-Fäden werden filigraner ohne Verlust an Reißfestigkeit; der Geduldsfaden von ambulanten Operateur*innen, Anästhesist*innen und betroffenen Patient*innen und ihren Angehörigen aber hat seine maximale Elastizitätsgrenze erreicht. Dort, wo keine Versorgung mehr stattfinden kann, ist er bereits gerissen. Die vom BMG inzwischen unverhohlen favorisierten (Groß)Kliniken sind oft kommunale und staatliche Statussymbole ohne eigenes Zutun und ohne Reformabsichten. Sie sind den ambulanten Standorten bezüglich Effizienz und Kostenbewusstsein eindeutig unterlegen und nicht von ungefähr die

teuersten, weil nimmersatten Kostenstellen im deutschen Gesundheitswesen.

Rufschädigende Behauptungen wie unangemessene Leistungsmengenausweitungen beim ambulanten Operieren haben es dennoch bis in jüngste Gesetzestexte geschafft. Der Vorwurf unethischen

Handelns passt zur Politik der Ausgaben- und Punktsommenneutralität als nicht kostendeckendes Vergütungsmonopol. Sie wird zu ihrer eigenen Reductio ad absurdum, wenn damit billigend einkalkulierte Gefahrenpotenziale wie für ambulante HNO-Eingriffe bei Kindern oder Kinderzahnarztanarkosen in Kauf genommen werden. Ambulante OP-Einheiten müssen endlich ohne bisherigen Kostendruck und der Dauergefahr von Defiziten oder Regressen über basale Struktur- und Prozessqualitäten wie Hygiene, Instrumentarium und qualifiziertes Personal verfügen können im Sinne von Vorhaltung und zu erstattenden Vorhaltekosten.

Gesellschaft, Politik und Kostenträger müssen sich dazu bekennen, welchen konkreten ökonomischen Gegenwert sie einer Facharztstunde und einer wohnortnahen medizinischen Versorgung zugestehen. Die jahrzehnte-

lange Verweigerungshaltung gegenüber dem gesamtgesellschaftlichen Mehrwert durch ambulante Facharztmedizin ist ebenso Ausdruck höchster Intransparenz und bürokratischer Inkompetenz wie die Erfindung einer nicht existenten doppelten Facharztschiene.

Notwendige Investition in Gegenwart und Zukunft

Die zwanghafte Aufrechterhaltung des Status quo mit ineffizienten Klinikstrukturen und DRG-/DKG-getriggerten Vergütungen sind unnötig ressourcenverschlingende Lagerhaltungskosten für Relikte aus der Vergangenheit. Sie dienen der Wahrung politischer und ökonomischer Dominanz der Kliniken gegenüber Facharztpraxen. Ambulantisierung und AOP zu sektorengleichen und fairen Rahmenbedingungen sind gelebter medizinischer Qualitätswettbewerb auf Augenhöhe. Die Politik muss endlich handeln und nicht weiter schlafwandeln! Taten- und folgenlose Sonntagsreden werden nicht besser und weniger banal, nur weil sie an Werktagen gehalten werden. Richtlinienkompetenz und Regierungsverantwortung sehen anders aus, mit und ohne Respekterweisung. Zurück an die Regierungsarbeit und die im Koalitionsvertrag festgehaltenen Zielvereinbarungen! Wichtige Passagen daraus heißen transsektorale Versorgung, sektorengleiche Vergütung und Hybrid-DRG. Ihr da oben schafft das – oder der Wille der Wähler*innen straft die namentlich Verantwortlichen bei der nächsten Gelegenheit ab! Und davon gibt es im Verlauf dieses Jahres 2023 einige. ◀

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



Foto: BAO

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

Bundeskongress Chirurgie 2023

Was braucht es, um gute chirurgische Versorgung aufrechtzuerhalten?

Nach einem Jahr Corona-Pause in 2021 und einem Kongress unter Pandemie-Bedingungen in 2022 gab es im Februar endlich wieder ein Zusammentreffen unter ‚normalen‘ Bedingungen als Präsenzveranstaltung. Bei den über 1.000 Teilnehmenden kam das vielfältige Kongressprogramm der zwei intensiven Kongresstage gut an.

Von Antje Thiel

Nachdem der langjährige Kongresspräsident Dr. Stephan Dittrich (Plauen) 2022 seinen Abschied aus der Kongressleitung bekanntgegeben hatte, lagen Planung und Organisation in diesem Jahr erstmals beim BNC-Vorsitzenden Jan Henniger (Frankfurt) und seinem Stellvertreter Dr. Frank Sinning (Nürnberg). Ganz im Sinne des Kongressmottos ‚Bewährtes sichern – Neues wagen!‘ griffen sie dabei zum einen auf bewährte Formate zurück, darunter das ganztägige Herniensymposium, die DGUV-zertifizierte Sitzung zur Kindertraumatologie oder das ‚Junge Forum‘ als Anlaufstelle für den chirurgischen Nachwuchs.

Doch die beiden Organisatoren setzten auch eine ganze Reihe neuer Akzente, darunter z. B. eine erfreulich gut besuchte Sitzung zum Thema Nachhaltigkeit in der Chirurgie im Rahmen des Herniensymposiums (siehe Seite 39) und eine Neugestaltung des berufspolitischen Freitag-nachmittags. Bei ebendieser politischen Auftaktveranstaltung kamen – anders als in den Vorjahren – nicht die Vorsitzenden der beteiligten Berufsverbände mit Eröffnungsstatements zu Wort. Stattdessen entspann sich ein spannendes Gespräch zwischen Dr. Frank Sinning und den Podiumsgästen: einem niedergelassenen Facharzt (Dr. Wolfgang

Bärtl vom Bayerischen Fachärzteverband BFAV), einer Medizinstudentin im Praktischen Jahr (Amelie Kraaz, Nürnberg) einer Vertreterin der Medizinischen Fachangestellten (Hannelore König vom Verband Medizinischer Fachangestellten VMF), einer Patientenvertreterin (Gerlinde Mathes, Patientenfürsprecherin am Klinikum Nürnberg) und einer Krankenhauschirurgin (Dr. Tanja Baumgarten, Oberärztin am Klinikum Darmstadt und aktiv im Verein ‚Die Chirurgeninnen‘).

Kritischer Blick auf Versäumnisse der Vergangenheit

Es drehte sich unter verschiedenen Aspekten rund um die Frage, welche politischen Fehler aus ihrer Sicht in den vergangenen Jahren gemacht wurden und welche Erwartungen bzw. Wünsche sie für die Zukunft haben. Dr. Baumgarten sprach dabei für die junge Generation Ärztinnen und Ärzte, die vor allem eine gute Weiterbildung brauchen, um in Zukunft Versorgung aufrecht zu halten: „Ich arbeite an einem der großen Krankenhäuser in Hessen. In der Unfallchirurgie sind wir genug Leute, doch wir haben einen eklatanten Mangel in der Anästhesie und bei den Pflegekräften.“ Man müsse das Arbeitsfeld Krankenhaus wieder attraktiver machen für die verschiedenen Berufsgruppen,



Fotos: Michael Reiter

Engagierter Dialog zur Zukunft der medizinischen Versorgung bei der Podiumsdiskussion (von links nach rechts): Dr. Wolfgang Bärtl (BFAV), Amelie Kraaz (PJ), Hannelore König (VMF), Gerlinde Mathes (Patientenfürsprecherin), Dr. Tanja Baumgarten (Die Chirurgeninnen)



Zufrieden mit dem neuen Format beim berufspolitischen Nachmittag (von links nach rechts): Dr. Frank Sinning (BNC), Dr. Wolfgang Bärtl, Hannelore König, Amelie Kraaz, Klaus Holetschek, Gerlinde Mathes, Jan Henniger (BNC) und Dr. Tanja Baumgarten

erklärte Dr. Baumgarten: „Wir brauchen mehr Personal, das dann aber auch bleiben mag. Es bringt schließlich nichts, OP-Pfleger auszubilden, die schon bald aufhören, weil sie keine Lust auf dieses System haben.“

Nicht frühzeitig gegen Seehofers Budgetierung gewehrt

Dr. Bärthel machte sich vor allem für die Niederlassung stark und zeigte sich überzeugt, dass sich Beruf und Familie am besten in der Selbstständigkeit – ohne Nacht- und Wochenenddienste – verbinden lassen. Man sollte deshalb die Sektoren schon bei der Weiterbildung besser vernetzen und ein Pflichtjahr im ambulanten Sektor für angehende Fachärztinnen und Fachärzte einführen. „Viele Eingriffe wie zum Beispiel die Karpalbandspaltung oder das Einsetzen einer Spirale in der Gynäkologie kann man im Krankenhaus ja gar nicht mehr lernen“, gab er zu bedenken. Doch der größte Fehler der Vergangenheit ist für Dr. Bärthel der Umstand, „dass wir Ärzte uns nicht frühzeitig gegen Seehofers Budgetierung gewehrt haben“, sagte er unter großem Applaus im Saal. „Budgetierung bedeutet immer Verteilung begrenzter Mittel, und das hat uns als Ärzteschaft auseinanderdividiert.“

Die Patientenvertreterin Mathes teilte seine Kritik an Budgetierung und Mittelbegrenzung: „Kürzungen an allem, was Zeit am Patienten kostet, sind immer ein Fehler.“ Auch Fallpauschalen seien schädlich für Patientinnen und Patienten: „Da werden verzweifelte Menschen aus

Antje Thiel

Redaktionsleitung
VMK Verlag für Medizinkommunikation GmbH
Chirurgen Magazin + BAO Depesche
www.bncev.de

Dachsweg 5, 25335 Elmshorn
Tel.: 04121 2763634
antje.thiel@vmk-online.de
www.vmk-online.de

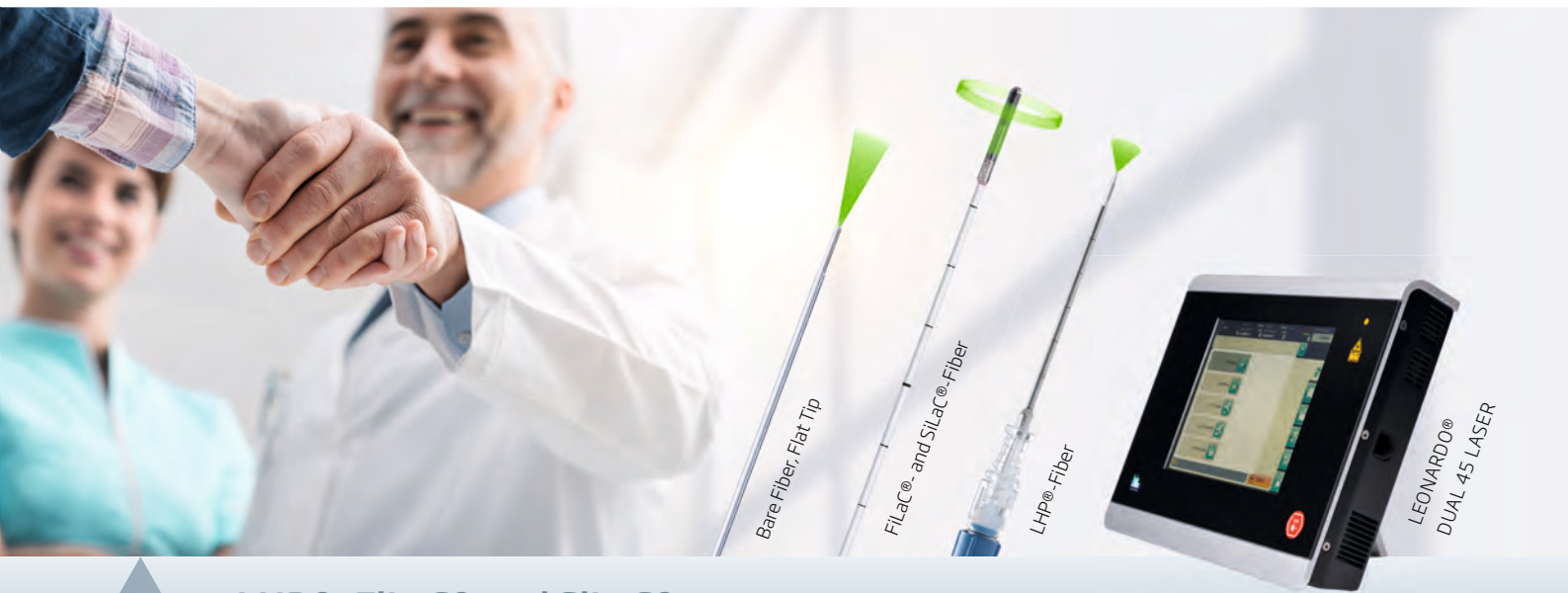


Foto: Thiel

dem Krankenhaus entlassen, bei denen alles Abrechenbare getan ist.“ Hier sei ein besseres Entlassmanagement dringend erforderlich.

Freude am Helfen stärker in den Vordergrund stellen

Trotz der vielen Missstände empfinde sie aber auch die vielen Negativmeldungen über die Berufsstände im Medizinbetrieb als unglücklich: „Man sollte die Freude am Helfen stärker in den Vordergrund stellen, denn was kann es Schöneres geben?“, meinte Mathes. Medizinischen Fachangestellten, deren Stellenwert für die ambulante Versorgung vielen im Politikbetrieb überhaupt nicht klar ist, dürfte es manchmal schwerfallen, die Freude am Helfen im Blick zu behalten. Oder, wie die VMF-Vorsitzende König es formulierte: „Der schlimmste Fehler der jüngsten ▶



LHP®, FiLaC® und SiLaC® – Medizinische Lasertherapien für die Proktologie

- _ Minimal-invasive Behandlung empfindlicher Bereiche
- _ LEONARDO® DUAL 45: schonende Laserbehandlung von Hämorrhoiden (LHP®), Anal- und Steißbeinfisteln (FiLaC® und SiLaC®)
- _ Weitere Anwendungsgebiete: Fissuren, Polypen, Genitalwarzen, Marisken und Acne inversa



Vergangenheit war, dass die Leistungen von MFA in der Pandemie nicht gewürdigt wurden.“ Schon 2017 hätten in Umfragen viele MFA angegeben, mehrmals im Monat über einen Berufswechsel nachzudenken. „Aktuell sind es schon 46 Prozent – das gefährdet die Versorgung akut.“

Digitalisierung nicht über die Köpfe von MFA hinweg planen

König ärgerte sich auch darüber, dass MFA bei wichtigen Projekten wie der Digitalisierung nicht mit einbezogen werden: „Wir MFA sind zwar keine Wissenschaftlerinnen, aber wir kennen die Prozesse in den

Praxen am besten!“ Vor allem aber forderte sie höhere Gehälter für MFA, die während der Pandemie keinen steuerfreien Corona-Bonus erhalten haben – stattdessen infolge ihrer vielen Überstunden aber oft in eine höhere Steuerklasse gerutscht sind, sodass netto trotz Mehrarbeit nicht mehr Gehalt übrigblieb. Die VMF-Vorsitzende plädierte außerdem dafür, über Akademisierung und erweiterte berufliche Perspektiven für MFA zu diskutieren. Außerdem brauche es Anreize für MFA, in den Praxen bleiben: „Die Ausbildungszahlen sind zwar gut, doch weil die Praxen keine hohen Gehälter zahlen können, werden viele MFA von Kliniken oder dem Öffentlichen Gesundheitsdienst abgeworben.“ Bei den letzten Gehaltsverhandlungen habe der VMF als Tarifpartner zwar eine Steigerung der Gehälter durchgesetzt, „aber diese Steigerungen werden in den GKV-Honoraren nicht abgebildet.“

Intransparentes Auswahlverfahren bei Medizinstudienplätzen

Auch die PJ-lerin Kraaz sorgt sich angesichts des Personalmangels um die Zukunft der Medizin: „Unsere Ausbilder können uns nur dann begleiten, wenn sie von Bürokratie entlastet werden.“ Daneben wünschte sie sich transparentere Zugangsvoraussetzungen zum Medizinstudium: „Aktuell braucht man für einen Medizinstudienplatz einen Abiturdurchschnitt von 1,2. Das ist zwar schön für junge Frauen, die meist bessere Noten haben. Doch das Auswahlverfahren ist intransparent und fokussiert nicht auf Fähigkeiten, die für die Medizin tatsächlich relevant sind.“

Alle diese Botschaften stießen beim bayerischen Staatsminister für Gesundheit und Pflege, Klaus Holetschek, auf offene Ohren. Dieser ergriff nach der Diskussionsrunde das Wort und sagte den Podiumsgästen wie auch dem Plenum seine Unterstützung zu – auch zum Beispiel gegenüber dem FDP-geführten Bundesfinanzministerium. „Was Sie sagen, kann ich alles unterschreiben. Man sieht aber, wie schnell wir überall an unsere Grenzen stoßen, wenn die Ressource Mensch fehlt! Ich wünsche uns den Mut, dass wir groß denken, das System radikal anpacken und es fit für die Zukunft machen.“

Hierzu gehört aus seiner Sicht auch ein verändertes Fehlermanagement: „Wenn Fehler passieren, gehen wir immer von Schuld und Misstrauen aus. Beides führt zu Bürokratie, davon müssen wir uns lösen!“ Als Beispiel nannte er eine Posse, die zum Jahresende 2022 Schlagzeilen gemacht hatte: „Wir leisten uns den Luxus ausufernd

Hilfe für Erdbebenopfer: Spendenaktion der Deutsch-Türkischen Medizinergesellschaft Bayern



Foto: Thiel

Nur wenige Tage vor dem Start des Bundeskongress Chirurgie wurden am 6. Februar 2023 unzählige Menschen im Südosten der Türkei und im Norden Syriens durch ein heftiges Erdbeben getötet, verletzt oder ihrer Wohnung beraubt. Bei der Eröffnung lenkte der BNC-Vorsitzende Jan Henniger daher die Aufmerksamkeit des Plenums auf eine kurzfristig ins Leben gerufene Spendenaktion der Deutsch-Türkischen Medizinergesellschaft Bayern e.V. (siehe www.dtm-bayern.de). Ihr Vorsitzender, der Nürnberger Chirurg Priv.-Doz. Dr. Resit Demir, bat um Geldspenden für die medizinische Versorgung der Opfer des jüngsten Erdbebens in der Türkei und Syrien.

In Zusammenarbeit mit Apotheken und Händlern um Nürnberg hat er bereits Sachspenden wie Verbandmaterial und Desinfektionsmittel organisiert, mit den Geldspenden möchte er gezielt das Material beschaffen, das vor Ort gebraucht wird. Der Verein hat Kontonummer und ein PayPal-Konto für Spenden eingerichtet, außerdem stellte er für den Zeitraum des Bundeskongresses eine Spendenbox am BNC-Stand für Bargeldspenden auf, die sich im Verlauf der beiden Kongresstage füllte. Sämtliche Spendengelder kommen ohne Abzüge den Hilfslieferungen ins Erdbebengebiet zugute.

Spendenkonto:

Sparkasse Nürnberg, IBAN DE 87 7605 0101 0005 3573 30,

PayPal:

Dtm.Bayern.Erdbeben@gmail.com, Verwendungszweck: Erdbeben Türkei



Will das System radikal anpacken und fit für die Zukunft machen: der bayerische Staatsminister für Gesundheit, Klaus Holetschek

Foto: Michael Reiter

BAO-Symposium: Ambulantes Operieren – wohin steuert die seit 30 Jahren gelebte Versorgungsrealität?

Fotos: Michael Reiter



Der gesundheitspolitische Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion, Prof. Andrew Ullmann (rechtes Foto), will die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen zugunsten von Ambulantisierung und ambulantem Operieren anpassen. Im Plenum (linkes Foto) gab es für diese Zusage großen Applaus.

Den ganzen Samstagnachmittag über widmete sich das BAO-Symposium den streitbaren Themen Ambulantisierung und ambulantes Operieren. Beides sind wichtige gesundheitspolitische Bausteine im Koalitionsvertrag, die – wie das formulierte Ziel einer gleichen Bezahlung für gleiche medizinische Leistungen – ebenfalls Opfer nicht vereinbarter Lauterbach'scher Alleingänge zu werden drohen.

Die Teilnehmenden im Plenum waren in erster Linie gespannt auf den Vortrag des gesundheitspolitischen Sprechers der FDP-Bundestagsfraktion, der als Referent eingeladen war. Denn Prof. Andrew Ullmann ist als Arzt immerhin Kollege – auch wenn er mit seinen ärztlichen Stationen als Universitätsprofessor für Infektiologie an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg und Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie, internistische Onkologie und Infektiologie nicht allzu viele praktische Erfahrungen mit den Akteurinnen und Akteuren des ambulanten Operierens gemein hat.

Prof. Ullmann widersprach der Einschätzung auch gar nicht, dass die Ampel-Koalition die Förderung von Ambulantisierung und ambulantem Operieren bislang noch schuldig geblieben ist. Vielmehr sprach auch er sich für eine zügige Umsetzung der vorliegenden wissenschaftlichen Empfehlungen aus den einschlägig bekannten unabhängigen Gutachten aus.

Der Politiker hörte zu und machte sich Notizen darüber, was die Teilnehmenden im Plenum zu sagen hatten. Etwa, dass die vertragsärztlichen Akteurinnen und Akteure des ambulanten Operierens einen Leistungswettbewerb und keinen Sub-

ventionswettbewerb anstreben, wie BAO-Präsident Dr. Christian Deindl (Nürnberg) es formulierte. Oder, als BAO-Schriftführer Dr. Jörg Hennefründ (Oldenburg) erklärte: „In meiner gynäkologischen Tagesklinik operieren wir mehr als in allen Unikliniken in Niedersachsen zusammen.“ Im niedergelassenen Bereich gebe es höhere Produktivität als in den Krankenhäusern. Mit Blick auf den allgegenwärtigen Fachkräftemangel in der Medizin erklärte er: „Wir erbringen mehr Leistung pro Person. Das Vertragsarztwesen, so skurril es auch ist, könnte Rettung unseres Systems sein!“

Ein anderer Teilnehmer des Symposiums wies darauf hin, dass Niedergelassene aufgrund der Bedarfsplanung auch bei einer politisch gewünschten Ausweitung des ambulanten Operierens nur sehr begrenzt Ärztinnen und Ärzte einstellen können, die diese Operationen dann auch durchführen: „Wir sind hier – anders als die Krankenhäuser – begrenzt durch die Restriktionen bei den Zulassungen!“ Hinderlich ist nach Auffassung von Dr. Deindl auch der Umstand, dass Niedergelassene derzeit zwar in Krankenhäusern tätig werden können, Klinikärztinnen und -ärzte aber nicht auch umgekehrt in ambulanten Bereich.

Prof. Ullmann erklärte, er sei in all diesen Fragen „in ständigem Austausch mit dem SpäFa“ und setze sich dafür ein, dass der Wert der ärztlichen Freiberuflichkeit bei den Koalitionspartnern nicht in Vergessenheit gerät. Unter dem Applaus des Publikums erklärte der Politiker: „Wenn wir politisch die Ambulantisierung wollen, müssen wir die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen dafür schaffen, das nehme ich mit nach Berlin.“

zu diskutieren, ob über die Weihnachtsfeiertage für zwei Wochen die Wirtschaftlichkeitsprüfungen aussetzen sollten, um Engpässe in der Versorgung zu vermeiden. Das ist doch absurd!“ Der Minister betonte aber auch, dass alle angestrebten Veränderungen nur mit zusätzlichen Finanzmitteln zu bewerkstelligen seien. „Eine Umverteilung allein reicht nicht! Bereits die Krankenhausreform erfordert 100 Milliarden Euro. Bundesfinanzminister Lindner müsste uns schon erklären, wie das ohne Zuschüsse funktionieren soll.“

Holetschek äußerte sich auch zu den Protestmaßnahmen der HNO-Ärztinnen und -Ärzten, die unmittelbar vor dem Bundeskongress mit dem Aussetzen ambulanter Kinderoperationen für Schlagzeilen gesorgt hatten: „Ich würde es nicht wie Lauterbach formulieren, aber der Protest sollte nicht zulasten der Kinder gehen.“ Sinnvoller wäre es gewesen, rechtzeitig zu intervenieren, bevor der Konflikt derart eskaliert: „Ich würde Lauterbach raten, zurück auf Los zu gehen.“

In den Augen Lauterbachs sind fast alle Lobbyisten

Doch damit nicht genug mit Holetscheks Kritik am Bundesgesundheitsminister: „Lauterbach hält Sie alle für Lobbygruppen und will

deshalb nicht mit Ihnen reden. Aber man muss doch mit denen reden, die die Arbeit machen und Experten sind!“ Mit einem ironischen Lächeln ergänzte er: „Am Ende betrachtet er auch die Länder als Lobbyisten und redet deshalb nicht mit ihnen?“

Generell erwarte er bei jedem Reformvorschlag Transparenz zu den erwarteten Effekten, erklärte der bayerische Staatsminister. Dies gelte auch für die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, bei der aktuell zehn Milliarden Euro Beitragseinnahmen für die Versorgung von Empfängerinnen und Empfängern von Arbeitslosengeld II fehlen. „Es wird nur funktionieren wenn wir uns unterhaken“, betonte Holetschek und schloss: „Jede Krise ist eine Chance, jetzt nach der Pandemie, die Versorgung gemeinsam besser zu machen.“

Nächster Bundeskongress: 23. bis 24. Februar 2024 in Nürnberg

Der Termin für den nächsten Bundeskongress Chirurgie steht bereits fest: Vom 23. bis 24. Februar 2024 steht das Nürnberger Convention Center wieder ganz im Zeichen der ambulanten operativen Medizin – unbedingt vormerken!

Nachholbedarf bei Arbeitsbedingungen und Führungsstil in der Chirurgie

Mehr Flexibilität, weniger Hierarchie und stattdessen mehr Beteiligung an Entscheidungen: ‚New Work‘ gilt als Antwort auf die Anforderungen der modernen Arbeitswelt. Es erfordert allerdings einen echten Kulturwandel in Unternehmen – und hiervon scheint zumindest die stationäre Chirurgie noch meilenweit entfernt zu sein.

Von Antje Thiel

Wer sich auf Business-Portalen wie LinkedIn oder Xing tummelt, dem ist das Modewort ‚New Work‘ längst ein Begriff. Es bezeichnet eine neue Form der Arbeitsorganisation, die insbesondere von Arbeitskräften der jüngeren Generation vorangetrieben wird. Inwieweit das Konzept auch in der Chirurgie bereits Einzug gehalten hat, wurde in einer Sitzung am 11. Februar 2023 diskutiert, die vom Verein ‚Die Chirurgeninnen‘ organisiert wurde. Die Diskussion zeigte: Es gibt noch viel zu tun!

Ein zentrales Problemfeld in der stationären Chirurgie sind die Arbeitszeiten, wie der Vortrag von Aline Tiegelkamp verdeutlichte. Die Fachärztin für Chirurgie, die an der Helios Mariahilf Klinik arbeitet, rechnete genau vor, was es bedeutet, als Chirurgin in Teilzeit zu arbeiten: „Wer bei uns eine Teilzeitstelle mit 75 % hat, arbeitet inklusive Überstunden, Nacht- und Wochenenddiensten am Ende pro Woche genauso viel wie andere, die eine Vollzeitstelle haben, nämlich 41 Stunden.“ Für Frauen sei vor allem die Kinderbetreuung das wichtigste Argument für eine Teilzeitstelle, Männern hingegen gehe es dabei in erster Linie um die vielbeschworene ‚Work-Life-Balance‘ oder die Vereinbarkeit von Nebentätigkeiten.

Die Hälfte überlegt, ärztliche Tätigkeit aufzugeben

Für den Vorteil ihrer Tätigkeit in Teilzeit – nämlich die bessere Vereinbarkeit mit Familienarbeit – zahlen Frauen einen hohen Preis: Die Karriere kommt kaum voran, das Einkommen ist geringer und die Weiterbildungszeit länger: „Ich habe bis zum Facharzt neun Jahre gebraucht“, berichtete Tiegelkamp. Attraktiv sind diese Rahmenbedingungen nicht – obwohl Nachwuchsärztinnen und -ärzte auch und gerade in der Chirurgie doch so dringend gebraucht werden. Aus einer Umfrage von ‚Die Chirurgeninnen‘ geht hervor, dass speziell unter Chirurgeninnen und Chirurgen knapp 50 % schon darüber nachgedacht haben, ihren Beruf aufzugeben – rund doppelt so viele wie im Durchschnitt aller Fachrichtungen.

Überlange Arbeitszeiten sind aber nur einer der Gründe für die große Unzufriedenheit in der Chirurgie, wie die Diplompädagogin

und Coachin Sandra Masemann aus Hannover berichtete. Mindestens ebenso wichtige Aspekte seien der hohe Zeit- und Kostendruck, der in der Chirurgie herrscht, gepaart mit noch immer sehr ausgeprägten Hierarchien und patriarchalischem Führungshandeln.

Patriarchalischer Führungsstil verprellt den Nachwuchs

Entsprechend verliere die Chirurgie im Lauf der Ausbildung viele potenzielle Nachwuchskräfte. „Das Krankenhaus-System steht vor dem Kollaps, hier besteht dringender Handlungsbedarf!“, betonte Masemann und zitierte exemplarisch O-Töne aus dem Klinikalltag, die sie in ihren Seminaren und Coachings zusammengetragen hat:

- ▶ „Heute hat mich noch keiner angeschrien! Ein guter Tag!“
- ▶ „Als Oberärztin bin ich in der Fresskette etwas weiter oben.“
- ▶ „Wenn du Beef mit dem Chef hast, dann ruft der alle Kollegen in Deutschland an. Du siehst keine Sonne mehr.“
- ▶ Die OPs sind getaktet wie ein VW-Werk. Wenn du den Schnitt 30 Sekunden zu spät ansetzt, hast du ein Problem.“
- ▶ „Bist du blöde?“ schreit mich der Oberarzt im OP an und OP-Besteck fliegt durch den Raum.“
- ▶ „Das ist doch Standard!“, werde ich angebrüllt, als ich nachfrage. Nur leider hat hier jeder seinen eigenen Standard.“
- ▶ „Nach der OP nochmal etwas durchsprechen oder der Wunsch, gemeinsam zu operieren? Das wird mir als Schwäche ausgelegt. Da schaue ich lieber ein YouTube-Video an.“
- ▶ „Es gibt kein Budget für Weiterbildung. Für Führung schon gar nicht.“
- ▶ „Ich bin mutterseelenallein. Als Chefarzt kann ich mit niemandem sprechen, wenn ich überfordert bin. Nicht mal mit Kollegen einer anderen Klinik.“

Häufig bäten Chirurgeninnen und Chirurgen in Führungspositionen um Diskretion, wenn sie sich bei ihr wegen eines Coachings meldeten, berichtete die Referentin. Denn in der Chirurgie sei es – anders als in anderen Branchen – bislang nicht akzeptiert, die eigene Rolle als Führungskraft zu hinterfragen und sich auf diesem Gebiet weiterzubilden. Chirurgeninnen und Chirurgen in Führungspositionen verstünden zwar

ihr chirurgisches Handwerk, aber nicht das Handwerk Führung. Doch Menschen ab Generation Y (also Jahrgang 1980 bis 1994) fragten mehr nach dem Warum, forderten Freiraum für eigene Ideen und Bedürfnisse. „Es braucht eine andere Sorte Führungskräfte, die Enabler sind, nicht patriarchalische Anführer“, erklärte Masemann. Führungskräfte müssten die individuelle Leistungsfähigkeit ihrer Mitarbeitenden einschätzen können, die soziale Unterstützung im Team stärken und Führen vor allem als Vermeiden von Demotivation begreifen. Woraufhin ihre Vorrednerin Aline Tiegelkamp ergänzte: „In anderen Branchen sind die fachlichen Experten nicht zwingend diejenigen mit Personalverantwortung, das müsste doch bei uns auch möglich sein!“

Ein Eisbrecher allein hält die Fahrerin nicht offen

Dr. Silvia Weiner, die am Sana Klinikum Offenbach die Klinik für Adipositaschirurgie leitet, versteht sich durchaus als Führungskraft des neueren Typus. Sie schilderte aber auch die Schwierigkeiten, die mit dem neuen Führungsverständnis einhergehen: „Entscheidungsspielraum und partizipierender Führungsstil erfordern Mitarbeitende, die auch mitentscheiden wollen“, betonte sie, „als Chef ist man Eisbrecher – der allein hält aber nicht die Fahrerin offen!“ Sie beschrieb zeitgemäße Führung als einen permanenten Spagat zwischen kreativer Eigeninitiative und standardisiertem Vorgehen innerhalb der gesetzten Leitplanken. „Die jüngeren Führungskräfte in der Chirurgie ticken schon so ähnlich wie ich, bei den älteren ist es... schwierig“, sagte sie.

Tatsächlich bestätigte die Coachin Masemann, dass die überholten Hierarchien im Medizinbetrieb sich besonders hartnäckig halten. Und je verkrusteter die hierarchischen Strukturen, desto schwieriger sei auch das Aufbegehren dagegen. So manch eine und einer im Plenum nickte wissend: Sie werden von Menschen aus ihrem Umfeld, die in anderen Branchen arbeiten, regelmäßig kopfschüttelnd gefragt, warum sie sich solche Arbeitsbedingungen und einen solchen Umgangston überhaupt gefallen lassen. Eine junge Ärztin lieferte die Erklärung:

Antje Thiel

Redaktionsleitung
VMK Verlag für Medizinkommunikation GmbH
Chirurgen Magazin + BAO Depesche
www.bncev.de

Dachsweg 5, 25335 Elmshorn
Tel.: 04121 2763634
antje.thiel@vmk-online.de
www.vmk-online.de



Foto: Thiel

„In anderen Branchen können Mitarbeitende z.B. sexuelle Belästigung melden, die bei uns an der Tagesordnung ist. Aber wenn wir als Assistenzärzte aufbegehren, kommen wir halt nicht mehr in den OP!“

In der Niederlassung ist Arbeiten auf Augenhöhe möglich

Der BNC-Vorsitzende Jan Henniger, der Vorträge und Diskussion aufmerksam verfolgt hatte, lenkte das Gespräch allerdings auf einen ganz anderen Punkt: „Die geschilderten Probleme scheinen mir alle sehr kliniklastig. Dabei gibt es mit unseren chirurgischen Praxen parallele Strukturen, in denen Weiterbildungsassistenten vieles von dem lernen können, was erforderlich ist – und zwar mit Eins-zu-Eins-Betreuung. Da ist mehr Arbeiten auf Augenhöhe möglich.“ Offenbar sei vielen Nachwuchsärztinnen und -ärzten gar nicht klar, dass man sich in der Chirurgie niederlassen und zuvor auch Teile der Weiterbildung im ambulanten Setting absolvieren kann. „Dafür müsste es viel mehr Werbung geben!“, war daraufhin im Plenum zu hören.

Es sind also noch dicke Bretter zu bohren, bis ‚New Work‘ sich auch in der Chirurgie etabliert hat. Dabei muss der Kliniksektor eindeutig einen größeren Kulturwandel vollziehen als der vertragsärztliche Bereich. Doch auch niedergelassene Chirurginnen und Chirurgen können dazu beitragen, junge Nachwuchskräfte für die Chirurgie zu begeistern.

Einfach gesunde Beine mit Mikroschaum

[Varizen-Sklerotherapie]

Die alternative Behandlungsoption¹
für alle Typen von Varizen:

- ✓ Hohe Patientenzufriedenheit²
- ✓ Ultraschall-kontrolliert | minimal-invasiv | modern
- Unverzichtbar für eine komplette Beinbehandlung



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

www.besenreiser-krampfaderefrei.de

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



kreussler
PHARMA

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

SpiFa-Fachärztetag

Echtes Interesse oder bloße Lippenbekenntnisse?

Nach der Eröffnung beteuerte der online zugeschaltete Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach seine Wertschätzung für die ambulante Facharztmedizin als eine „ganz zentrale Säule unserer Versorgung“. Doch sein Versprechen, „diese Ressource zu pflegen und Ihnen die Arbeit zu erleichtern“, stieß auf geteiltes Echo.

Von Antje Thiel

Am 16. und 17. März 2023 fand der diesjährige Fachärztetag des Spitzenverbands Fachärzte (SpiFa) statt, an dem nach Angaben des Veranstalters 150 Personen vor Ort in Berlin und weitere 500 virtuell teilnahmen. In seiner Eröffnungsrede formulierte der SpiFa-Vorstandsvorsitzende Dr. Dirk Heinrich die Forderung nicht nur der Fachärzteschaft nach einer Politik des Konsens und des gemeinsamen Handelns aller beteiligten Akteure. „Doch was erleben die Fachärztinnen und Fachärzte? Ein chaotisches Vorgehen, ein versuchtes Durchregieren und eine Gesundheitspolitik unter einer Führung, die auf dem ambulanten Auge blind ist“, kritisierte Heinrich.

Würden alle Reformvorhaben so umgesetzt wie aktuell geplant, prophezeite Dr. Heinrich eine Wartezeiten- und Wartelistenmedizin, weil sich niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zwangsläufig aus der GKV-Versorgung zurückziehen und sich stattdessen verstärkt der Privatmedizin zuwenden müssten. „Herr Lauterbach, Sie wollen doch nicht als Vater der Wartelistenmedizin in Erinnerung bleiben“, mahnte der SpiFa-Vorsitzende und forderte mehr Beteiligung: „Große Reformen gelingen nur im Konsens – und gegen die Ärzteschaft ist noch keine Reform gelungen!“ Der online zugeschaltete Bundesgesundheitsminister, der die Rede Dr. Heinrichs verfolgt hatte und direkt im Anschluss mit einer Keynote zu Wort kam, zeigte sich betont versöhnlich und erklärte, er sei „dankbar, wie Sie die Probleme geschildert haben“.

Die aus seiner Sicht drängendste Herausforderung ist der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen, auch in der Facharztmedizin: „Daher brauchen wir ressourcenfreisetzende Reformen, damit wir die Versorgung gut organisieren können.“ Potenzial für eine solche Freisetzung von Ressourcen sieht der Minister allerdings nicht in der Abschaffung der vermeintlichen ‚doppelten Facharztschiene‘: „Ich werde immer wieder darauf angesprochen, dass wir uns angesichts des Ärztemangels die doppelte Facharztschiene nicht leisten können, diese Debatte wird tatsächlich immer wieder in Berlin geführt. Doch da gehe ich nicht mit. Ich bin ein großer Befürworter der freien Niederlassung für Fachärzte.“

Minister hofft auf gutes Miteinander mit der Ärzteschaft

Und damit nicht genug: Nach einer Aufzählung diverser Reformbausteine – u. a. Entbudgetierung in der Kinder- und perspektivisch auch Hausarztmedizin, Überarbeitung der Approbationsordnung, mehr Medizinstudienplätze, elektronische Patientenakte und Gesundheitskioske – erklärte Prof. Lauterbach: „Ich hoffe auf ein gutes Miteinander mit Ihnen und möchte, dass Sie zur Kenntnis nehmen, dass für mich die niedergelassenen Fachärzte eine ganz zentrale Säule unserer Versorgung sind. Ich sehe Ihre Leistungen jeden Tag, somit will ich alles tun, was ich kann, um diese Ressource zu pflegen und Ihnen die Arbeit zu erleichtern.“ Der Minister betonte darüber hinaus, er würde sich freuen, über die Ergebnisse des Fachärztetages informiert zu werden, damit man diese in seinem Haus auswerten könne.

Gastgeber Dr. Heinrich freute sich über die versöhnlichen Töne aus dem Ministerium. Als „positiv denkender Mensch“ wertete er Prof. Lauterbachs Äußerungen als Auftakt zu einem Dialog: „Ich freue mich deshalb auf den Austausch mit dem Minister.“ Und auch bei den online Teilnehmenden fanden die Ideen des Ministers durchaus gewissen Anklang. So schrieb eine Person im Chat: „Wirklich gute Ansätze. Aber weiß Lindner bereits von diesen Reformideen?“

In welchem System wollen wir Patientin oder Patient sein?

Deutlich skeptischer äußerte sich der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Dr. Klaus Reinhardt, in der anschließenden Podiumsdiskussion: „Was der Minister äußert, sind reine Lippenbekenntnisse. Ein besserer Einsatz unserer Mittel gelingt nicht, wenn ein paar Referenten im BMG zusammensitzen und Ideen sammeln. Besser wäre es, mit den Menschen, die tatsächlich im System arbeiten, zusammenzukommen und zu diskutieren.“ Gemeinsam mit Prof. Wolfram Herrmann vom Institut für Allgemeinmedizin der Charité Berlin, Dr. Sandra Zimmermann vom WifOR Institute, SpiFa-Chef Dr. Heinrich und Dr. Susanne Wagenmann von der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) diskutierte Dr. Reinhardt über die Frage, welches Gesundheitswesen aus Patientensicht wünschenswert ist.

Prof. Hermann erklärte, die wohnortnahe Versorgung brauche eine besser koordinierte Zusammenarbeit zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung. Hierbei könne Deutschland von anderen Ländern lernen. In Singapur etwa wähle sich jeder Patient einen Hausarzt wohnortnah und lege sich auf ihn fest, was z.B. Vorteile bei Pandemien oder Impfkampagnen habe. „Die feste Zuordnung heißt aber auch, dass wir eine klare Aufgabenteilung zwischen Hausärzten und Spezialist*innen brauchen – damit Sie sich auf die wirklich komplexen Fälle konzentrieren können und keine Verdünnerscheine mehr brauchen“, erklärte der Experte. Für eine bessere Kommunikation zwischen den verschiedenen Behandelnden in Form von Fallkonferenzen nannte Prof. Hermann Norwegen als Positivbeispiel. Dafür notwendig sei – unpopulär, aber notwendig – allerdings eine Überweisungspflicht. „Nicht wie bisher mit einem einfachen Zettel, sondern mit einer genaueren Aufgabenstellung und Einstufung der Dringlichkeit, damit die Spezialist*innen dann priorisieren können“, sagte er.

Antje Thiel

Redaktionsleitung
VMK Verlag für Medizinkommunikation GmbH
Chirurgen Magazin + BAO Depesche
www.bncev.de

Dachsweg 5, 25335 Elmshorn
Tel.: 04121 2763634
antje.thiel@vmk-online.de
www.vmk-online.de



Foto: Thiel

daher die Schweiz eine nachahmenswerte Blaupause: Dort seien die Gesundheitsausgaben pro Kopf nur minimal höher als in Deutschland, aber es gebe deutlich weniger Krebsneuerkrankungen und auch ein niedrigere Rate bei den Zivilisationskrankheiten, „und zwar, weil man pragmatischer an die Dinge herangeht, Patienten als mündig ansieht und ihnen Eigenverantwortung zutraut.“

Für SpiFa-Chef Dr. Heinrich wiederum ist die Abschottung der Sektoren ein zentrales Problem, das unbedingt angegangen werden sollte. „Wir haben in der Vergangenheit leider starre Grenzen eingezogen und zu wenig zusammengearbeitet.“ Dass bei einer besseren Durchlässigkeit des Systems viele Krankenhäuser überflüssig werden, zeigt aus seiner Sicht der nördliche Nachbar Dänemark, wo es im ganzen Land mittlerweile nur noch 18 große sogenannte Superkrankenhäuser gibt, in denen die stationäre Behandlung zentralisiert wird. „Die haben sich getraut, das System anzupacken. Wir tun uns damit schwer, obwohl es hier auch dringend nötig wäre.“

Doch auch im ambulanten Bereich sieht Dr. Heinrich Potenzial für zentralere Einheiten – etwa in Form von Gruppenpraxen, in denen mehrere Fach-

richtungen zusammenarbeiten und Patientinnen sowie Patienten bei Bedarf rasch an eine Kollegin oder einen Kollegen weitergeleitet werden können. „In solchen Einrichtungen macht die Arbeit auch mehr Spaß, und sie sind ein Modell, das der ärztliche Nachwuchs bevorzugt.“

Gesunde Beschäftigte als Voraussetzung für Prosperität

Die Volkswirtin Dr. Sandra Zimmermann wiederum lenkte die Aufmerksamkeit auf den in ärztlichen Kreisen in der Regel wenig goutierten Begriff der Gesundheitswirtschaft. Man sollte diese besser als einen relevanten Teil unserer Wirtschaft sowie als Motor für Wachstum und Beschäftigung betrachten. „Auch die WHO setzt sich dafür ein, Gesundheitsausgaben nicht nur als Kostenfaktor zu betrachten“, betonte sie. Für die Arbeitgebervertreterin Dr. Wagenmann ist es dennoch wichtig, Effizienzreserven zu heben, damit unser Gesundheitswesen auch langfristig finanzierbar bleibt. Sie sagte aber auch: „In diesen Zeiten des Fachkräftemangels brauchen wir unsere Beschäftigten sehr. Die Prosperität dieses Landes beruht auf guter Arbeit, dafür brauchen wir ‚all hands on deck‘ – und dafür müssen unsere Beschäftigten gesund sein!“



Der SpiFa-Vorsitzende Dr. Dirk Heinrich (links) zeigte sich optimistisch angesichts der versöhnlichen Töne des online zugeschalteten Bundesgesundheitsministers Prof. Karl Lauterbach (rechts)

Wo läuft's besser: In Norwegen, der Schweiz oder Dänemark?

Für BÄK-Präsident Dr. Reinhardt klingelten angesichts dieser Vorschläge, die auf eine Einschränkung der freien Arztwahl hinauslaufen, offensichtlich die Alarmglocken: „Auch in zehn oder 20 Jahren wäre mir als Patient wichtig, dass ich eine Wahl habe und meinen Arzt selbst aussuchen kann. Die Individualität des Arzt-Patienten-Verhältnisses ist ein Kernmerkmal unseres Gesundheitswesens.“ Das Gefühl, als Individuum ernstgenommen zu werden, wirke sich auch positiv auf die Adhärenz aus, meinte Dr. Reinhardt.

Der BÄK-Präsident möchte lieber an einer anderen Stelle ansetzen, um Ressourcen freizusetzen: „Wir sind das Land mit der höchsten Zahl von Arzt-Patienten-Kontakten – aber vor allem deshalb, weil das System es so vorgibt.“ Schließlich müsste ein Bluthochdruckpatient nicht zwingend einmal pro Quartal kommen, Sprechzeit beanspruchen und Rezepte abholen, wenn er mit seiner Erkrankung gut zurechtkommt. Dr. Reinhardt plädierte dafür, die Ausgestaltung der Behandlung und auch die Verteilung der Ressourcen stärker in ärztliche Verantwortung zu legen: „Dann gäbe es auch wieder mehr Arzttermine!“ Für ihn bietet

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
Meyenburg 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 Mitteldeutschland

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

ANC Mittelfranken

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

ANC Niederbayern

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

ANC Niedersachsen

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

ANC Nordrhein

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

ANC Oberbayern

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

ANC Oberfranken

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

ANC Oberpfalz

Dr. Heinz Rödl
Krankenhausstraße 12
93149 Nittenau
Telefon 09436 902294

ANC Rheinland-Pfalz

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

ANC Schleswig-Holstein

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

ANC Schwaben

Dr. Thomas Fleiner
Frölichstr. 13
86150 Augsburg
Telefon 0821 4534360

ANC Südbaden

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

ANC Südwürttemberg

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

ANC Unterfranken

Dr. Harald 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@bnceev.de

Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO): Kontakt zu den Regionalverbänden und zur Geschäftsstelle

Landesverbände Ambulantes Operieren (LAO)

LAO Bayern e.V.

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

LAO Berlin e.V.

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

LAO Brandenburg e.V.

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

LAO Hamburg e.V.

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

LAO Niedersachsen e.V.

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

Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO)

Präsident

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

Vizepräsident

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

Schatzmeister / Synopse PKG

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

Schriftführer

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

Beisitzer internat. Beziehung / IAAS

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

Beisitzerin

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

Beisitzer / IT

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

Beisitzer / AND

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

Ehrenpräsident

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

BAO Geschäftsstelle

Geschäftsführerin

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

Mitgliederverwaltung

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

KV Nordrhein

Neue VV will Nachwuchsgewinnung und Praxisnetze stärker fördern

Bei ihrer ersten Sitzung der 16. Wahlperiode am 24. März 2023 diskutierten die Delegierten zentrale Fragen der neuen Amtszeit. „Ob bei der Reform der ambulanten Notfallversorgung, Entbudgetierung oder Digitalisierung – die Zeiten werden herausfordernd“, erklärte der KVNO-Vorstandsvorsitzende Dr. Frank Bergmann. So müsse die dauerhafte Unterfinanzierung des ambulanten Versorgungssystems beendet werden. Zahlen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) zufolge verliere jede Praxis zurzeit – unter anderem infolge

des allgemeinen Preisanstiegs von 8,7% im Land – im Schnitt 76 Euro pro Tag. Durch die vereinbarten Honorarsteigerungen könnten hiervon aber gerade einmal zwei Prozent abgedeckt werden. „Das reicht nicht einmal, um die gestiegenen Personalkosten auszugleichen – das kann und darf so auf keinen Fall bleiben!“, forderte Dr. Bergmann.

Keinen zeitlichen Aufschub sieht der KVNO-Vorstand auch beim Thema Sicherstellung. Hier setzt die KVNO auf das bewährte Instrument des Strukturfonds – ein von der niedergelassenen Vertragsärzteschaft mitfinanzierter ‚Werkzeugkoffer‘, der weiter ausgebaut werden soll. So werden künftig zusätzliche finanzielle Mittel für die



Foto: KV Nordrhein

Mit großer Mehrheit beschloss die VV der KVNO die Anpassung der Sicherstellungsrichtlinie, wonach u. a. zusätzliche Mittel für die Nachwuchsförderung an den nordrheinischen Medizinfakultäten und für den Aufbau von Praxisnetzen zur Verfügung gestellt werden.

Nachwuchsförderung an den nordrheinischen Medizinfakultäten zur Verfügung gestellt. Die KVNO beteiligt sich im Rahmen der Initiative Deutschlandstipendium. Außerdem sollen Workshops mit den Fachschaften angeboten werden, um schon frühzeitig bei Medizinstudierenden für die Tätigkeit im ambulanten Bereich zu werben.

Darüber hinaus wird die Förderung anerkannter Praxisnetze ausgebaut. „Vernetzte Strukturen tragen erheblich zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung

bei. Wir wollen diese Strukturen nutzen, um gemeinsam innovative Versorgungskonzepte zu erproben. Dafür möchten wir zeitnah einen Ideenwettbewerb initiieren“, sagte der KVNO-Vize Dr. Carsten König. Bislang hatte die zu lange Dauer bis zur Zulassung und die zu geringe Einstiegsförderung Praxisnetzen die Arbeit erschwert.

Den entsprechenden Anträgen des Vorstands und des Hauptausschusses zur Anpassung der Sicherstellungsrichtlinie folgte die VV jeweils mit großer Mehrheit.

Mitschnitt der KVNO-VV vom 24. März: www.kvno.de/medien/mediathek

Baden-Württemberg

Unfallchirurg Dr. Frank Miller als Ärztekammerpräsident bestätigt

Seit 2019 hat der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie aus Leinfelden-Echterdingen das Amt des Präsidenten der Landesärztekammer Baden-Württemberg inne, am 4. März 2023 wurde er bei der konstituierenden Vertreterversammlung mit 86 von 91 gültigen Stimmen für die kommenden vier Jahre wiedergewählt. Er war als Spitzenkandidat für den MEDI-Verbund angetreten.

Bei der erneuten Amtsübernahme sagte Dr. Frank Miller vor den Delegierten, die Pandemie habe die Weiterentwicklung der Ärztekammer beschleunigt. „Diese Dynamik müssen wir für die längst fälligen Modernisierungsprozesse unbedingt erhalten. Als Kammer müssen wir Dienstleister für die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen sein und sie in ihrer Tätigkeit unterstützen und entlasten und nicht behindern.“ Es gehe jetzt darum, den „Schwung aus der letzten Wahlperiode aufzunehmen, Projekte



Foto: Ronny Schönebaum

Bleibt für weitere vier Jahre Präsident der Ärztekammer: Dr. Frank Miller

weiter voranzutreiben und neue Themenfelder anzupacken“.

Der 60-Jährige gab an, er wolle neben seinem Präsidentenamt auch weiterhin als Orthopäde und Unfallchirurg mit Praxis in Echterdingen im Landkreis Esslingen praktizieren: „Für das Amt ist es wichtig, dass ich auf Augenhöhe mit den Kolleginnen und Kollegen bleibe, dass ich die Entwicklungen des Gesundheitswesens in meiner Praxis als Arzt miterlebe.“ Für die nächste Amtsperiode stehen vor allem die Themen Ärztinnen- und Ärztemangel, Digitalisierung und Bürokratie auf seiner Agenda. „Ich fordere endlich einen ehr-

lichen Bürokratieabbau. Nur eine Gesellschaft, die sich auf das Wesentliche beschränkt, kann in der Krise bestehen“, betonte Miller.

Kontakt: www.aerztekammer-bw.de, www.medi-verbund.de

ANC Schleswig-Holstein

„Eine moderne Praxis ist ohne ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht machbar!“

Eine Stunde lang war der Vorsitzende der ANC Schleswig-Holstein, Dr. Bertram Wittrin am 11. Januar 2023 nicht nur Arzt, sondern empfang im Eingangsbereich seiner chirurgischen Praxis auch seine Patientinnen und Patienten, las Chipkarten ein und ging ans Telefon. Sein vorübergehender Einsatz als Medizinischer Fachangestellter (MFA) war Teil einer über den Jahreswechsel gemeinsam durchgeführten Protestkampagne der Ärztenossenschaft (äg) Nord, der fachärztlichen Berufsverbände und des Dachverbands der Praxisnetze Schleswig-Holstein (DPN-SH).

Diese endete am 8. März mit einem erfolgreichen Fazit. „Mit dieser Informationskampagne haben wir die niedergelassene Ärzteschaft wieder in den Blickpunkt der Politik und Medien gerückt“, erklärte der stellvertretende Vorsitzende der äg Nord und Koordinator der Kampagne, der Urologe Dr. Axel Schroeder. Die Initiative hatte im Herbst 2022 als konzertierte Aktion und Antwort auf das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz gestartet. Jeden Monat waren die Mitgliedspraxen der beteiligten Organisationen aufgerufen, demonstrativ auf die Defizite in verschiedenen Facetten der Gesundheitsversorgung hinzuweisen.

Beim Aktionstag am 7. Dezember 2022 etwa, als es um die prekäre Finanzlage der vertragsärztlichen Praxen ging, stand die Protestaktion unter dem Motto ‚Unseren Praxen geht das Licht aus!‘. Die teilnehmenden Praxen blieben zwischen 8 und 9 Uhr dunkel – natürlich nicht, ohne zuvor ihre Patientinnen und Patienten über den Hintergrund des symbolischen Abschaltens zu informieren. Hierfür hatten die Organisatoren – ebenso wie für den Aktionstag im Januar, als Praxischefs mit ihrem kurzzeitigen Verzicht auf MFA auf den Fachkräftemangel in

der ambulanten Versorgung aufmerksam machten – Postkarten- und Postermotive für die Patienteninformation online bereitgestellt.

Die Aktion verfehlte ihre Wirkung nicht. So wurde der ANC-Vorsitzenden Dr. Wittrin am 11. Januar bei seinem einstündigen Einsatz als MFA von einem Fernsehteam des Senders SAT1 Regional begleitet. Ohne die Unterstützung seiner MFA lief der Praxisbetrieb mehr schlecht als recht. „Man kommt sehr schnell an seine Grenzen, gerade wenn mehrere Patienten gleichzeitig kommen oder gehen und betreut werden müssen“, erklärte er dem Fernsehteam. „Eine moderne Praxis ist ohne ihre guten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die auch entsprechend qualifiziert sind, nicht machbar“, betonte der Chirurg.



Screenshot: Thiel

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

Praxisbörse: MCL 31 Laser zu verkaufen

Wegen Praxisaufgabe stehen zum Verkauf:
Erbium YAG Dermablade von Asclepion (5 Monate alt),
Melag Euroklav 23 VS+ (18 Monate alt) und weitere Geräte.

Kontakt: Dr. Henner Sauer, henner.sauer@googlemail.com
Mobil: 0170 9860169, Tel.: 02739 47172

Genau diese Botschaft wollten die teilnehmenden Praxen mit ihrer Aktion in die Welt tragen. Denn wie äg-Nord-Chef Dr. Schroeder gegenüber SAT1 erklärte, brechen in Schleswig-Holstein etwa ein Drittel aller auszubildenden MFA bereits im ersten Lehrjahr ihre Ausbildung ab. Auch über die Gründe für diesen Nachwuchsmangel klärte der Fernsehbeitrag auf: Hohe Arbeitsdichte, Personalmangel und zu geringes Lohnniveau machen den Beruf zunehmend unattraktiv für den potenziellen Nachwuchs. Und auch die schleswig-holsteinische Gesundheitsministerin, Kerstin von der Decken (CDU) kam zu Wort. Sie wünscht sich ebenfalls mehr Wertschätzung für die Arbeit von Praxen und ihren Angestellten. Doch die meisten Stellschrauben hierfür gebe es nun einmal auf der Ebene der Bundespolitik.

Der Kieler Chirurg Dr. Wittrin ist zufrieden mit der mehrmonatigen gemeinschaftlichen Kampagne: „Es war gut, dass uns Ideen und Informationsmaterial zur Verfügung gestellt wurden und wir damit eine Matrix für jede einzelne Aktion hatten. Es wäre deutlich schwieriger gewesen, derartige Aktionstage auf eigene Faust ins Leben zu rufen.“

Kurzlink zur Mediathek von SAT1 Regional: tinyurl.com/56h8jjmp

Link zur Protestkampagne und ihren Materialien:

<https://aegnord.de/protestkampagne/>

Westfalen-Lippe

Ärzttekammer sieht AOP-Vertrag als „Schnellschuss“, der Fehlanreize setzt

Ambulant durchgeführte Operationen können unter Umständen stationäre Behandlungen im Krankenhaus ersetzen. Den seit Beginn des Jahres geltenden Vertrag über derartige Leistungen (AOP-Vertrag) sieht die Ärztekammer Westfalen-Lippe jedoch als „Schnellschuss“. Die derzeitige Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung setze falsche Anreize. „Das Konzept birgt die Gefahr, dass Versorgungslücken entstehen, vor allem zu Lasten mehrfach erkrankter Patientinnen und Patienten, die besonders intensive Betreuung brauchen“, warnte Ärztekammerpräsident Dr. Hans-Albert Gehle Ende März 2023 in einer Pressemitteilung. Er forderte: „Der Vertrag muss schnell nachgebessert werden.“

Grundsätzlich sei zu begrüßen, dass viele Leistungen, für die Patientinnen und Patienten sich früher in stationäre Behandlung in einer Klinik begeben mussten, mittlerweile auch ambulant erbracht werden können, erklärte Dr. Gehle. Ein solches niedrigschwelliges Angebot müsse sich jedoch an der Ausgangslage der Patientinnen und Patienten orientieren. Ein ambulanter Eingriff müsse als Vorteil, nicht als Zumutung für die Patientinnen und Patienten wahrgenommen werden.

Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die ambulante Operationen durchführen, dürften mit der Weiter- und Nachbetreuung ihrer Patientinnen und Patienten nicht allein gelassen werden, forderte die Ärztekammer. Insbesondere alleinstehende und betagte Menschen seien zunehmend auf die Organisation häuslicher Versorgung und Pflege angewiesen. Das betreffe beispielsweise ältere Brustkrebs-Patientinnen nach einer Lymphknoten-Entfernung, deren ambulante Wundversorgung aufgrund von Fachkräftemangel und Kapazitätsengpässen schwierig werden könne. „Die Nachbetreuung muss geregelt sein und außerhalb bestehender Budgets vergütet werden“, unterstrich Dr. Gehle.

Der aktuelle AOP-Vertrag habe zwar das Spektrum ambulant durchzuführender Maßnahmen erweitert. Eine auskömmliche Finanzierung dieser Leistungen sei damit jedoch nicht sichergestellt, kritisierte der Ärztekammerpräsident. „So werden die Impulse zur Ambulantisierung von Behandlungen gehemmt, Patienten mit hohem Versorgungsaufwand drohen abgelehnt zu werden.“ Hinzu komme, dass manche Leistungen des dreiseitigen Vertrages an hohe Anforderungen geknüpft sind, die unter ausschließlich ambulanten Bedingungen nicht ohne Weiteres umzusetzen sind. Das dürfe nicht dazu führen, dass erforderliche Maßnahmen so lange hinausgezögert werden, bis eine stationäre Aufnahme unumgänglich wird. „Denn das wäre am Ende nicht nur teurer, sondern auch risikoreicher für Patientinnen und Patienten“, betonte Dr. Gehle.

Kontakt: www.aekwl.de

KV Bayern

„Reformen nur mit Beteiligung der Niedergelassenen umsetzen!“

Die geplanten Reformen im Krankenhausbereich und bei der Notfallversorgung sowie die Digitalisierung des Gesundheitswesens standen im Fokus der Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), die am 18. März 2023 in München stattgefunden hat. Dabei übte die Vertretung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Bayern deutliche Kritik an der Bundesregierung und insbesondere an Bundesgesundheitsminister Professor Karl Lauterbach. Dessen Interesse gelte ausschließlich dem stationären Bereich, die Sorgen und Nöte der ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten sowie deren Teams in den Praxen hingegen würden durch die Bundespolitik sträflich vernachlässigt.

Einstimmig verabschiedete die VV unter Leitung der Vorsitzenden Dr. Petra Reis-Berkowicz eine Resolution, in der die Vorschläge der Regierungskommission für eine Reform der Notfallversorgung abgelehnt werden und eine Mitwirkung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte eingefordert wird. Die großen Herausforderungen im Gesundheitswesen, wie insbesondere die ambulante Versorgung einer immer älter werdenden Bevölkerung bei einer zugleich stark abnehmenden Zahl an niederlassungswilligen Ärztinnen und Ärzte, lassen sich aus Sicht des Vorstands der KVB nur gemeinsam lösen.

Dennoch seien die Erfahrungen der Expertinnen und Experten aus den Praxen bislang in keiner Form berücksichtigt worden. Vielmehr habe man angesichts der Vorschläge der Reformkommission den Eindruck, so der Vorstand der KVB, „dass Patienten, die ungesteuert im System herumhüpfen, belohnt werden sollen“. Auch bei der Krankenhausreform fällt das Urteil des Vorstands der KVB negativ aus: „Die Praxen müssen bluten, damit defizitäre und für die Versorgung nicht dringend benötigte Krankenhäuser am Leben gehalten werden.“ Als weiteres Beispiel für eine verfehlte gesundheitspolitische Strategie des Bundes diskutierte die VV über die geplanten Gesundheitskioske, die flächendeckend eingerichtet und durch Pflegekräfte geleitet werden sollen. Nicht nur stelle sich die Frage, wer solche teuren Parallelstrukturen zu den Praxen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte überhaupt brauche. Auch sei fragwürdig, woher denn geeignetes Personal für die Gesundheitskioske angesichts des grassierenden Fachkräftemangels kommen solle.

Ebenfalls einstimmig verabschiedete die VV der KVB eine Resolution zu den Plänen der EU-Kommission in Bezug auf einen Europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS). In der Resolution fordert die VV der KVB unter anderem das bedingungslose Recht der Patientinnen und Patienten ein, der geplanten Registrierung ihrer intimsten Gesundheitsdaten in der EHDS zu widersprechen. Im aktuell vorliegenden Entwurf der EU-Kommission sei dies nicht vorgesehen.

Kontakt: www.kvb.de

Aktuelles zum Arztrecht vom BNC-Justiziar

Revision nach Schönheitsoperation: Wer trägt die Kosten?

Insbesondere bei Brustvergrößerungen mit Silikonimplantaten kamen in der Vergangenheit potenziell gesundheitsgefährdende Materialien zum Einsatz. Neben der Frage der Indikation zur Explantation stellt sich die Frage nach der Kostenübernahme für solche Eingriffe bzw. etwaige Schadensersatzforderungen.

Von Jörg Hohmann

Das aktuell prominenteste Beispiel für schadhafte Brustimplantate sind die Produkte des französischen Herstellers Poly Implant Prothèse SA (PIP). 2010 wurde bekannt, dass ein potenziell gesundheitsschädliches Industriesilikon verwendet wurde, hiervon waren bis zu 400.000 Frauen betroffen. Das Unternehmen wurde 2011 aufgelöst. In Frankreich wurden zudem Implantate des Herstellers Allergan unter dem Handelsnamen Biocell sowie Produkte des Herstellers Arion, Sebbin, Nagor, Eurosilicone und Polytech verboten. In Deutschland wird ein solches Verbot aktuell nicht erwogen.

Zuständig für ein Verbot gesundheitsgefährdender Arzneimittel und Medizinprodukte wäre nach dem Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetz das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Dieses könnte Implantate zurückrufen, vom Markt nehmen oder ihnen den Marktzugang verwehren. Grundlage ist § 12 Nr. 1 Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetz (MPEUAnpG), in dem es heißt: „Es ist verboten, ein Produkt in den Verkehr zu bringen, in Betrieb zu nehmen, auf dem Markt bereitzustellen, zu betreiben oder anzuwenden, wenn der begründete Verdacht besteht, dass das Produkt, selbst wenn es sachgemäß angewendet, in Stand gehalten oder seiner Zweckbestimmung entsprechend verwendet wird, die Sicherheit und die Gesundheit der Patienten, der Anwender und Dritter unmittelbar oder mittelbar in einem Maß gefährdet, das nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft nicht mehr vertretbar ist.“

Vor Inverkehrbringen muss in Deutschland ein Konformitätsbewertungsverfahren durchgeführt werden. Bestandteil dieses Verfahrens ist die Überprüfung des Qualitätssicherungssystems, die Prüfung der Produktauslegung und die Überwachung. Dieses Verfahren scheint möglicherweise nicht ausreichend zu sein, soweit nur die Unterlagen und die Qualitätssicherung, nicht aber die Produkte selbst geprüft werden.

Individuelle Entscheidung über den Austausch des Implantats

Ob und wann auf den Austausch eines Implantates gedrängt werden sollte, richtet sich nach den Empfehlungen des BfArM. Im Fall der schadhafte PIP-Produkte wurde schnell nach Bekanntwerden



die Explantation als Vorsichtsmaßnahme empfohlen. Dabei ging man davon aus, dass das Risiko des Silikonaustritts aus der Implantathülle gegenüber hoch qualitativen Implantaten mehrfach erhöht sei und mit zunehmender Tragedauer ansteige. Ein Implantatversagen sei nicht zuverlässig im Rahmen von Nachsorgeuntersuchungen festzustellen. Ausgetretenes Silikon könne zu Gewebereaktionen führen als auch im Körper (z. B. in den Lymphknoten) verteilt werden.

Dennoch bleibt die Entscheidung über einen möglichen Austausch stets eine individuelle Entscheidung, die in eigener Risikoabwägung der Patienten zu treffen ist. Neben der Frage nach der Indikation zur Explantation stellt sich die Frage, ob für solche Eingriffe eine Kostenübernahme der Krankenkassen greift. Nach einer Entscheidung des Sozialgerichts Berlin (Urteil vom 10.12.2013 – Aktenzeichen S 122 KR 1474/12) waren die Kosten für eine Explantation durch die Krankenkasse zu tragen, weil diese medizinisch notwendig ist (es handelte sich in dem Fall um nachgewiesene minderwertige Brustimplantate des Herstellers PIP). Der Kostenübernahmeanspruch der Patientin hatte sich aus § 27 Abs. 1 SGB V ergeben: Danach haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhindern oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Aber Achtung: Der Anspruch kann nach § 52 Abs. 2 SGB V auch eingeschränkt sein. Dort heißt es: „Haben sich Versicherte eine Krankheit

durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation [...] zugezogen, hat die Krankenkasse die Versicherten in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen.“

Im genannten Fall hatte das erstmalige Einsetzen der Implantate ästhetische Gründe und war nicht z.B. schmerzbedingt vorgenommen worden. Daher musste sich die Patientin mit zwei Prozent ihrer jährlichen Einnahmen an den Kosten beteiligen. Ist die erstmalige Versorgung mit Implantaten aus rein kosmetischen Gründen erfolgt und nicht zur Behandlung einer Erkrankung, sind in der Regel die Kosten für eine eventuell beabsichtigte ersatzweise Einbringung neuer Implantate nach Explantation vollständig von den Patienten zu tragen.

Haftbarkeit von Ärztinnen und Ärzten oder Hersteller

Bei fehlerhaften Implantaten könnten theoretisch neben dem Hersteller auch Ärztinnen und Ärzte in die Haftungsverantwortung geraten. Ärztinnen und Ärzten droht aber nur dann ein Vorgehen, wenn sie nachweislich Kenntnisse von der Schadhaftigkeit oder Gesundheitsschädlichkeit der Implantate hatten. Wenn sie z.B. heute noch Produkte des Herstellers PIP einsetzen würden, könnten sich Ärztinnen und Ärzte kaum auf Unkenntnis der damit verbundenen Risiken berufen. Solange jedoch die Risiken nicht eindeutig nachgewiesen und publik gemacht sind, ist Ärztinnen und Ärzten hier in der Regel kein Vorwurf zu machen.

Insoweit würden Patienten eher die verantwortlichen Hersteller in Haftung nehmen. Im Fall von PIP ging die Firma allerdings kurz nach Bekanntwerden des Skandals in Insolvenz und wurde aufgelöst, womit sie als Anspruchsgegner wegfiel. Es konnten dennoch Ansprüche gegen den Haftpflichtversicherer des Herstellers gerichtet werden, der allerdings seinen Firmensitz im Ausland hatte. Nach einem Urteil des Oberlandesgerichts Hamm (Beschluss vom 19.06.2017 – Aktenzeichen 3 U 30/17) haften ausländische Versicherer nicht gegenüber in Deutschland geschädigten Patienten, weil der Schutz dieser Haftpflichtversicherung auf das jeweilige Staatsgebiet beschränkt ist. Diese Beschränkung ist wirksam, weil deutsche Patienten nicht aufgrund ihrer Staatsangehörigkeit diskriminiert werden. Wäre eine deutsche Patientin in Frankreich operiert worden, wäre sie schließlich nicht anders zu behandeln als eine ebenfalls dort operierte Französin. Umgekehrt wäre eine in Deutschland operierte Französin nicht besser gestellt als eine in Deutschland operierte Deutsche (Urteil des EuGH vom 11.06.2020 – Aktenzeichen C – 581/18). Es kommt somit nicht auf die Staatsangehörigkeit, sondern auf den Behandlungsort an.

Bei Pflichtverletzung haftet ggf. auch die Zertifizierungsstelle

Neben dem Hersteller und dem Arzt bzw. der Ärztin kommt grundsätzlich auch die Zertifizierungsstelle als Haftungsträger nach § 823 Absatz 2 BGB in Betracht. Solange der Hersteller noch im Geschäft und zahlungsfähig ist, dürfte das Vorgehen gegen diesen zwar als erfolgsversprechender eingestuft werden. Im Fall der PIP wurde aber der TÜV Rheinland in verschiedenen Verfahren zu erheblichen Schadensersatzzahlungen verurteilt. Der Bundesgerichtshof hatte

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

entschieden (Urteil vom 27.02.2020 – VII ZR 151/18), dass auch die Zertifizierungsstellen, die vom Medizinproduktehersteller als Benannte Stelle beauftragt werden, auf Schadensersatz in Anspruch genommen werden können. Medizinprodukte dürfen nach § 6 Absatz 1, 2 Medizinproduktegesetz (MPG) nur dann in Verkehr gebracht werden, wenn zuvor ein vorgeschriebenes Konformitätsbewertungsverfahren nach den strikten Maßgaben der Rechtsverordnung nach § 37 Absatz 1 MPG durchgeführt worden ist. Begeht die Zertifizierungsstelle eine schadensursächliche Pflichtverletzung, muss sie auch dafür zur Verantwortung gezogen werden. Ein Vorgehen gegen die benannte CE-Zertifizierungsstelle ist also dann zu empfehlen, wenn der Hersteller Insolvenz angemeldet und der Arzt bzw. die Ärztin keine Sorgfaltspflicht verletzt hat.

Für Operateure verbleibt aus diesen Geschehnissen vor allem die Erkenntnis, dass bei kritischen Implantaten die Anforderungen an die Aufklärung steigen und Nachweise der erfolgten Aufklärung zur Vermeidung eines Fahrlässigkeitsvorwurfes sorgsam zu dokumentieren sind. ◀

Leserfrage: Braucht mein OP eine Notstromversorgung?

Diese Frage betrifft die Regelungen der ‚Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Absatz 2 SGB V zum Ambulanten Operieren‘. Dort werden in § 6 genaue Vorgaben zu räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen beim Ambulanten Operieren definiert.

In § 6 Absatz 2 b wird zur Ausstattung von OP-Räumen bei Praxen, welche Operationen durchführen, u. a. geregelt: „[...] Lichtquellen zur fachgerechten Ausleuchtung des Operationsraumes und des Operationsgebietes mit Sicherung durch Stromausfallüberbrückung, auch zur Sicherung des Monitoring lebenswichtiger Funktionen oder durch netzunabhängige Stromquelle mit operationsentsprechender Lichtstärke als Notbeleuchtung [...]“

Diese Anforderungen gelten nicht für Praxen, in denen keine der gelisteten Operationen, sondern lediglich kleinere invasive Eingriffe, invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen sowie Endoskopien durchgeführt werden.

Für operativ tätige Praxen gilt, dass die obligat vorzuhaltende Notstromversorgung die Unterbrechung einer Operation bei Stromausfall verhindern soll. Der Ausfall der Stromversorgung könnte zu lebensbedrohlichen Zwischenfällen bei Patienten führen. Es muss beim Operieren somit eine Notstromversorgung vorhanden sein, die bei Stromausfall augenblicklich einspringt. Ob dies durch Akkus oder ein Notstromaggregat gewährleistet wird, liegt im Ermessen des Praxisinhabers bzw. des OP-Zentrumsbetreibers.

CAVE: Eine ausreichende Bereitstellung von Strom im Akkubetrieb muss sichergestellt sein. Die benötigte Stromlast darf nicht zu gering kalkuliert werden. Das Nichterfüllen dieser Voraussetzungen hat im Falle eines Zwischenfalls juristische Bedeutung, sozialrechtlich droht das Ruhen oder der Entzug der Abrechnungsgenehmigung.

Aktuelles zum Arztrecht vom BAO-Justiziar

Verbot der Investorenbeteiligung an MVZ: Ein Angriff auf das Grundgesetz?

Die Lauterbach'schen Pläne zum Kaufstopp von Arztpraxen durch Finanzinvestoren verstoßen gegen elementare Verfassungsgrundsätze. Um die ärztliche Integrität besser vor sachfremden Einflüssen zu schützen, wäre es sinnvoller, die Stellung und Funktion des ärztlichen MVZ-Leiters weitergehend und präziser auszugestalten.

Von Dr. Tobias List

Der Aufschrei in der Szene war groß, als Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach (SPD) kurz vor dem Jahreswechsel medienwirksam verkündete, 2023 ein Gesetz zu erlassen, das eine Beteiligung von Finanzinvestoren („Heuschrecken“) an Arztpraxen zukünftig verhindern solle. Er wolle „einen Riegel davorschieben, dass Investoren mit absoluter Profitgier Arztpraxen aufkaufen“. Auch wenn ein Gesetzesentwurf (noch) nicht vorliegt, sickern erste Entwürfe des Gesetzgebers schon durch. Fest steht in jedem Fall: Ein umfassendes Verbot für Finanzinvestoren, sich an Arztpraxen zu beteiligen, dürfte verfassungswidrig sein.

Investorenbetriebene MVZ (iMVZ) – eine Einordnung

Während eine Beteiligung von Fremdinvestoren an den übrigen vertragsärztlichen Teilnahmeformen bis heute aufgrund berufs- und vertragsarztrechtlicher Regelungen nicht möglich ist, können diese nur über Medizinische Versorgungszentren (MVZ) an der ambulanten Versorgung teilnehmen. Da Investorengesellschaften insofern nicht zu dem nach § 95 Absatz 1a SGB V zur MVZ-Gründung befugten Leistungserbringerkreis zählen, müssen sie sich an der Trägergesellschaft eines gründungsbefugten Leistungserbringers beteiligen, um über dieses ‚Trägervehikel‘ MVZ gründen und betreiben zu können. Nach den Gesetzesänderungen durch das TSVG von 2019 kommen dafür lediglich zugelassene Krankenhäuser im Sinne von § 108 SGB V in Betracht.

Bei Kapitalinvestoren, die auf dem Gesundheitsmarkt aktiv sind, handelt es sich im Übrigen in der Regel um Private-Equity-Gesellschaften oder, seltener, Gesellschaften in Familienbesitz. Typischerweise begreifen diese Investoren ihre Beteiligung als Anlagestrategie für regelmäßiges fremdes Vermögen und versuchen nach relativ kurzer Haltensdauer, die Zieleinrichtung wieder – in den meisten Fällen an einen weiteren Fremdkapitalgeber – weiter zu veräußern. Investorenbetriebene MVZ sehen sich im Rahmen der öffentlichen Diskussionen mehr denn je einer Vielzahl von Kritikpunkten ausgesetzt, die sich im Wesentlichen auf folgende Vorwürfe zusammenfassen lassen:

- ▶ Anbieterdominanz von MVZ in Krankenhausträgerschaft,
- ▶ Gefahr der (ausschließlichen) Gewinnerzielungsabsicht in iMVZ,
- ▶ Abnahme der Versorgungsqualität: Patientengefährdung,
- ▶ Gefahr für ärztliche Unabhängigkeit,
- ▶ Gefahr für flächendeckende Versorgung.

Verfassungsrechtliche Bewertung

Aus verfassungsrechtlicher Sicht würde – abgesehen von einer aus Sicht des Verfassers nur schwer umsetzbaren einfachgesetzlichen Regelung – ein umfassendes Verbot für Kapitalinvestoren, sich an MVZ-Strukturen zu beteiligen, gegen die Verfassung, namentlich Artikel 12 Absatz 1, Artikel 3 Absatz 1 Grundgesetz verstoßen.

Im Einzelnen: Die geplante Einschränkung wird häufig gerechtfertigt mit dem ‚Schutz der Anbietervielfalt auf dem vertragsärztlichen Versorgungsmarkt verbunden mit der Verhinderung einer Anbieterdominanz von MVZ mit Krankenhausträgerschaft‘. Allerdings stellt dies keinen legitimen, d.h. ein Kauf-/Beteiligungsverbot rechtfertigenden Zweck dar. Angesichts der Versorgungssituation auf dem vertragsärztlichen Markt überwiegt der Eindruck, dass ein solches Argument vielmehr den Markt vor Wettbewerb schützen wollte. Denn die Zahl von MVZ mit Krankenhausträgerschaft ist in den letzten Jahren zwar gestiegen, allerdings trifft dies auf alle MVZ unabhängig von der Trägerschaft zu. Zum anderen haben diese MVZ mit Krankenhausträgerschaft immer noch einen sehr geringen Anteil an der Gesamtversorgungssituation. Daher kann auch aus wissenschaftlicher Sicht nicht erwartet werden, dass selbst bei einem noch rasanteren Anstieg dieser Versorgungsform eine Anbieterdominanz von MVZ mit Krankenhausträgerschaft, d.h. mit Investorenbeteiligung entstehen wird.

Gleiches gilt für die anderen Vorwürfe. Insbesondere ist bei den Investoren-MVZ keine schlechtere Versorgungsqualität erkennbar. Anhaltspunkte für eine Gefährdung der Patientengesundheit sind auch nicht ersichtlich. Die in diesem Zusammenhang häufig vorgetragene Gefahrenprognose hinsichtlich der Versorgungsqualität und Patientengesundheit sind insofern inkonsistent und unhaltbar – dies schon deswegen, weil trotz der jahrelangen Erfahrung mit MVZ im ärzt-

lichen Bereich keine nachweisbaren tatsächlichen Anhaltspunkte für die Gefährdung der Versorgungsqualität und des Patientenwohls bei MVZ mit Krankenhausträgergesellschaft bzw. Investorenbeteiligung vorliegen. In Bezug auf die behauptete verstärkte Renditeausrichtung bei der Abrechnung von ärztlichen Leistungen durch Investoren-MVZ ist nicht erkennbar, auf welcher Datengrundlage diese Einschätzung erfolgt. Auffälligkeiten im Abrechnungsverhalten können insofern vielerlei Gründe haben, die jedoch mitnichten den Schluss rechtfertigen, dass in MVZ mit Investorenbeteiligung überwiegend 'lukrative' Leistungen erbracht werden. Diesbezüglich muss außerdem betont werden, dass auch iMVZ den gleichen vertragsarztrechtlichen Kontrollen der Selbstverwaltungsorgane (Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach §§ 106 ff. SGB V und Co.) unterliegen wie jeder andere Vertragsarzt bzw. sonstige MVZ.

Auch sonst wäre ein umfassendes Verbot weder geeignet, noch erforderlich – und vor allem nicht angemessen. Nicht nachvollziehbar bei der Diskussion ist dabei insbesondere, warum Krankenhäuser, an denen Investoren beteiligt sind, die Versorgung im stationären Bereich nicht gefährden, während MVZ mit Krankenhaus- und Investorenbeteiligung ambulant behandelte Patienten gefährden soll. Denn immerhin ist ein Verbot ausschließlich im ambulanten Bereich geplant. Ebenso wenig ist die Regelung in Bezug auf die beabsichtigte Verbesserung der flächendeckenden Versorgung geeignet. Jedenfalls ist nicht ersichtlich, wie die Einführung von MVZ-Gründungsbeschränkungen für einzelne Anbieter vertragsärztlicher Leistungen zu einer Sicherstellung oder Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung führen soll.

Sollen Versorgungsqualität, Patientengesundheit und folglich auch Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung geschützt werden, wäre es im Ergebnis erforderlich und ausreichend gewesen, die Regelungen zur Binnenorganisation des MVZ weiter restriktiver zu gestalten und entsprechende Sicherungsmechanismen zu regeln. Die Organisationsform eines MVZ sieht eine klare Trennung zwischen Gründer- und Trägerebene sowie der Ebene der ärztlichen Leistungserbringung vor. MVZ sind insofern dem restriktiven Zulassungsrecht und die dort tätigen Ärzte, die regelmäßig Mitglied der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung sind, vor allem auch der Kontroll- und Disziplinargewalt der Selbstverwaltungskörperschaften unterworfen. Zu den Regelungen zum Schutz der Integrität ärztlicher Behandlung vor sachfremden Einflüssen zählen daneben insbesondere auch das ärztliche Berufsrecht sowie die speziellen verpflichtenden Vorgaben zur Binnenorganisation eines jeden MVZ.

Eine herausragende Stellung kommt dabei dem ärztlichen Leiter eines MVZ zu, dessen primäre Aufgabe es ist, die Qualität der Behandlung im MVZ und den Schutz der Patienten vor sachfremden Einflüssen sicherzustellen sowie die Einhaltung der vertragsarztrechtlichen Vorgaben zu gewährleisten. Selbst wenn die vorhandene Regulierung zum umfassenden Schutz der schützenswerten Gemeinwohlbelange nicht ausreichen würde, dann wären die Verschärfung und Weiterentwicklung der bestehenden Regelungen relativ mildere Mittel.

Dr. Tobias List

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht
Zertifizierter Datenschutzbeauftragter
KWM LAW PartG mbB

Unter den Linden 24 / Friedrichstr. 155–156
10117 Berlin
Tel.: 030 206143-3, Fax: 030 206143-40
list@kwm-rechtsanwaelte.de
www.kwm-rechtsanwaelte.de



Foto: kwm

In Bezug auf den allgemeinen Gleichheitssatz aus Artikel 3 Absatz 1 Grundgesetz ergibt sich die Verfassungswidrigkeit eines Verbots aus mehreren nicht zu rechtfertigenden Ungleichbehandlungen. Zum einen würde eine unterschiedliche Behandlung von zugelassenen Krankenhäusern und den anderen in § 95 Abs. 1a SGB V genannten Leistungserbringern bei der MVZ-Gründung sowie zum anderen von medizinischen Versorgungszentren und Krankenhäusern erfolgen. Im Lichte von Artikel 12 Absatz 1 Grundgesetz sind die diskutierten Differenzierungsgründe aber nicht sachgerecht.

Die Inkohärenz ergibt sich in diesem Zusammenhang vor allem aus einer unterschiedlichen gesetzgeberischen Bewertung des Gesundheitsschutzes gesetzlich krankenversicherter Patienten in vergleichbaren Situationen. So werden entsprechende Gefahren nur bei einer Krankenhausbeteiligung auf dem ambulanten Markt gesehen, während dies beim stationären Bereich überhaupt keine Erwähnung findet. Im Ergebnis entsprechen die unterschiedlichen Bewertungen und Rechtsfolgenetzungen in diesem Zusammenhang nicht dem Gedanken der Folgerichtigkeit und dem Gebot der Kohärenz.

Fazit: Verkäufe abschließen oder Vorhaben überdenken

Statt weitergehende Beschränkungen auf der Ebene der MVZ-Gründung zu schaffen, sollte zum Schutz der legitimen Gesetzeszwecke – vornehmlich zum Schutz der ärztlichen Unabhängigkeit vor sachfremden Einflüssen – vielmehr versucht werden, bestehende Regelungen der MVZ-Binnenorganisation anzupassen und diese – falls erforderlich – zu stärken. Verfassungsrechtlich würden punktuelle regulatorische Verbesserungen der Binnenorganisation des MVZ mildere Mittel gegenüber den belastenden Eingriffen auf der darüber gelagerten Gründerebene darstellen. Diesbezüglich wäre es nach Auffassung des Verfassers zum in den Vordergrund der öffentlichen Diskussion gestellten 'Schutz der ärztlichen Integrität vor sachfremden Einflüssen' ausreichend, die Stellung und Funktion des ärztlichen Leiters des MVZ weitergehend und präziser gesetzlich auszugestalten. Abschließend muss festgehalten werden, dass ein umfassendes Verbot neben den dargestellten Verfassungsgesichtspunkten auch unionsrechtlich viele Fragen aufwerfen würde.

Sollten Lauterbachs Pläne also tatsächlich umgesetzt werden, sollten bestehende Verkaufsprozesse schnellstmöglich abgeschlossen oder angestoßene Vorhaben überdacht werden. Denn auch trotz vermeintlicher Verfassungswidrigkeit eines Gesetzes tritt dieses zunächst in Kraft und entfaltet seine Wirksamkeit.

Abrechnung

Auszüge aus dem neuen Kompendium 'Der Kommentar zu EBM und GOÄ', Teil 10

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

Von Dr. Dieter Haack

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

► Nr. 246: Abnahme des zirkulären Gipsverbandes

Die Entfernung eines zirkulären Gipses, egal ob am Arm oder Bein (Nummern 230A bis 237D sowie 239A und B) kann mit der Nummer 246 abgerechnet werden.

Arbeitshinweise der UV-Träger

Diese Gebühr kann nur berechnet werden für die Abnahme eines ‚zirkulären‘ Gipsverbandes (Rundgips) mittels Gipschere oder Gipsäge. Zirkuläre Gipsverbände sind die Verbände nach den Nummern 230A bis 237D sowie Nummern 239A und B. Die Entfernung andersartiger Verbände, die keine zirkulären Verbände darstellen (z. B. Gipschienenverbände nach den Nummern 228A bis 228D), ist nicht gesondert berechenbar. Der sogenannte Spaltgips, der zirkulär angelegt und anschließend gespalten wird, ist ein zirkulärer Gipsverband. Die Abnahme kann mit der Nr. 246 abgerechnet werden, obwohl ein Teil des Leistungsinhaltes der Nr. 246 bereits beim Herstellen (Spalten, Aufschneiden) des Gipses erfolgt ist.

Kommentar

Bei einem Spaltgips wird der zirkuläre Gipsverband entweder beim nächsten Arzt-Patienten-Kontakt aufgeschnitten oder direkt nach der Anlage. Dies sind zwei getrennte Vorgänge: Zuerst wird der Gips angelegt, dann nach Austrocknung (die Herstellung ist damit schon

abgeschlossen) aufgeschnitten. Damit sind beide Nummern abrechenbar. Der eventuell darunterliegende Verband ist ebenfalls ansetzbar.

► Nr. 247A: Fensterung, Spaltung, Kürzung oder wesentliche Änderung bei einem nicht an demselben Tag angelegten Gipsverband

Arbeitshinweise der UV-Träger

Bei der Fensterung wird ein Gipsdeckel ausgeschnitten (zur Behandlung/zum Schutz einer Operationsnarbe, eines Drahtes, etc.), der anschließend wieder eingepasst und mit einer zirkulären Binde fest angewickelt wird. Für eine ggf. erforderliche Behandlung an der Wunde wird der Gipsdeckel jeweils abgenommen und dann wieder eingelegt und neu mit einer Binde festgewickelt.

Der Arzt kann die Nr. 247A für die Abnahme und Wiederanlage des Deckels nicht erneut abrechnen, sondern nur die Leistungen für die Behandlung der Wunde (z. B. Nr. 2006 und/oder Verbände nach Nr. 200).

Kommentar

Für die Spaltung des geschlossenen Gipses kann diese Nr. angesetzt werden, gegebenenfalls auch am Tag der Gipsanlage, wenn der Gips zu eng werden sollte. Bei verschiedenen Änderungen am Gips, wie Fensterung und gleichzeitiger Gehbügelanlage ist diese Nr. als auch die Nr. 247B/C ansetzbar.

► Nr. 247B: Schieneneinsetzung, Anlegung eines Gehbügels oder einer Abrollsole bei einem nicht an demselben Tag angelegten Gipsverband

► Nr. 247C: bei Verwendung von Kunststoff

Arbeitshinweise der UV-Träger

Die Nr. 247C UV-GOÄ kann nur in den in der Leistungsbeschreibung genannten Fällen bei Herstellung in der Praxis abgerechnet werden. Das Anlegen eines vorkonfektionierten Cast-Schuhs kann damit nicht abgerechnet werden. Hierfür kann analog die Nr. 210 akzeptiert werden.

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

Schutzkleidung im OP und in der Aufbereitung von Medizinprodukten

Schädigende Einwirkungen wie Mikroorganismen oder Chemikalien stellen eine Gefahr für alle Mitarbeitenden dar. Um Unfälle und Berufserkrankungen zu verhindern, sollten Angestellten nach § 3 des Arbeitsschutzgesetzes alle erforderlichen Mittel zur Verfügung gestellt werden. Hierzu zählt zum Beispiel die Schutzkleidung.

Von Patricia Ley

Die Schutzkleidung ist eine persönliche Schutzausrüstung (PSA), die vor Gefahren schützt, die während der Arbeitstätigkeit auftreten. Diese Gefahren können sehr unterschiedlich sein, wirken aber immer von außen auf die Person ein. Schutzkleidung erfüllt den Zweck, eine Einwirkung zu unterbinden, die kurz- oder langfristig schädigen kann.

Wann welche Schutzkleidung angewendet wird, ergibt sich aus der Gefährdungsbeurteilung. Generell gilt, dass jede Gefahr beseitigt oder entsprechende Produkte, Gegenstände, Arbeitsumgebung oder Arbeitsmethoden substituiert werden müssen.

Gefahren im OP

- ▶ Infektionsgefahr durch Inhalation, Schmierinfektion, Hautkontakt,
- ▶ Verletzungsgefahr durch spitze und scharfe Gegenstände,
- ▶ Exposition durch Gefahrenstoffe wie Reinigungs- und Desinfektionsmittel,
- ▶ Strahlung durch Röntgengeräte,
- ▶ Stromschläge durch defekte oder nicht korrekt gewartete elektrische Geräte,
- ▶ Inhalation chirurgischer Gase oder Narkosegase,
- ▶ Sturz- und Stolpergefahr,
- ▶ Diverse Gesundheitsgefahren wie Hauterkrankung, Rückenbeschwerden, Stress.

Gefahren in der Aufbereitung

- ▶ Infektionsgefahr durch Schmierinfektion,
- ▶ Verletzungsgefahr durch spitze und scharfe Gegenstände,
- ▶ Exposition durch Gefahrenstoffe wie Reinigungs- und Desinfektionsmittel,
- ▶ Stromschläge (siehe oben),
- ▶ Verbrennungen durch heiße Geräte, z. B. Autoklav,
- ▶ Sturz- und Stolpergefahr,
- ▶ Diverse Gesundheitsgefahren: Hände-Haut-Erkrankung, Rückenbeschwerden, Stress.

Schutzausrüstung

Die Schutzausrüstung richtet sich nach Art der Gefahr, die sie abwehren soll. Einige Gefahren bestehen fortwährend, andere können vermieden werden. Nachfolgend eine exemplarische Aufzählung der wichtigsten Elemente der Schutzausrüstung, die allerdings nicht als einheitlicher Praxisstandard zu werten ist. Der Bedarf ergibt sich immer aus der Gefährdungsbeurteilung.

Es gibt vier Arten von **Schutzhandschuhen**. Bei Umgang mit kontaminiertem Material sind Einwegschutzhandschuhe aus Nitril oder Vinyl zu tragen. Latex sollten wegen seiner allergenen Eigenschaften vermieden werden. Bei Arbeiten mit Chemikalien, wie Reinigungs- und Desinfektionsmitteln, sind chemikalienbeständige Schutzhandschuhe zu tragen. Für Tätigkeiten mit Hitze empfehlen sich hitzebeständige Schutzhandschuhe. Für das lange Arbeiten in Handschuhen gibt es Zwirn- oder Baumwollhandschuhe, die dazu beitragen, Hauterkrankungen (Ekzeme) zu vermeiden.

Atemschutzmasken schützen die Schleimhäute von Nase und Mund vor Tröpfcheninfektion, aber auch vor chemischen Aerosolen. Je nach Exposition gibt es Atemschutzmasken mit verschiedenen Filterfunktionen. Im OP und in der Aufbereitung wird generell der medizinische Mund- und Nasenschutz (MNS) getragen. Filtrierende Masken (FFP) schützen vor schädigenden Partikeln wie Tröpfchen und vor Aerosolen.

Schutzschürzen werden getragen, wenn eine Kontamination oder Durchfeuchtung der Arbeits-/Bereichskleidung droht. Sie sollten nicht mit der Steril-Barriere-Kleidung verwechselt werden, welche eine Erregerübertragung von einem Feld in das nächste verhindern soll. Gerade im OP haben sterile Kittel oft zwei Funktionen: die Wahrung der Hygiene und die Sicherstellung des Arbeitsschutzes.

Die **Haarbedeckung** dient dazu, dass Haare und Haarschuppen beim Träger verbleiben. Sie erfüllt vor allem einem hygienischen Zweck, können aber auch bei Mitarbeitenden mit langen Haaren eine Barriere vor Kontamination darstellen.

Die Augen können im OP durch das Verspritzen von Blut oder anderem Gewebe geschädigt bzw. kontaminiert werden. Bei Reinigungs-

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

und Desinfektionsarbeiten sind chemische Flüssigkeiten eine Gefahr. Vorbeugend sollen dann **Schutzbrille oder -visier** getragen werden. Es gibt auch Schutzbrillen, die über einer Brille getragen werden können.

Bei **Lärmbeeinflussung** steht Mitarbeitenden ein Gehörschutz zu. Dies gilt ab 80 db(A) bzw. einer fortwährend einwirkenden Lärmbelastung auch unter 80 dB(A).

Röntgenschutzkleidung wird immer dann getragen, wenn eine Exposition durch Strahlung vorliegt. Die Auswahl hängt von verschiedenen Faktoren ab und sollte personenbezogen durch die Gefährdungsbeurteilung erfolgen. Hier sollte eine fachkundige Person (aktueller Strahlenschutzkurs), der Betriebsarzt oder eine Fachkraft für Arbeitssicherheit hinzugezogen werden.

Arbeitsschuhe sollten den Fuß einschließlich Ferse fest umschließen (Riemen oder Fersenerhöhung), eine rutschfeste Sohle haben und wischdesinfizierbar sein. Lüftungslöcher sollten nur an der Seite zu finden sein. Das Material des Schuhs sollte so fest sein, das bei Herabfallen von Objekten eine Verletzung des Fußes verhindert wird.

Qualitätssicherung

Im Rahmen des Qualitätsmanagements (QM) sollten im QM-Handbuch, bzw. im Hygienehandbuch alle erforderlichen Schutzmaßnahmen aufgeführt werden. Es empfiehlt sich, bei unterschiedlichen Tätigkeiten, bei denen Schutzkleidung getragen werden muss, eine Kurzanweisung zu erstellen. Diese sollte im Arbeitsbereich für jeden gut sichtbar aushängen. Das kann eine Arbeitsanweisung, eine Checkliste oder eine Bildanweisung sein. So erfordert die maschinelle Aufbereitung von Medizinprodukten weniger Schutzausrüstung, weil sie weniger Gefahren birgt. Hier reichen in der Regel die Arbeitskleidung, Einweghandschuhe, Handwaschplatz mit allen notwendigen Produkten, Arbeitskleidung und entsprechendes Schuhwerk. Sobald Reinigungs- und Desinfektionslösungen angesetzt und genutzt werden, sind Schutzschürze, Schutzbrille, chemikalienbeständige Schutzhandschuhe und eventuell Zwirnhandschuhe vonnöten.

Schutzkleidung hat das Potenzial, bei indikationsgerechtem Einsatz die Mitarbeitenden effektiv zu schützen. Vonseiten des Arbeitsgebers sollte sie ausreichend bereitgestellt, im QM verankert und den Mitarbeitenden regelmäßig vermittelt werden. Vonseiten des Arbeitnehmers sollte sie auch genutzt werden. Bei Hindernissen und Problemen stehen zahlreiche fachkundige Personen zur Seite, allen voran kann man immer die Beratung durch die Berufsgenossenschaft heranziehen. ◀

Fortbildung: Termine für das Praxisteam

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. Mai – 24. Juni 2023, Köln

Fachzertifikat – Ambulantes Operieren für Medizinische Fachangestellte und Medizinisches Assistenzpersonal

70-Stunden-Kurs auf Basis des Curriculums der Bundesärztekammer, Inhalte unter anderem: Präoperatives Management, Infektionsprophylaxe, Medizinprodukte

Information und Anmeldung:

Bildungswerk für Gesundheitsberufe, Anne Gerlach

Tel.: 0561 20864815, anne.gerlach@bildungswerk-gesundheit.de

www.bildungswerk-gesundheit.de

31. August 2023, Berlin

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

Unterweisung nach Arbeitsschutzgesetz und DGUV, Gefährdungsbeurteilung

Information und Anmeldung:

Seminarzentrum für medizinische Berufe, Schönhauser Allee 118, 10437 Berlin

Tel.: 030 47370474, info@seminar-mb.de, https://seminarzentrum-mb.de

19. September 2023, Berlin

Kurs Aufbereitung von Medizinprodukten für MFA

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

Information und Anmeldung:

meduplus GmbH, Kurfürstendamm 194, 10707 Berlin

Telefon: 030 555792-550, info@meduplus.de, www.meduplus.de

20. September 2023, Berlin

Personalmanagement in medizinischen Gesundheitseinrichtungen

Ziele und Aufgaben des Personalmanagements, Mitarbeiterführung und Teamgespräche, praktische Übungen

Information und Anmeldung:

Seminarzentrum für medizinische Berufe, Schönhauser Allee 118, 10437 Berlin

Tel.: 030 47370474, info@seminar-mb.de, https://seminarzentrum-mb.de

22. September 2023, Berlin

Kommunikation und Konfliktmanagement

Formen der Kommunikation, Modelle und Methoden, Gesprächstechniken, Umgang mit Beschwerden, Konfliktvermeidung, Fallbeispiele aus der Praxis

Information und Anmeldung:

Seminarzentrum für medizinische Berufe, Schönhauser Allee 118, 10437 Berlin

Tel.: 030 47370474, info@seminar-mb.de, https://seminarzentrum-mb.de

Einstieg jederzeit möglich, Online

Zertifizierter Fernlehrgang

Hygiene-/Sterilgutbeauftragte(r) in Arztpraxen

Instrumentenpflege, Reinigung, Desinfektion und Sterilisation, Verpackung, Kennzeichnung und Lagerung (40 Stunden, 8 Module)

Information und Anmeldung:

PKV Institut GmbH, Goethestr. 66, 80336 München, Tel.: 089 45228090

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



Debus, E. S. und R. T. Grundmann (Hg.): Evidenzbasierte Gefäßchirurgie. Heidelberg: Springer Verlag, 2023. 3. Auflage, 308 Seiten, kartoniert, 59,99 Euro



Jöhr, M.: Kinderanästhesie. München: Urban & Fischer Verlag, 2023. 10. Auflage, 253 Seiten, kartoniert, 54,00 Euro



Jöhr, M.: Fälle: Komplikationen in der Kinderanästhesie. München: Urban & Fischer Verlag, 2023. 1. Auflage, 173 Seiten, kartoniert, 54,00 Euro



Strutz, J. und W. Mann (Hg.): Praxis der HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie. Stuttgart: Thieme Verlag, 2023. 4. Auflage, 1096 Seiten, gebunden, 144,99 Euro

Evidenzbasierte Gefäßchirurgie

Lehrbücher, die operative Techniken beschreiben, gibt es nicht nur in der Gefäßchirurgie zuhauf. Dem vorliegenden Buch liegt allerdings ein anderes Konzept zugrunde: Hier haben die Herausgeber für die 21 wichtigsten gefäßchirurgischen Indikationsgebiete die Empfehlungen der nationalen und internationalen Leitlinien sowie die Ergebnisse von Metaanalysen, Cochrane-Reviews, randomisierten Studien und Registererhebungen systematisch und übersichtlich zusammengestellt.

Auf der Basis dieser umfassenden Literaturrecherche wurden alle wichtigen Publikationen berücksichtigt, die seit Erscheinen der 2. Auflage in den Jahren 2018 bis ins Jahr 2022 erschienen sind, darunter 23 neue oder aktualisierte Leitlinien. Dem Leser wird damit nicht nur die Evidenz, sondern auch der neueste Wissens- und Diskussionsstand vermittelt. Zusätzlich wurde ein Kapitel zum Thema Ulcus cruris ergänzt, erstmals wurde zudem für wichtige Kapitel ein Abschnitt zum perioperativen Management eingefügt.

Fazit: Das Buch spricht ein breites Publikum an und erleichtert das Erstellen von Gutachten ebenso wie Diskussionen mit dem Medizinischen Dienst.

Kinderanästhesie

Kinder sind nicht einfach kleine Erwachsene – dementsprechend erfordert ihre Behandlung spezielle Kenntnisse, insbesondere wenn es bei ihrer Behandlung um Pharmakodynamik und Pharmakokinetik geht.

Im vorliegenden Werk erhalten Interessierte einen umfassenden Überblick über Narkosen bei Kindern: Der Autor informiert detailliert über Anatomie und Physiologie des kindlichen Körpers und hilft mit genauen Angaben zu Auswahl und Dosierung möglicher Medikamente. Die 10. Auflage wurde um neue Kapitel und Themen ergänzt, darunter: ‚Sichelzellerkrankung und Kinder mit dunkler Hautfarbe‘, ‚Das infektiöse Kind‘, ‚Das Kind mit Diabetes‘, ‚High flow nasal oxygen‘, ‚Fascial-Plane-Blockaden‘, ‚Adipositas‘, ‚Metabolische Erkrankungen‘, ‚Tonsillektomie, Tonsillotomie, Adenotomie‘ und ‚Langzeitsteroidtherapie und Nebenniereninsuffizienz (AGS)‘. Auch das Literatur- und das Abkürzungsverzeichnis wurden aktualisiert.

Fazit: Das Buch richtet sich an Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten sowie Fachärztinnen und -ärzte in Anästhesie und Pädiatrie. Auch Anästhesistinnen und Anästhesisten, die bereits Kenntnisse in der Erwachsenen-anästhesie besitzen, finden darin Grundlegendes über physiologische Besonderheiten und Dosierungen sowie Tricks und Kniffe aus der Praxis.

Fälle: Komplikationen in der Kinderanästhesie

Kommen Kinder im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff zu Schaden, schlagen diese Fälle regelmäßig medial hohe Wellen. In den meisten Fällen hätte schon punktuell anderes Entscheiden oder Handeln den klinischen Verlauf völlig verändert. Für eine sichere Versorgung von pädiatrischen Patienten gilt es also, aus den Erfahrungen suboptimaler Situationen zu lernen und die klinische Performance weiterzuentwickeln und zu optimieren.

Dabei kann das vorliegende Werk helfen. Ausgehend von 74 ausgewählten bemerkenswerten Fallbeispielen aus seiner Tätigkeit analysiert und bewertet der Autor klinische Abläufe. Er zeigt mögliche Komplikationen auf und leitet daraus Empfehlungen ab, wie man den häufigsten Fallstricken in der Kinderanästhesie erfolgreich begegnen bzw. diese vermeiden kann. Die beschriebenen Komplikationen umfassen die Themenbereiche Beatmung, Gefäßzugänge, Regionalanästhesie, Medikation und Behandlung von Patienten mit Vorerkrankungen.

Fazit: Das fallbasierte, praxisnahe und kompakte Buch kann helfen, Fallstricke in der Kinderanästhesie zu erkennen und Komplikationen zu meistern.

Praxis der HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie

Die Otorhinolaryngologie ist ein buntes Mosaik aus Erkrankungen verschiedener Regionen, die jedoch alle durch weitgehend identische Untersuchungstechniken verbunden sind.

Die 4. unveränderte Auflage des vorliegenden Werks umfasst nicht nur die chirurgische und konservative Otologie, Rhinologie und Laryngologie, sondern spannt einen großen Bogen von der plastischen und rekonstruktiven Chirurgie über so verschiedene Bereiche wie die Orbitachirurgie und Umweltmedizin bis zur Manualtherapie der Halswirbelsäule. Auch der Ausbildungskatalog für die Gebietsbezeichnung HNO-Heilkunde wurde berücksichtigt, sodass sich der Band ebenfalls für die Vorbereitung auf die Facharztprüfung eignet. Über 1.200 Abbildungen, Zeichnungen, Tabellen und Schemata veranschaulichen den Lernstoff. Das Buch wird vervollständigt durch Handlungsanleitungen und Leitlinien sowie juristische Grundlagen zu Arztrecht und Begutachtung. Der Inhalt des Buches steht ohne weitere Kosten digital in der Wissensplattform eRef zur Verfügung (Zugangscode im Buch).

Fazit: Ein verlässlicher Begleiter auf dem Weg zur Facharztprüfung in der HNO-Heilkunde und darüber hinaus, der den aktuellen Stand des Fachs umfassend darstellt.



Weimann A. et al. (Hg.): **Präoperative Konditionierung des viszeralchirurgischen Risikopatienten**. Heidelberg: Springer Verlag, 2023. 352 Seiten, kartoniert, 54,99 Euro



Hofer-Fald, G.: **Gedolmetschte Ärzt:innen-Patient:innen-Gespräche**. Tübingen: Narr Francke Attempto Verlag, 2023. 314 Seiten, kartoniert, 78,00 Euro



Grützner, P.A. et al. (Hg.): **Referenz Orthopädie und Unfallchirurgie – Becken und Hüfte**. Stuttgart: Thieme Verlag, 2023. 816 Seiten, gebunden, 249,99 Euro



Bartow, K.: **Starke Schulter**. Stuttgart: Trias Verlag, 2023. 6. Auflage. 142 Seiten, kartoniert, 19,99 Euro

Präoperative Konditionierung des viszeralchirurgischen Risikopatienten

Der chirurgisch-technische Fortschritt und die Weiterentwicklung der perioperativen Medizin und Intensivmedizin haben die Grenzen der Operabilität in den vergangenen Jahren deutlich verschoben. Heute werden auch älteren Patienten mit erheblicher Komorbidität noch Operationen angeboten.

Das vorliegende Buch beschreibt Konzept und Anwendungsmöglichkeiten der präoperativen Konditionierung („Prähabilitation“) in der Visceralchirurgie. Ziel ist die Kompensation postoperativer Funktionsverluste durch präoperative Erhöhung funktioneller Reserven. Nach der Pathophysiologie des operativen Eingriffs, auch bei Vorliegen der wichtigsten Risikofaktoren, werden die einzelnen Facetten der Präkonditionierung dargestellt. Dabei stehen neben körperlichem Training und Ernährungstherapie die kognitive Konditionierung und die psychologische Betreuung im Fokus.

Fazit: Das Buch schildert das gezielte Vorgehen bei Operationen in einzelnen Organbereichen und berücksichtigt ebenso neue Verfahren und Anwendungen, die sich beim Konzept der Prähabilitation entwickeln.

Gedolmetschte Ärzt:innen-Patient:innen-Gespräche

Wie verständigen sich Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachpersonen mit Patientinnen und Patienten, wenn sie keine gemeinsame Sprache haben und auf Dolmetscherinnen und Dolmetscher zurückgreifen müssen? Dieser Frage geht die vorliegende Dissertation nach.

Die Basis für die Analysen sind 26 Ausschnitte aus authentischen gedolmetschten Gesprächen zwischen Ärztinnen und Ärzten mit ihren Patientinnen und Patienten. Die theoretische Grundlage bilden die Interaktionale Linguistik, die Multimodalitätsforschung sowie die Dolmetschforschung. Die Videoaufzeichnungen beziehen die multimodalen Handlungen aller Beteiligten mit ein.

Die Ergebnisse zeigen, dass zentrale Anliegen der Patientinnen und Patienten von medizinischer Relevanz wie Schmerzen oder krankheitsbedingte Ängste vonseiten der Behandlungsteams oft ausgeblendet werden. Außerdem demonstriert die Studie erstmals in diesem umfassenden Ausmaß, wie eng die Redebeiträge sowie die Verdolmetschungen mit Blickkontakten, mit der Gestik und der Körperposition verknüpft sind.

Fazit: Das Buch bietet interessante Einblicke in linguistische Gesprächsanalyse und Dolmetschwissenschaft und regt zum Nachdenken an.

Referenz Orthopädie und Unfallchirurgie: Becken und Hüfte

Der stetige Wissenszuwachs und die starke Arbeitsverdichtung in der Medizin machen eine schnelle Verfügbarkeit qualitätsgesicherter Information für eine sichere und effiziente Patientenversorgung unabdingbar. Das vorliegende Werk aus der Reihe ‚Referenz Orthopädie und Unfallchirurgie‘ stellt die Inhalte zum Thema Becken und Hüfte in der Diagnostik und Therapie samt ihren Alternativen dar.

Es umfasst 120 Kapitel, in denen Krankheitsbilder beschrieben und dann im Detail mit Häufigkeit, Altersgipfeln, prädisponierenden Faktoren und Klassifikationen dargestellt werden. Neben der Therapie werden auch Leitplanken zur Nachbehandlung und Einschätzungen zur Prognose aufgeführt. Ergänzende Literatur und Links zu weiterführenden Quellen schließen die einzelnen Beiträge ab. Der Inhalt des Buches steht ohne weitere Kosten digital in der Wissensplattform eRef zur Verfügung (Zugangscode im Buch).

Fazit: Ein hilfreicher Begleiter für Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis, die Menschen mit Hüftbeschwerden qualitätsgesichert behandeln wollen.

Starke Schulter

Das Schultergelenk wird im Alltag und Sport stark gefordert und ist daher für Verletzungen und Entzündungen besonders anfällig. Die Schulter nimmt daher häufig eine Hauptrolle in orthopädisch-unfallchirurgischen Sprechstunden, Therapiesitzungen und im aktiven Trainingsgeschehen ein.

Das vorliegende Ratgeberbuch stammt aus der Feder eines erfahrenen Physiotherapeuten, der anschaulich und verständlich aufzeigt, was Betroffene bei chronischen Schulterschmerzen, Arthrose, Frozen Shoulder, Impingement und anderen Erkrankungen des Gelenks selbst tun können. Er erklärt Aufbau und Funktionsweise der Schulter sowie den Weg zu Diagnose und Therapie. Mithilfe verschiedener Selbsttests können sich Leserinnen und Leser ein erstes Bild über mögliche Beschwerdeursachen machen. Kernstück ist aber ein Trainingsprogramm aus 35 individuell konfigurierbaren Übungen für die Schulter, mit denen die Leserinnen und Leser gezielt auf ihre persönlichen Problembereiche eingehen können. Alle Kapitel sind mit Farbfotos der Übungsabfolgen bebildert, alle Übungen werden von Ausgangsposition über Durchführung, Endposition bis zu Besonderheiten genau erklärt.

Fazit: Mit diesem Ratgeber können Patientinnen und Patienten zu Hause selbst Schulterschmerzen lindern und ihre Beweglichkeit verbessern.

Mai 2023

7. 5. 2023, Berlin (Hybrid-Event)

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, Proktotraumatologie, Darmhypnose

Information und Anmeldung:

MCE Medical Congresses & Events, Gabriele Sponholz
Tannenring 52, 65207 Wiesbaden, Tel.: 0160 8459502, 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

25. 5. 2023, Online-Veranstaltung

Wundversorgung – Was gilt Wann und Wofür?

Themen u.a.: Wundversorgung morgen, Definition von ‚Verbandmittel‘ und ‚sonstigen Produkte zur Wundbehandlung‘, Zuordnung als Verbandmittel im GKV-System, Weg eines Wundprodukts in die Erstattungsfähigkeit, Nutznachweis für ein Produkt zur Wundversorgung, Kennzeichnungs- und Meldepflicht, Verordnung und Abrechnung in der Versorgung

Information und Anmeldung:

BVMed-Akademie, Heike Bullendorf, c/o Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed), Reinhardtstr. 29b, 10117 Berlin, Tel. 030 246255-25
bullendorf@bvmed-akademie.de, www.bvmed-akademie.de
www.bvmed.de/wundversorgung-2023

26. 5. 2023, Wittenberg

Wittenberger Symposium für Chirurgie

Leitthema: Komplikationsmanagement in der Viszeralchirurgie (kolorektale Chirurgie, HPB, Magen/Ösophagus), my worst case – Ich traue mich, geführte Postersession

Information und Anmeldung:

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

Juni 2023

14.–16. 6. 2023, Berlin

HSK Hauptstadtkongress 2023

Themen: Gesundheits- und Pflegemanagement, Ärzteforum, Hauptstadtforum Gesundheitspolitik, ethisches Café, Satellitensymposien

Information und Anmeldung:

m:con – mannheim:congress GmbH, Mila Brnovic
Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim, Tel.: 0621 41066808
hsk.registrierung@mcon-mannheim.de, www.hauptstadtkongress.de

15.–17. 6. 2023, Nürnberg

35. Internationaler Kongress der Deutschen Ophthalmochirurgie (DOC)

Information und Anmeldung:

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg GmbH
Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg, Alena Welnhöfer
Tel.: 0911 39316-57, Fax: 0911 39316-20, welnhoefer@mcn-nuernberg.de
www.doc-nuernberg.de

17. 6. 2023, Nürnberg

Nürnberger Frühjahrssymposium Plastische Chirurgie

Themen u.a.: Korrektur der Körperform (bariatrische und postbariatrische Chirurgie, Lipofilling), Wundbehandlung und Rekonstruktion (komplexe Handgelenksrekonstruktion, Mikrochirurgie), moderne MKG-Chirurgie, funktionelle und ästhetische Rekonstruktionsmöglichkeiten in der HNO-Heilkunde

Information und Anmeldung:

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH
Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, info@nfpc.de, www.nfpc.de

21.–23. 6. 2023, Berlin

Innovations in Coloproctology**7th Live-OP Session and Symposium**

Themen u.a.: Laparoscopic CME for right colon cancer, sphincter repair, hemorrhoids and prolaps, microbiome, sigmoid flap, fat graft for fecal incontinence, video-assisted proctology, decision making in surgery

Information und Anmeldung:

MCE Medical Congresses & Events, Gabriele Sponholz
Tannenring 52, 65207 Wiesbaden, Tel.: 0160 8459502, gs@mce.info
www.coloproctology-waldfriede.com

25.–28. 6. 2023, Stuttgart

74. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie DGNC

Themen u.a.: Neuroonkologie, pädiatrische Neurochirurgie, vaskuläre Neurochirurgie, Schädelbasischirurgie, innovative Technologien, funktionelle Neurochirurgie, periphere Nerven, Management von Komplikationen, Neurotrauma und Intensivmedizin

Information und Anmeldung:

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH
Sandra Thoß und Franziska Niepel, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena
dgnc-kongress@conventus.de, www.dgnc-kongress.de

Juli 2023

7.–9. 7. 2023, Greifswald

13. Maritimes Symposium der Sportmedizin

Themen u.a.: Prävention von Verletzungen beim Seesport, Theorie Segeln, Doping im Wassersport, Praxis Tauchen, Praxis Segeln, Praxis Surfen und Wind Foilen, metabolische Anforderungen an Langstreckenschwimmer, Wassersport für Sportler mit Handicap, Return to Sports bei Wassersportunfällen, Akutbehandlung des Tauchunfalls, Gefäßverletzungen beim Kiten, Verletzungen an Kopf und HWS beim Segeln

Information und Anmeldung:

Sportärztebund Mecklenburg-Vorpommern, Ricarda Albrecht
Chirurgische D-Arzt-Praxis, Leipziger Allee 60, 17389 Anklam, Tel: 03971 293415
Fax: 03971-293416, landesverband@sportmedizin-mv.de
www.sportmedizin-mv.de/images/maritim_symposium__2023.pdf

15. 7. 2023, Mannheim

EDZ-Basiskurs: Proktologie

Information und Anmeldung:

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

19.–21. 7. 2023, München (Hybrid-Event)

VBC 2023 100. Jahrestagung Vereinigung der Bayerischen Chirurgen

(Programm folgt)

Information und Anmeldung:

wikonekt GmbH, Hagenauer Straße 53, 65203 Wiesbaden, Tel.: 0611 204809-0
Fax: 0611 204809-10, info@wikonekt.de, https://vbc-jahrestagung.de

September 2023

1.–3. 9. 2023, Berlin (Hybrid-Veranstaltung)

NARKA 2023

Themen u. a.: Programm folgt!

Information und Anmeldung:

Congress Compact 2C GmbH, Gina Iseman, Sarah Koprowski

Joachimsthaler Straße 31–32, 10719 Berlin, Tel.: 030 88727370

Fax: 030 887273710, info@congress-compact.de, https://narka-live.de

9. 9. 2023, Mannheim

EDZ-Kurs: Anorektaler M. Crohn

Information und Anmeldung:

Deutsches End- und Dickdarm Zentrum Mannheim, Frau Siegl

Bismarckplatz 1, 68165 Mannheim, Tel. 0621 123475-10

edz-akademie@enddarm-zentrum.de

21.–23. 9. 2023, Leipzig

DGA. 2023**52. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie,****7. DGA-Interventionskongress**

Themen u. a.: Neue Entwicklungen in der endovaskulären Gefäßmedizin, Ambulantisierung der peripheren Interventionen, alternative Zugangswege, Läsionspräparation, postthrombotisches Syndrom, Optionen bei „no option“ Patienten, Prävention, vaskuläre Bildgebung, gefäßmedizinische Studien und Leitlinien, interdisziplinäre Versorgung, chronisch venöse Insuffizienz, interventionelle Ansätze bei venöser Thromboembolie, Vaskulitiden rechtzeitig erkennen, Wege in der Angiologie

Information und Anmeldung:

wikonect GmbH, Fabienne Aumann, Hagenauer Straße 53, 65203 Wiesbaden

Tel.: 0611 204809-284, Fax: 0611 204809-10, dga-jahrestagung@wikonect.de

www.angiologie-kongress.de

27.–30. 9. 2023, Osnabrück

39. Jahrestagung Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin

Themen u. a.: Diabetischer Fuß, pAVK, akute und chronische Ischämie, Dialysezugänge, Venen/Phlebologie/Lymphologie, septische Gefäßchirurgie, perioperatives Management, palliative Gefäßchirurgie, politische Rahmenbedingungen, Fachtagung für Pflegeberufe, Qualitätssicherung

Information und Anmeldung:

m:con – mannheim:congress GmbH, Mila Brnovic

Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim, Tel.: 0621 4106-0

hsk.registrierung@mcon-mannheim.de, https://dgg-jahreskongress.de

Oktober 2023

14. 10. 2023, Mannheim

EDZ-Kurs: Hämorrhoidalleiden

Information und Anmeldung:

Deutsches End- und Dickdarm Zentrum Mannheim, Frau Siegl

Bismarckplatz 1, 68165 Mannheim, Tel. 0621 123475-10

edz-akademie@enddarm-zentrum.de

18. 10. 2023, Mannheim

Deutscher Schmerzkongress 2023

Themen u. a.: Interdisziplinäre, multiprofessionelle und intersektorale Versorgung von Schmerz, soziale Aspekte von Schmerz und Schmerztherapie, Grenzen der Schmerztherapie, digitale und innovative Schmerztherapie

Information und Anmeldung:

m:con – mannheim:congress GmbH, Mila Brnovic

Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim, Tel.: 0621 4106-0

info@mcon-mannheim.de, https://deutscherschmerzkongress.de

November 2023

3. 11. 2023, Magdeburg

Magdeburger Chirurgengespräche**und Herbsttagung der Mitteldeutschen Chirurgenvereinigung**

Information und Anmeldung:

MCE Medical Congresses & Events, Gabriele Sponholz, Tannenring 52,

65207 Wiesbaden, Tel.: 0160 8459502, gs@mce.info, www.mdcg-tagung.de

11. 11. 2023, Mannheim

EDZ-Kurs: Hämorrhoiden-Sklerosierung und Gummiband-Ligatur

Information und Anmeldung:

Deutsches End- und Dickdarm Zentrum Mannheim, Frau Siegl

Bismarckplatz 1, 68165 Mannheim, Tel. 0621 123475-10

edz-akademie@enddarm-zentrum.de

23.–24. 11. 2023, Nürnberg

6. Nürnberger Wundkongress

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

Information und Anmeldung:

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Juliane Meißner, Jana Görls

Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, wuko@conventus.de, https://wund-kongress.de

Dezember 2023

6.–8. 12. 2023, München

12th Munich Vascular Conference 2023 (MAC)

Themen folgen in Kürze

Information und Anmeldung:

wikonect GmbH, Lisa Bernert, Hagenauer Straße 53, 65203 Wiesbaden

Tel.: 0611 204809-283, Fax: 0611 204809-10, lina.bernert@wikonect.de

https://mac-conference.com

Jetzt schon vormerken: **Bundeskongress Chirurgie 2024**

Vom **23. bis 24. Februar 2024** findet in Nürnberg der nächste Bundeskongress Chirurgie statt. Sämtliche Informationen zu Programm, Teilnahmegebühren und Anmeldung demnächst unter :

www.bundeskongress-chirurgie.de

Künstliche Intelligenz

Chat GPT: Mehr als die Hälfte entdecken Fehler in den Antworten des Bots

Von Antje Thiel

Der auf künstlicher Intelligenz (KI) basierende, im November 2022 veröffentlichte Chatbot ‚Chat GPT‘ kann menschenähnliche Gespräche führen und auf Anfragen in Form von Textantworten reagieren. Seine Fähigkeit, Texte wie Artikel, Essays oder Websites zu verfassen, birgt das Potenzial, neben Branchen wie Bildung, Forschung, Handel oder Logistik auch das Gesundheitswesen grundlegend zu verändern. Inzwischen haben viele Menschen Erfahrungen mit Chat GPT gesammelt. Sie sind zwar überwiegend zufrieden mit den Antworten des Chatbots – übernehmen diese aber aus gutem Grund nicht ungeprüft.

Noch spielen Chatbots im Gesundheitswesen keine nennenswerte Rolle. Doch prinzipiell eröffnen sich mit der rasanten Entwicklung der künstlichen Intelligenz auch hier zahllose neue Möglichkeiten – etwa in den Bereichen Fernüberwachung und Telemedizin, klinische Entscheidungsunterstützung, elektronische Patientenakte, Echtzeit-Übersetzung sowie der Vorbereitung klinischer Studien.

Chatbot wird vor allem im privaten Alltag genutzt

In der breiten Bevölkerung jedenfalls haben mittlerweile viele Menschen erste Erfahrungen mit Chat GPT gesammelt und stehen dem Thema KI-Anwendungen eher verhalten denn positiv gegenüber. Dies zeigt eine Kurzstudie von Prof. Tobias Kollmann vom Lehrstuhl für Digital Business und Digital Entrepreneurship an der Universität Duisburg-Essen zusammen mit dem Marktforschungsunternehmen Civey (Kurzlink zu den Ergebnissen: tinyurl.com/56h8jjmp). Hierfür wurden über 5.000 Bundesbürgerinnen und -bürger sowie rund 1.500 Nutzerinnen und Nutzer von Chat GPT befragt. Dabei zeigte sich einerseits, dass insgesamt nur 23% der Erwachsenen der Option, mit KI-Anwendungen zu kommunizieren, grundsätzlich positiv gegenüberstehen (41% negativ, 35% unentschieden). Andererseits nehmen die 17% der Befragten, die tatsächlich schon einmal Chat GPT genutzt haben, das Tool durchaus intensiver in Anspruch. Die Frequenz variierte von täglich (5%) über wöchentlich (23%) bis monatlich (21%) und seltener (43%). Die meisten nutzen Chat GPT im privaten Alltag, gefolgt vom beruflichen Umfeld und im Zusammenhang mit Schule, Studium oder Weiterbildung.

Dabei bewerteten 44% der Befragten die Qualität der Antworten mit gut oder sogar sehr gut, nur 11% fanden sie eher schlecht bzw. sehr schlecht. „Die Qualität der Antworten hat jedoch noch nichts mit



der Richtigkeit der Inhalte zu tun“, betont Prof. Kollmann. Tatsächlich haben vier von zehn Befragten (41%) Bedenken, ob die Inhalte der qualitativ gut formulierten Antworten auch tatsächlich richtig sind. Entsprechend überprüfen rund drei Viertel (73%) der Nutzerinnen und Nutzer die Antworten der KI. Und das offenbar zurecht, wie Prof. Kollmann feststellt: „Deutlich über die Hälfte der Befragten (59%) hat schon einmal Fehler in den Antworten von Chat GPT gefunden, so dass von einer automatischen Übernahme der Inhalte und Aussagen dringend abgeraten werden muss.“ Er rät daher dazu, es bei KI wie mit Menschen zu halten: „Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser!“

Chirurgische Einsatzgebiete jenseits der Kommunikation

Speziell in der Chirurgie geht es beim Einsatz von KI perspektivisch allerdings nicht vorrangig um Chatbots für die Kommunikation zwischen Mensch und Maschine, sondern um Einsatzgebiete, wie sie der Schweizer Chirurg Dr. Joël L. Lavanchy bereits Anfang 2022 in ‚Passion Chirurgie‘ [Januar/Februar; 12(01/02): Artikel 05_01] beschrieben hat:

- ▶ Zur Risikostratifizierung und Prognose von Outcomes auf Basis einer algorithmusgesteuerten Datenbankanalyse (z.B. mit dem Risikokalkulator Predictive OpTimal Trees in Emergency Surgery Risk, POTTER, siehe DOI: 10.1097/SLA.0000000000002956)
- ▶ Zum Erlernen der ‚Sprache der Chirurgie‘ in Form standardisierter Abschnitte einer Operation und der hierfür typischen Instrumente, Prozesse und Bewegungsmuster. Auf diese Weise ließen sich z.B. in Aus- und Weiterbildung chirurgische Fähigkeiten per KI beurteilen.
- ▶ Zur intraoperativen Unterstützung bei der Entscheidungsfindung, wobei diese Echtzeit-Anwendungen angesichts beschränkter mobiler Rechenkapazitäten bislang noch in den Kinderschuhen stecken. ◀



Foto: iStockphoto.com / undefined undefined

Bundeskongress Chirurgie 2023

Ambulantisierung verbessert auch die Klimabilanz!

Im Rahmen des traditionellen Herniensymposiums stand mit der Sitzung ‚Fridays for (Hernia) Future‘ erstmals auch das Thema Nachhaltigkeit auf der Agenda. Die hochkarätigen Referenten schilderten darin aus verschiedenen Perspektiven, welche Faktoren den CO₂-Fußabdruck chirurgischer Arbeit beeinflussen.

Von Antje Thiel

„Wir leben alle auf dieser Erde mit ihren begrenzten Ressourcen“, begann der Berliner Hernienexperte Dr. Ralph Lorenz seinen Vortrag und verwies auf den sogenannten ‚Erdüberlastungstag‘ (Earth Overshoot Day), der für Deutschland 2023 auf den 4. Mai 2023 fallen wird: An diesem Tag sind rechnerisch die natürlichen Ressourcen aufgebraucht, die im Laufe eines Jahres von der Erde regeneriert werden. „Auch die Chirurgie ist ein relevanter Produzent von klimaschädlichen Faktoren“, betonte Dr. Lorenz, der dem interessierten Auditorium in der Folge eine Reihe von Gedankenanstößen vermittelte, wie sich die Klimabilanz beim Operieren verbessern lassen könnte.

Als einen zentralen Punkt nannte er die Indikationsstellung, denn schließlich hat ein OP-Verzicht die beste Klimabilanz. Expertinnen wie Prof. Wendy Levinson, Gründerin und Leiterin der Initiative ‚Choosing Wisely International‘ gingen allerdings davon aus, dass bis zu 30 Prozent der medizinischen Leistungen in westlichen Industrieländern auf Überversorgung entfallen. Die Hernienchirurgie bildet hier nach Einschätzung von Dr. Lorenz keine Ausnahme. Hier könnte man beispielsweise dazu übergehen, Verdachtsfälle auf Hernien nicht sofort zu operieren, sondern erst einmal zuzuwarten – denn möglicherweise handele es sich ohnehin nicht um eine Hernie, sondern um einen nicht korrekt diagnostizierten Leistenbeschmerz.

„Chirurgen selbst sind oft höchst kritisch, wenn es um eigene Operationen geht“, betonte Dr. Lorenz. Wenn sie bei sich selbst aber eher zurückhaltend eine OP-Indikation stellen würden, warum empfehlen sie ihren Patientinnen und Patienten dann oft zu einem viel früheren Zeitpunkt einen operativen Eingriff? „Wir müssen also überlegen, wie wir unnötige OPs und damit auch Ressourcen einsparen können.“

Robotische Chirurgie: **Vorzüge bei Ergonomie und Präzision**

Um die Chancen und Risiken sowie Vor- und Nachteile der Roboterchirurgie ging es in gleich zwei Sitzungen beim diesjährigen Bundeskongress Chirurgie. Der in Wiesbaden-Biebrich niedergelassene Chirurg André Serebrennikov berichtete in beiden über seine Erfahrungen mit der robotischen Leistenbruchchirurgie und zeigte sich überzeugt, dass die Robotik in Zukunft alle konventionellen endoskopischen Verfahren ersetzen wird.

Als entscheidenden Vorteil der Robotik bezeichnete Serebrennikov die Ergonomie: „Bei einer klassischen TAPP nimmt man eine wenig rückenfreundliche Haltung ein“, meinte er. Eine offene Operation, bei welcher der Chirurg mit nach unten gerichtetem Blick am OP-Tisch steht, sei ebenfalls nicht gesundheitsförderlich für den Operateur. „Das macht man zehn Jahre lang, dann muss sich der orthopädische Praxispartner um den zervikalen Bandscheibenvorfall kümmern.“ Bislang sei es unter Chirurginnen und Chirurgen zwar nicht üblich, sich bei OP-Techniken auch über die eigene Gesundheit Gedanken zu machen. „Doch wir sollten darüber sprechen. Meine Patienten sind mir wichtig, aber ich selbst bin mir auch wichtig – und ich habe noch etwa 25 Jahre bis zur Rente vor mir, die ich gesund überstehen möchte.“

Als weiteren wichtigen Vorteil der Robotik nannte er die perfekte Sicht auf das OP-Feld, die sich mit dem offenen Operieren vergleichen lasse. Daneben sei auch die hohe Präzision ein entscheidender Vorzug des Verfahrens: „Ich muss mir zum Beispiel keine Sorgen um Dinge wie eine wackelige Kameraführung machen“, erzählte Serebrennikov. Der Roboter speichere auch den exakten Eintrittsweg ab und kehre auch genau dorthin zurück, „ganz ohne Gewackel, das dem Patienten sonst schnell mal Schmerzen bereitet.“

Aus seiner Sicht ist die robotische Chirurgie trotz der deutlich höheren Kosten in der Summe wirtschaftlich: „Die Rate chronischer Schmerzen sinkt rapide von 5 auf 0,5%, auch der Einsatz von Opioiden postoperativ ist seltener erforderlich.“ Chronische Schmerzen nach einer Hernienoperation führten ansonsten häufig zu längerer Arbeitsunfähigkeit oder sogar dauerhafter Berufsunfähigkeit, „manche nehmen sich aufgrund der chronischen Schmerzen sogar das Leben“, mahnte Serebrennikov. Nach einem robotischen Eingriff hingegen seien die Menschen schnell wieder arbeitsfähig.

Trotz der geschilderten Vorteile wird die Roboterchirurgie derzeit zumindest im ambulanten Bereich nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Auch eine Splittung der Kosten – Übernahme der Kosten für eine reguläre endoskopische Operation durch die Kasse, privatärztliche Abrechnung der Zusatzkosten für den robotischen Eingriff – ist derzeit nicht möglich. „Ich führe hierzu allerdings aktuell Gespräche mit der KV – auch wenn da sehr dicke Bretter zu bohren sind“, ergänzte der Viszeralchirurg.

Ein gravierender Nachteil der Methode ist die zusätzliche Umweltbelastung, die durch die Produktion der Robotikeinheiten und die bei jedem einzelnen Eingriff verwendeten Einwegmaterialien entsteht. Dennoch geht Serebrennikov davon aus, dass die Robotik unaufhaltsam weitere Bereiche erobern wird. „Daher sollten wir bei der Industrie umweltfreundlichere Produkte einfordern“, sagte er und nannte als Beispiel gereinigte Einweginstrumente, die vom Hersteller zum Recycling zurückgenommen werden sollten. „Wir sind die Kunden und sollten das einfordern, dann werden wir es auch bekommen!“

Insgesamt zeigte er sich zuversichtlich, dass die aktuell bestehenden Probleme rund um die Robotik lösbar sind. So ließen sich sowohl Kostenrechnung als auch Klimabilanz durch Kooperationen mit anderen Chirurginnen und Chirurgen optimieren. Denn mehrere Praxen, die sich einen Roboter teilen, könnten ihn besser auslasten – das spart Materialeinsatz und Investitionen.

Der CO₂-Fußabdruck einer Operation lässt sich unter anderem durch die Wahl der Narkose beeinflussen: „Volatile Anästhetika sind Klimakiller, aber sie stehen noch in vielen OP-Sälen herum“, erinnerte Dr. Lorenz. So würden Desfluran, Isofluran oder Halothan nur zu fünf bis 20 Prozent vom Patienten metabolisiert und gelangten zu 60 bis 75 Prozent in die Atmosphäre, zu 20 Prozent sogar in die Stratosphäre. „Das entspricht der CO₂-Bilanz von einer Million Autos“, betonte der Chirurg.

Rasche OP-Taktung und sparsamerer Materialeinsatz

Doch auch der Ort der Leistungserbringung wirke sich auf die Klimabilanz aus: „Nur 15 Prozent der Leistenhernien in Deutschland werden ambulant operiert, Tendenz sinkend!“, sagte Dr. Lorenz. Dabei könne die Ambulantisierung die Klimabilanz verbessern, betonte der Chirurg mit Blick auf die rasche OP-Taktung und sparsameren Materialeinsatz im ambulanten Bereich. Im OP selbst – ob in der Klinik oder im ambulanten OP-Zentrum – könne man durch die Umrüstung der Beleuchtung auf LED, durch passend dimensionierte Instrumentensiebe oder den Verzicht auf Einwegmaterialien bei der OP-Abdeckung die CO₂-Bilanz verbessern. Auch im Umgang mit OP-Müll könne man einen Unterschied machen: „Nicht jeder OP-Müll ist kontaminiert und muss verbrannt werden. Man kann auch im OP Müll trennen – das machen wir doch zu Hause auch!“

Zuguterletzt wies Dr. Lorenz auf den unterschiedlichen Ressourcenverbrauch bei den verschiedenen OP-Techniken hin, der in den Leitlinien allerdings bislang nicht berücksichtigt wird: „Wir haben heterogene Patienten mit sehr unterschiedlichen Hernien, und jeder macht seinen eigenen ‚tailored approach‘. Wenn die verschiedenen Techniken am Ende aber doch ähnliche Ergebnisse liefern, sollten wir dann bei der Wahl der OP-Methode nicht auch die Klimabilanz berücksichtigen? Wir haben viel mehr Steuerungsmöglichkeiten als wir denken!“ Der Chirurg regte ein Ranking der OP-Techniken in Bezug auf den jeweiligen CO₂-Fußabdruck mit den Kategorien A bis F an – analog zum Energie-Label für Elektrogeräte:

- ▶ **Kategorie A:** Nicht durchgeführte unnötige Operation,
- ▶ **Kategorie B:** Operation in Lokalanästhesie ohne Netz,
- ▶ **Kategorie C:** Operation in Lokalanästhesie mit Netz,
- ▶ **Kategorie D:** Offene Operation mit Netz,
- ▶ **Kategorie E:** Endoskopische Operation mit Netz,
- ▶ **Kategorie F:** Robotische Operation mit Netz.

Unterschiedlich langlebige Netzmaterialien

In der Hernienchirurgie kann aber auch die Wahl des Netzmaterials einen Unterschied für die Klimabilanz machen, wie der Vortrag von Dr. Axel Dievernich von der RWTH Aachen verdeutlichte. So trage eine hohe Alterungsbeständigkeit von Netzen dazu bei, dass Reoperationen gar nicht oder erst zu einem späteren Zeitpunkt erforderlich werden. „Netze aus Polypropylen (PP) und auch beschichtete Netze werden porös, sie fransen aus. Auch ihre Zugfestigkeit lässt mit der Zeit nach“, berichtete Dr. Dievernich. Weil die Reoperationsrate – und damit auch die ökologische Nachhaltigkeit – also in direktem Zusammenhang zum

Netzmaterial steht, plädierte er dafür, in den Hernienregistern nicht nur die Technik, sondern auch das konkret verwendete Netz zu dokumentieren: „Der Langzeiterfolg hängt schließlich nicht nur vom Chirurgen, sondern auch vom Netz ab.“ Genauere Informationen über das verwendete Netz wären auch für Chirurgen hilfreich, die irgendwann einmal möglicherweise nachoperieren müssen, betonte Dr. Dieverich.

Fachgesellschaften interdisziplinär vernetzen

Prof. Christian Schulz von der Berliner Denkfabrik Centre for Planetary Health Policy (CPHP) lenkte den Blick vom Abfallmanagement und der Klimabilanz einzelner Operationen auf die größeren Zusammenhänge: „Wir sollten unsere Rolle im Gesundheitssektor breiter auf fassen und auch Lebensstilfaktoren sowie Prävention berücksichtigen.“ So trage ein ungesunder Lebensstil zur Klimakrise bei, die wiederum klimabedingte bzw. -verstärkte Erkrankungen begünstige. Diese Folgen wirkten sich unmittelbar auf den Gesundheitssektor und die Versorgungssicherheit aus.

Aktuell würden pro Einwohner jährlich 0,71 Tonnen CO₂ nur für Gesundheits- bzw. Krankheitsversorgung emittiert. „Die Diskussion wird virulenter, und wir als Ärztinnen und Ärzte müssen uns positionieren“, forderte der Experte, der vor seiner Tätigkeit für das CPHP als Anästhesist gearbeitet hat. So gehe es beispielsweise auch

Aktuelle Zahlen: Die Chirurgie als Klimasünder

- ▶ **7–10 Kilogramm Müll** fallen pro chirurgischem Patient im Krankenhaus an. [Quelle: MacNeill et al. Lancet Planet Health 2017;1: e381–88]
- ▶ **8.000 Tonnen hochwertiger Chromstahl** werden in Form chirurgischer Einweginstrumente pro Jahr entsorgt statt recycelt. [Quelle: Fraunhofer-Projektgruppe IWKS, 2014]
- ▶ **2 Prozent aller Emissionen** im britischen Gesundheitswesen entfallen auf Narkosegase. [Quelle: Delivering a 'Net Zero' National Health Service, NHS 2020]
- ▶ Um **Faktor 3 bis 6 höher** ist der Energieverbrauch eines OP-Saals im Vergleich zu anderen Fachbereichen. [Quelle: Shoham et al. Surgery. 2022 Sep;172(3):897-905]

darum, Krankenhäuser und Praxen mit Hitzeaktionsplänen an künftige Hitzewellen anzupassen, damit auch in Extremwetterlagen die medizinische Versorgung sichergestellt sei. Inzwischen hätten glücklicherweise etliche Fachgesellschaften den Ernst der Lage erkannt: „Unser Verein verdoppelt zurzeit jährlich seine Mitgliederzahlen. Die Fachgesellschaften sind unterschiedlich weit bei ihren Aktivitäten zur Klimaneutralität – und wir sehen unsere Aufgabe auch darin, sie interdisziplinär zu vernetzen“, schloss Prof. Schulz. ◀

Spezialist für Radiofrequenz

für Behandlungen in der Proktologie
Hämorrhoiden, Analfisteln, ...

Rafaelo® **Fistura®**
Hämorrhoiden Analfisteln



Proktologie

Aktuelle Therapie der Analfissur: Leitlinien geben strukturierte Empfehlungen

Für akute wie auch chronische Befunde gibt es eine Reihe konservativer und operativer Therapieoptionen. Als Erstlinienbehandlung gilt die Lokalthherapie mit einem Calciumantagonisten, bei länger andauernden Beschwerden sollten operative Verfahren oder auch Injektionen mit Botulinumtoxin erwogen werden.

Von Hon. Prof. Dr. Sven Petersen

Die Behandlung von akuten Schmerzen bzw. die Therapie von akuten Analfissuren stellt in proktologischen Praxen bzw. in einer chirurgischen Notaufnahme eine der häufigsten Aufgaben im Bereich der Proktochirurgie dar. Im Folgenden sollen eine Reihe von wichtigen Aspekten der Behandlung der Analfissur, orientiert an den aktuellen Leitlinien, dargestellt werden.

Pathogenese: Landläufig bekanntes Narrativ entkräftet

Es ist das Verdienst der aktuellen Leitlinien, dass wichtige Aspekte der Analfissur benannt werden bzw. auch bisher fehlende Erkenntnisse auf den Punkt gebracht werden. Einer dieser Aspekte ist die Pathogenese der Analfissur. Die Leitlinien fassen hier die Beschreibung des Krankheitsbildes und die Definition als rudimentär zusammen: Bei einer Analfissur handelt es sich um ein längs verlaufendes Ulkus im Bereich des Anoderms (siehe Abb. 1). Hinsichtlich der Pathogenese wird vorsichtig formuliert, dass der Mechanismus der Fissur-Entstehung nicht vollständig geklärt ist. Das landläufig bekannte Narrativ, wonach sich die Analfissur über eine Verletzung des Anoderms durch festen Stuhlgang mit nachfolgendem konsekutiven Sphinkterspasmus entwickelt, wird nicht unterstützt. Dennoch wird auf die Bedeutung des erhöhten Muskeltonus im Bereich des Musculus sphincter ani internus hingewiesen.

Auch die Minderperfusion im Bereich der hinteren Kommissur als mögliche Ursache wird erläutert [1]. Diese sogenannte primäre Form der Analfissur sollten von sekundären Ursachen als Folge von beispielsweise Immundefizienzen oder anderen Hauterkrankungen unterschieden werden. Auf den möglichen Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer Analfissur und einem Prolapsgeschehen des anorektalen Übergangs wird in den Leitlinien nicht eingegangen. Hier erscheint jedoch eine häufige Koinzidenz, die auf einen möglichen pathophysiologischen Zusammenhang hinweist [2].

Diagnostik: Rektoskopie ist oft nur unter Narkose möglich

Grundsätzlich lassen sich die Formen einer akuten und chronischen Analfissur unterscheiden. Hier gilt die vereinfachte Festlegung, dass die

Fissur nach etwa sechs Wochen Krankheitsdauer als chronische Analfissur bezeichnet werden kann. Die typische klinische Symptomatik ist ein akuter Analschmerz, klassischerweise mit stärksten Schmerzen bei der Defäkation. Mit diesen Beschwerden kommen die Patienten in die proktochirurgischen Praxen bzw. Notaufnahmen.

Neben der Anamneseerhebung sind die klinische bzw. interventionelle Untersuchung mittels Rektoskopie die wichtigsten Maßnahmen zur Sicherung der Diagnose. Auch wenn die Leitlinien die Rektoskopie als Untersuchungsmaßnahme vorsehen, sollte an dieser Stelle zur Vor-



Abb. 1: Typisches Bild einer Analfissur mit Vorpostenfalte bei 6 Uhr Steinschnittlage

Foto: Petersen

sicht gemahnt sein. Ein Patient, der mit akuten Analschmerzen kommt, lässt sich aufgrund der Schmerzen selten angemessen digital rektal untersuchen oder gar rektoskopieren. Des Weiteren ist es sehr fraglich, welcher Erkenntnisgewinn durch eine Rektoskopie bei einem durch den Schmerz extrem beeinträchtigten Patienten zu erzielen ist. Es ist sehr wahrscheinlich, dass aufgrund eines Analspasms weder eine Fissur noch andere Pathologien angemessen dargestellt werden können.

Folgerichtig sei hier auf die wichtige Bedeutung der Narkoseuntersuchung hingewiesen. Kommt der Patient in die Notaufnahme, der sich schmerzbedingt nicht untersuchen lässt, so ist das angemessene Vorgehen, den Patienten über eine Notfallrektoskopie, mit Behandlung nach dem intraoperativen Befund, aufzuklären. Dabei ist die Aufgabe eines jeden Proktochirurgen, für diese Maßnahme angemessene Strukturen vorzuhalten. Die Forderung besteht, dass entweder eine Narkoseuntersuchung in der eigenen Praxis durchgeführt werden kann oder dass die Maßnahme zeitnah in einem kooperierenden Krankenhaus erfolgt.

Therapie: Orientierung am individuellen Beschwerdebild

Die Behandlung der Analfissur orientiert sich erwartungsgemäß vor allem am klinischen Beschwerdebild. Während eine akute Analfissur typischerweise mit erheblichen Schmerzen einhergeht, kann das Beschwerdebild bei einer chronischen Fissur abgeschwächt sein und beispielsweise nur im Rahmen der Stuhlentleerung auftreten. Folge-

Hon. Prof. Dr. Sven Petersen

Asklepiosklinik Altona
Paul-Ehrlich-Straße 1
22763 Hamburg
Tel.: 040 1818811601
Fax: 040 1818814907
sv.petersen@asklepios.com



Foto: Petersen

richtig orientiert sich auch die Behandlung am Ausmaß der Beschwerden bzw. der Ausprägung der Sekundärveränderungen der Fissur.

Die Leitlinien weisen auf die hohe Bedeutung der konservativen Behandlung der Analfissur hin. Es besteht die Konsensusempfehlung zur Behandlung mit Vasodilatoren in den ersten Wochen nach dem Auftreten der Fissur [3]. Gemeint sind hiermit lokal applizierbare bzw. systemisch eingenommene Therapeutika aus dem Bereich der Calciumantagonisten bzw. Glyceroltrinitrate.

Diese Medikamente, die lange aus der Kardiologie bekannt sind, führen zu einer Entspannung glatter Muskulatur und damit Erweiterung von Herzkranzgefäßen. Der gleiche relaxierende Effekt wird auch an den Muskelfasern des inneren Schließmuskels erzielt. Die Leitlinien empfehlen, dass die Anwendung sinnvollerweise lokal angewendet werden sollten, da die systemische Applikation erwartungsgemäß mehr Nebenwirkungen verursachen.

Sowohl die Calciumantagonisten als auch die Glyceroltrinitrate haben einen vergleichbaren Effekt auf den inneren Schließmuskel, bei den Calciumantagonisten sind die systemischen Nebenwirkungen allerdings signifikant seltener, diese sollten gegenüber den Glyceroltrinitraten folgerichtig bevorzugt werden [3]. Aktuell wird Diltiazem-Salbe 2% als Lokalthherapie der ersten Wahl empfohlen. In den Leitlinien wird die oben bezeichnete Salbentherapie in Behandlung empfohlen. Dennoch wird auch darauf hingewiesen, dass bei akuten Schmerzen eine operative Behandlung eine Alternative darstellt.

Fissurektomie

Die Alternative zur konservativen Behandlung, insbesondere bei akuten Schmerzen einer akuten Fissur ist die Operation und damit die Fissurektomie (siehe Abb. 2). Diese operative Maßnahme beinhaltet die Exzision des gesamten Fissur-Komplexes unter Mitresektion der Vorpostenfalte, des Fissur-Randwalles und der hypertrophen Analpapille. Im bundesdeutschen Bereich dürfte diese Maßnahme die häufigste operative Behandlungsform darstellen, genaue Zahlen hierzu fehlen jedoch.

Der theoretische Hintergrund der Fissurektomie ist, dass eine komplizierte Wunde in eine vermeintlich einfache Wunde überführt und dadurch eine Wundheilung ermöglicht wird. Auch wenn konservative Behandlungsoptionen begleitend durchgeführt werden, gibt es sichere Hinweise in der Literatur, dass die Entfernung der Sekundärveränderungen, wie die hypertrophe Analpapille und dem Ulkus-Randwall, zu einer schnelleren Abheilung führt [4].



Foto: Petersen

Abb. 2: Offene Wunden bei 6 Uhr und 12 Uhr
Steinschnittlage nach Fissurektomie



Foto: Petersen

Abb. 3: Botulinumtoxin-Injektion unter digitaler Kontrolle

Eine in Deutschland wenig genutzte Behandlungsalternative ist die laterale Sphinkterotomie des Musculus ani internus. Diese Behandlungsmaßnahme wird in den amerikanischen Leitlinien als Goldstandard zur Behandlung der Analfissur empfohlen [5]. Der Vorteil dieser Maßnahme ist, dass die meisten Patienten rasch beschwerdefrei werden. Der signifikante Nachteil der Sphinkterotomie ist die hohe Anzahl von späten Kontinenzstörungen. Folgerichtig wird die laterale Sphinkterotomie in den aktuellen Leitlinien nicht als Erstlinienbehandlung empfohlen, und auch die Anwendung als Zweitlinientherapie wird mit Zurückhaltung bewertet.

Die alleinige Sphinkterdehnung, wie sie früher häufig allein bzw. in Zusammenhang mit der Fissurektomie durchgeführt wurde, wird in den aktuellen Leitlinien aufgrund der hohen Rate von bleibenden Schließmuskelschäden nicht empfohlen.

Botulinumtoxin: Eine vielversprechende Alternative

Die Behandlung mit Botulinumtoxin stellt eine aktuelle und vielversprechende Alternative zu den oben genannten konservativen Behandlungsoptionen dar. Botulinumtoxin als Nervengift führte zu einer lang-anhaltenden lokalen Hemmung der motorischen Endplatten. Dies führt zu einer lokalen Lähmung quer gestreifter Muskulatur. Das Botulinumtoxin wird unter digitaler Kontrolle in den Schließmuskel appliziert (siehe Abb. 3). Der große Vorteil der Botulinumtoxin-

Applikation beruht in der sicheren Wirkung auf die Muskeln im Bereich, in dem das Medikament appliziert wurde. Die muskelrelaxierende Wirkung hält für drei bis maximal sechs Monate an. Ein weiterer wesentlicher Vorteil besteht darin, dass die Wirkung nach dieser Zeit vollständig reversibel ist [6].

Als schwerwiegende Probleme bzw. Nachteile von ‚Botox‘ müssen gelten, dass das Medikament zum jetzigen Zeitpunkt in Deutschland nicht für die Anwendung am Enddarm zugelassen ist. Während Botulinumtoxin A für die kosmetische Anwendung im Gesicht, die Behandlung von spastischem Schiefhals oder Hyperhidrosis zugelassen wurde, fehlt die Zulassung für die Anwendung im Bereich des analen Schließmuskelapparates. Diese Tatsache hat zur Folge, dass ein Patient bei jeder Anwendung über den sogenannten ‚Off-Label-Use‘ informiert werden muss.

Ein weiteres Problem besteht in der Abrechnung dieser medizinischen Maßnahmen. Das Botulinumtoxin, das für 100 Einheiten einige hundert Euro kostet, wird sinnvollerweise im Rahmen von ambulanten Eingriffen angewendet. Für die Anwendung besteht im ambulanten Abrechnungskatalog (auch AOP-Katalog) derzeit jedoch keine Abrechnungsziffer, sodass das Medikament nicht über den ambulanten AOP-Katalog abgerechnet werden kann.

Fazit: Leitlinien geben strukturierte Empfehlungen

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass für die akute Analfissur wie auch das chronische Krankheitsgeschehen eine Reihe von konservativen und operativen Therapieoptionen zur Verfügung steht. Es ist das Verdienst der aktuellen Leitlinien, hier eine strukturierte Empfehlung abzugeben.

Bei einem überschaubaren Beschwerdebild sollte die Erstlinienbehandlung mit einem Calciumantagonisten angeboten werden. Sind die Beschwerden, insbesondere im Rahmen der Defäkation, zu stark, sollte auch über eine frühe operative Behandlung der Fissur nachgedacht werden. Die Einstellung in Narkose und OP nach Befund ist die wichtigste diagnostische und therapeutische Maßnahme bei einem Patienten, der sich mit akuten analen Schmerzen vorstellt.

Die konservative Behandlung wird heutzutage zeitgemäß mit dem Calciumantagonisten Diltiazem durchgeführt. Sollte sich hierunter keine Beschwerdefreiheit einstellen, muss auch die operative Behandlungsoption geprüft werden. Für den bundesdeutschen Bereich stellt die Fissurektomie die wichtigste Behandlungsmaßnahme dar. Bei länger anhaltenden Beschwerden sollte auch immer die Optionen zur Behandlung der Botulinumtoxin geprüft werden, diese reversible Maßnahme sollte insbesondere bei rezidivierenden Fissuren in Erwägung gezogen werden. Der große Vorteile der Botulinumtoxin-Injektionen stellen das minimal invasive Vorgehen und die Reversibilität dar. ◀

Literatur

Zu den Literaturverweisen gelangen Sie online über den Kurzlink <https://tinyurl.com/9fnd6nmf> bzw. indem Sie den nebenstehenden QR-Code scannen.





Foto: Pixabay

Proktologie

Beckenboden und Schmerz: ein Krankheitsbild myofaszialen Ursprungs

Beim chronischen Beckenbodenschmerz handelt sich um eine sehr heterogene Erkrankung. Sie ist für die Patientinnen und Patienten entkräftend und häufig multifaktoriell. Wichtig ist die Bündelung der Befunde zum Erarbeiten akzeptabler Behandlungsstrategien, am besten im Rahmen einer Beckenbodenkonferenz.

Von Dr. Georg Aumann

Zum Suchbegriff ‚pelvic floor pain‘ in Pubmed gab es im Jahr 2000 lediglich 22 und im Jahr 2022 bereits 237 Publikationen. Besonders in den vergangenen fünf Jahren ist das Thema zunehmend in den Fokus gerückt. Viele Publikationen kommen aus dem uro-gynäkologischen Spektrum. Häufig wird das Thema auch im Zusammenhang mit sexueller Dysfunktion [1] und postpartaler Beckenboden Funktionsstörung behandelt. Überwiegend scheinen Frauen betroffen zu sein [2], aber es gibt auch Hinweise für sexuelle Dysfunktionen im Zusammenhang mit Beckenbodenschmerzen bei Männern [3].

Interdisziplinäres Thema

Alle medizinischen Disziplinen, die mit Erkrankungen im Unterbauch beschäftigt sind, werden mit Beckenschmerzen im weitesten Sinne konfrontiert. Ursprünglich haben Gynäkologen und Urologen sich wissenschaftlich mit Schmerzen im Becken beschäftigt, weil Beschwerden dort häufig mit Funktionsstörungen wie Urininkontinenz, Dysmenorrhoeen oder Vaginalprolapsen bzw. Beschwerden im Rahmen eines Deszensus perinei vergesellschaftet sind. Jedem proktologisch tätigen Chirurgen begegnen ebenfalls Patienten mit Becken-, oder Beckenbodenschmerzen. Unterschiedlichste Erkrankungen der

Beckenorgane lösen Beckenschmerzen aus. Diese müssen zunächst subtil von tatsächlichen Beckenbodenschmerzen differenziert werden. Dazu ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit bestenfalls in Beckenbodenkonferenzen notwendig.

Differenzialdiagnosen

Die häufigsten Beckenschmerzen werden durch gynäkologische Grunderkrankungen hervorgerufen, aber auch im Bereich der Viszeralmedizin, Urologie, Orthopädie, Neurochirurgie und Psychosomatik kommen verschiedenste Differenzialdiagnosen in Frage (siehe Tabelle 1 auf Seite 51). Wenige Entitäten wie die Extrauterine Gravidität (EUG), Appendizitis, Hodentorsion oder Nephrolithiasis sind akute Notfälle, und wenige Entitäten wie Karzinome und Metastasen sind lebensbedrohend. Deshalb ist es sehr sinnvoll, die Diagnostik breit anzulegen und die Patienten konsiliarisch umfangreich vorzustellen.

Differenzierung Becken- und Beckenbodenschmerz

Nur ein sehr geringer Anteil an Beckenschmerzen lässt sich tatsächlich auf Beckenbodenschmerzen zurückführen. Während andere Beckenschmerzen sehr heterogen sind (scharf, schneidend, stechend, ►

brennend, plötzlich oder dumpf, schwer, drückend oder auch krampfend oder pochend), lässt sich der Beckenbodenschmerz in seinen Qualitäten recht gut eingrenzen. Oft handelt es sich um einen langsam beginnenden, anhaltenden, häufig auch aktivitätsabhängigen Schmerz, der stark zur Chronifizierung neigt. Lassen sich dann durch sogenannte Triggerpunkte lokale oder ausstrahlende Schmerzempfindlichkeiten auslösen, so liegt die Verdachtsdiagnose eines myofaszialen Beckenbodenschmerzes nahe [4].

Anatomische Korrelate und Gegebenheiten

Der Beckenboden funktioniert nicht als ein ‚Boden‘. Dieser Begriff suggeriert einen starren Untergrund, der ein festes Widerlager gegen Belastung aus dem Bauchraum darstellt. Vielmehr handelt es sich um

ein komplexes Geflecht von Muskeln und Sehnenzügen [5]. Insbesondere die myofaszialen Übergänge des Beckenbodens scheinen für den Beckenbodenschmerz verantwortlich zu sein.

Wenn man das Becken von außen betrachtet (siehe Abb. 1), also wie bei der Untersuchung in Steinschnittlage, ist das Ligamentum anococcygeum im dorsalen Kompartiment mit seinem sehnigen Ursprung für den M. levator ani und den M. sphincter ani externus ein Schmerzpunkt. Lateral scheinen die Ansatzsehnen des M. transversus perinei superficialis und profundus als Schmerzpunkte in Frage zu kommen.

Von innen betrachtet (siehe Abb. 2) ist im dorsalen Kompartiment vor allem die Raphe anococcygea als Ursprung des M. puborectalis und Pubococcygeus, also des M. levator ani, ein Schmerz-Trigger-Areal. Ventral und lateral sind die myofaszialen Übergänge des Arcus tendineus

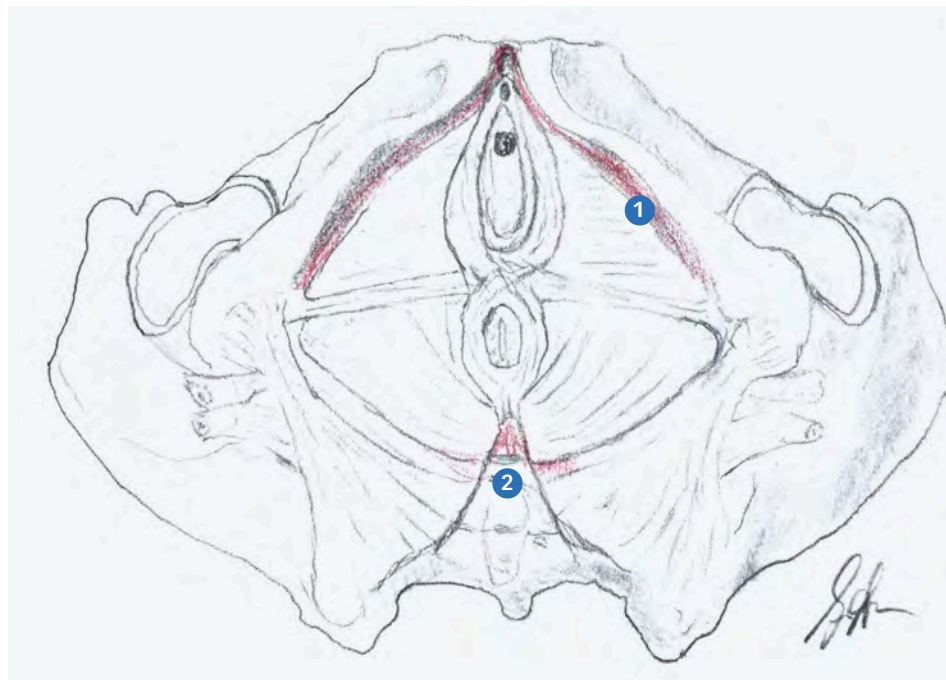


Abb 1: Myofasziale Beckenstrukturen von außen

(rot: Schmerz-Triggerpunkte)

- 1 Ansatz des M. transversus perinei superficialis und profundus
- 2 Ligamentum anococcygeum

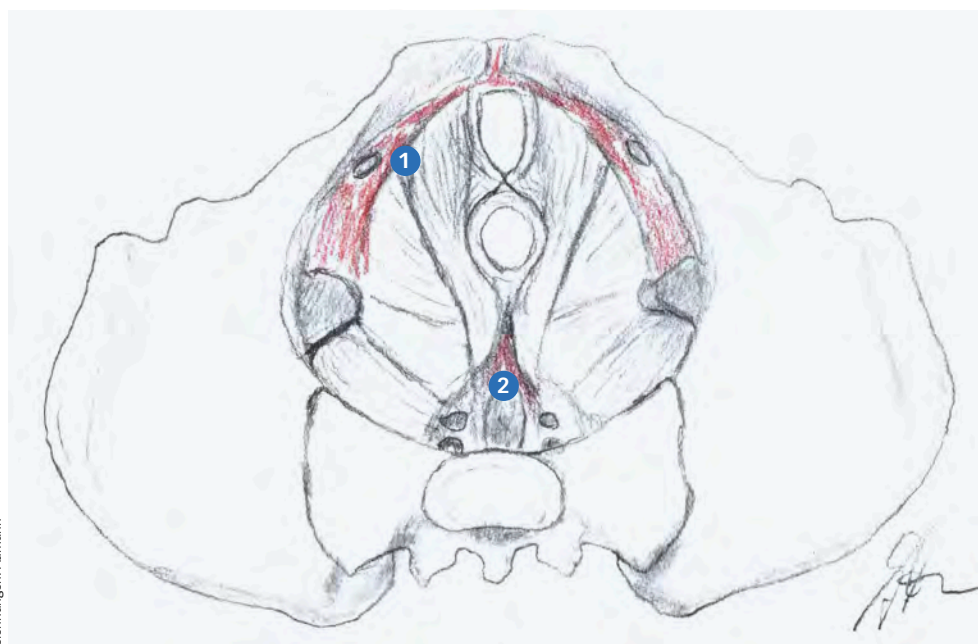


Abb 2: myofasziale Beckenstrukturen von innen

(rot: Schmerz-Triggerpunkte)

- 1 Arcus tendineus M. levatoris ani und unmittelbar latero-dorsal anschließende Fascia obturatoria
- 2 Raphe anococcygea

Dr. Georg Aumann

Facharzt für spezielle
Viszeralchirurgie/Proktologie (EBSQ),
Sektionsleiter Kolonproktologie

Klinikverbund Allgäu gGmbH
Klinik Mindelheim
Bad Wörishofer Str. 44, 87719 Mindelheim
Tel.: 08261 797-6972, Fax: 08261 797-7602
georg.aumann@klinikverbund-allgaeu.de



Foto: Klinik Mindelheim

M. levatoris ani und die unmittelbar latero-dorsal anschließende Fascia obturatoria, der Ursprung des M. obturatorius, ein breites Schmerz-Trigger-Areal.

Durch gezielte transanale oder transvaginale Palpation dieser Areale lassen sich dort lokal oder ausstrahlend Schmerzen auslösen. Allerdings existieren keine standardisierten Untersuchungs- oder Screeningverfahren [4].

Therapie

Nach Ausschluss anderer Pathologien erscheint es zunächst ratsam, konservativ zu therapieren. So gibt es eine klare Evidenz für die erfolgreiche Therapie des Beckenbodenschmerzes bei Frauen durch Beckenbodentraining. Es existieren allerdings weder Standardprotokolle für das Beckenbodentraining, noch gibt es Langzeitdaten [6]. Durch gezielte myofasziale Therapie kann der Beckenbodenschmerz erfolgreich behandelt werden [4]. Auch bei Männern mit Beckenbodenschmerzen scheint die physikalische Therapie einen Benefit zu bringen [7].

Als Schlüsseltherapieform zur Behandlung des Beckenbodenschmerzes hat sich die Neuromodulation herausgestellt [8]. Es gibt verschiedene Optionen der Therapie, das Biofeedback-Training, die perkutane tibiale Nervenstimulation (PTNS), die transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) und die sakrale Neuromodulation (SNS). Es existieren allerdings keine Daten für die Überlegenheit eines Verfahrens [9].

Zusammenfassung

Der chronische Beckenbodenschmerz (CPP) ist myofaszialen Ursprungs. Es handelt sich um ein sehr heterogenes Krankheitsbild. Die Krankheit ist für die Patienten entkräftend und häufig multifaktoriell. Es bedarf der verschiedensten Arztbesuche. Wichtig ist die Bündelung der Befunde zum Erstellen akzeptabler Behandlungsstrategien, am besten im Rahmen einer Beckenbodenkonferenz. Therapieansätze müssen sehr sorgfältig und mit Bedacht gewählt werden. Als am sinnvollsten haben sich die physikalische Therapie und die Neuromodulation herausgestellt. Resezierende oder rekonstruktive operative Eingriffe sollen möglichst restriktiv zum Einsatz kommen. ◀

Literatur

Zu den Literaturverweisen gelangen Sie online über den Kurzlink <https://tinyurl.com/9fnd6nmf> bzw. indem Sie den nebenstehenden QR-Code scannen.



Tabelle 1: Differentialdiagnostik des Beckenschmerzes und Therapieansätze (exemplarisch)

Therapie

- multimodal
- operativ
- medikamentös
- verhaltenstherapeutisch

Gynäkologie

▶ Ovarialkarzinom	■	■	■	■
▶ Abort	■	■	■	■
▶ (Extrauterin-) Gravidität	■	■	■	■
▶ Ovarialzysten	■	■	■	■
▶ Uterusmyome	■	■	■	■
▶ Endometriose	■	■	■	■
▶ Unterleibsentzündungen (STD)	■	■	■	■
▶ Vulvodynie	■	■	■	■
▶ Dysmenorrhoe	■	■	■	■
▶ Mittelschmerz	■	■	■	■

Viszeralmedizin

▶ Kolon-, Rektum-, Analkarzinom	■	■	■	■
▶ Appendizitis	■	■	■	■
▶ Hernien	■	■	■	■
▶ Interenterische Verwachsungen	■	■	■	■
▶ Divertikulitis	■	■	■	■
▶ M. Crohn, Colitis Ulcerosa	■	■	■	■
▶ Obstipation	■	■	■	■
▶ Beckenbodenspasmen	■	■	■	■

Urologie

▶ Prostatakarzinom	■	■	■	■
▶ Hodentorsion	■	■	■	■
▶ Nephrolithiasis	■	■	■	■
▶ Epididymitis	■	■	■	■
▶ Prostatitis	■	■	■	■
▶ Zystitis	■	■	■	■
▶ Harnwegsinfekt	■	■	■	■

Orthopädie / Neurochirurgie

▶ Knochenmetastasen	■	■	■	■
▶ Spinalkanalstenose	■	■	■	■
▶ Arthrose	■	■	■	■
▶ Hüft dysplasie	■	■	■	■
▶ ISG-Syndrom	■	■	■	■

Psychosomatik

▶ Reizdarm	■	■	■	■
▶ Fibromyalgie	■	■	■	■
▶ Folgen körperlicher oder sexualisierter Gewalt	■	■	■	■

Anästhesie

Perioperativer Einsatz der Larynxmaske bei Adipositas

Eine aktuelle retro- und prospektive Studie kann bei Adipösen weder ein erhöhtes Aspirationsrisiko, noch Oxygenierungs- und Ventilationsprobleme nachweisen. Eine generelle Ablehnung der LMA bei Adipösen scheint daher nicht gerechtfertigt.

Von Dr. Franziska Rindfleisch

Die Prävalenz der Adipositas hat in Deutschland in den letzten zehn Jahren erheblich zugenommen. Laut Robert Koch-Institut (RKI) sind hierzulande 67% der Männer und 53% der Frauen übergewichtig ($\text{BMI} > 25 \text{ kg/m}^2$), ein Viertel der Erwachsenen sogar stark übergewichtig ($\text{BMI} > 30 \text{ kg/m}^2$). Entsprechend steigt auch die Anzahl adipöser Patienten, die sich operativen Eingriffen unterziehen müssen. Im Folgenden soll der Einsatz der Larynxmaske (LMA) bei Adipösen diskutiert werden.

Erhöhte Aspirationsgefahr durch Adipositas ist nicht belegt

Die LMA besitzt im Vergleich zum endotrachealen Tubus zahlreiche Vorteile, wie z. B. die rasche und einfache Platzierung, den Verzicht auf Muskelrelaxantien, die Ermöglichung der Spontanatmung, eine unproblematische und schnelle Ausleitungsphase, Beschleunigung der Prozesszeiten etc. [1]. Sie wird deshalb bei Nichtadipösen bei geeigneten Eingriffen sehr häufig eingesetzt. Bei adipösen Patienten hingegen wird wegen der Annahme einer erhöhten Aspirationsgefahr nach wie vor ab einem BMI von 30 kg/m^2 die Intubation, unabhängig von der Art und Dauer des operativen Eingriffs, als Methode der Wahl empfohlen [7]. Kontrollierte Studien, die eine erhöhte Aspirationsgefahr bestätigen, liegen jedoch nicht vor [2].

Evidenz für Gefährdung durch Hypoxien

Gesichert ist demgegenüber, dass Adipöse bei Intubationsnarkosen mehr als Nichtadipöse in allen Phasen der Anästhesie infolge ihrer besonderen anatomischen Verhältnisse und der typischen Veränderung ihrer Lungenfunktion durch Hypoxämien gefährdet sind. Postoperativ weisen Adipöse eine fast doppelt so hohe Inzidenz von respiratorischen Komplikationen auf wie Nichtadipöse, welche zu einer Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes und zu einem Anstieg der Mortalität führen [3]. Gesichert ist ebenfalls, dass die Anwendung der LMA bei Adipösen aufgrund ihrer o. g. Eigenschaften zu einer signifikanten Verbesserung der Oxygenierung in allen Narkosephasen führt [2, 4, 5, 9].

Wegen der angenommenen erhöhten Aspirationsgefahr ist die Studienanzahl jedoch sehr gering. Insbesondere über die Anwendung der LMA über die gesamte OP-Dauer liegen nur wenige Studien mit kleinen Fallzahlen und vorwiegend leicht adipösen Patienten vor (eigene Literaturrecherche $n = \text{ca. } 500$). Bei erheblich/morbid adipösen Patienten ($\text{BMI} \geq 35$) wurde der Einsatz der LMA als alleiniges Beatmungsinstrument – abgesehen von wenigen Einzelfällen – in nur zwei Studien mit insgesamt 92 Patienten beschrieben [4, 10]. Eine Aussage über die Sicherheit der LMA bei Adipösen ist angesichts der Seltenheit von schwerwiegenden Komplikationen somit nicht möglich.

Tabelle 1: Demographische Daten

BMI-Gruppen	Fallzahl	männlich	weiblich	Alter	Größe [cm]	Gewicht [kg]	BMI
1	69	18	51	$49,6 \pm 20,2$	$169,0 \pm 9,5$	$49,4 \pm 6,4$	$17,3 \pm 1,3$
2	1035	489	546	$50,1 \pm 19,1$	$171,9 \pm 9,8$	$67,0 \pm 9,6$	$22,6 \pm 1,7$
3	1060	600	460	$56,0 \pm 15,8$	$172,1 \pm 10,0$	$81,3 \pm 10,1$	$27,4 \pm 1,4$
4	773	419	354	$56,6 \pm 14,1$	$169,6 \pm 10,0$	$92,1 \pm 11,4$	$31,9 \pm 1,4$
5	209	76	133	$58,9 \pm 13,6$	$166,9 \pm 9,6$	$103,1 \pm 11,2,5$	$36,9 \pm 1,4$
6	92	40	52	$54,7 \pm 15,2$	$167,2 \pm 10,3$	$121,5 \pm 14,4$	$43,5 \pm 3,5$
Gesamt	3238	1642	1596	$54,3 \pm 16,8$	$170,9 \pm 10,0$	$81,3 \pm 17,4$	$27,8 \pm 5,5$

Retro- und prospektive Analyse zur LMA bei Adipositas

Um eine höhere Evidenz hinsichtlich der Anwendungssicherheit der LMA bei Adipositas zu erhalten, führten wir eine retro- und prospektive Analyse [6] durch mit Daten möglichst vieler Patienten aller Gewichtsklassen, die sich elektiven orthopädisch/unfallchirurgischen Eingriffen unterziehen mussten und mit LMA beatmet wurden. Insgesamt wurden 3.238 Patienten konsekutiv erfasst (vgl. Tabelle 1) und nach BMI (kg/m^2) gemäß WHO in sechs Gruppen eingeteilt: Gruppe 1: 15–18,4 (Untergewicht), Gruppe 2: 18,5–24,9 (Normalgewicht), Gruppe 3: 25–29,9 (Übergewicht), Gruppe 4: 30–34,9 (leichte Adipositas), Gruppe 5: 35–39,9 (erhebliche Adipositas), Gruppe 6: > 40 (morbid Adipositas).

1.074 Patienten waren adipös ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$), davon 301 erheblich und morbid adipös ($\text{BMI} \geq 35 \text{ kg}/\text{m}^2$). Wir erfassten also ca. zweimal so viele Adipöse und ca. dreimal so viele erheblich/morbid Adipöse wie in den bisherigen Studien beschrieben wurden. Anschließend verglichen wir die Daten der Nichtadipösen (Gruppen 1–3) mit den Adipösen (Gruppen 4–6) und, um eventuelle Unterschiede deutlicher zu machen, die Normgewichtigen (Gruppe 2) mit den erheblich/morbid Adipösen (Gruppen 5 und 6). Untersucht wurden Narkoseparameter, die routinemäßig bei jedem Patienten erhoben werden, insbesondere Indikatoren der Oxygenierung, Beatmungsparameter und die Häufigkeit des Auftretens von Aspirationen und Beatmungsproblemen.

Die Narkose wurde mit Propofol (2–3 mg/kg) und Fentanyl (0,1–0,15 mg) eingeleitet und mit Sevoflurane und bei Bedarf weiteren Fentanylboli aufrechterhalten. 70 % der Patienten erhielten vor Narkoseeinleitung zusätzlich ein Regionalanästhesieverfahren (Interskalenusblockade, Nervus femoralis- und/oder ischiadicus Block). Es wurden Larynxmasken der Größe 4 oder 5 (Ambu® AuraOnce™) verwendet. Die Patienten wurden zunächst druckkontrolliert beatmet. Sobald als möglich wurde die Eigenatmung zugelassen.

Beatmungs- und OP-Zeiten steigen mit dem BMI

Die wesentlichen Ergebnisse waren: Die Beatmungs- und OP-Zeiten nahmen mit steigendem BMI zu. Die Eigenatmung setzte bei Adipösen signifikant früher ein als bei Nichtadipösen ($p < 0,001$). Patienten der

Dr. Franziska Rindfleisch

Oberärztin und OP-Koordinatorin
Klinik für Anaesthesiologie, Operative
Intensivmedizin und Schmerztherapie
München Klinik Bogenhausen
Englschalkinger Straße 77
81925 München
Tel.: 089 92703451
franziska.rindfleisch@muenchen-klinik.de



Foto: Rindfleisch

Gruppen 5 und 6 verbrachten 56 % (60 von 106 Minuten) bzw. 64 % (74 von 115 Minuten) der Beatmungszeit unter Spontanatmung, Normgewichtige der Gruppe 2 dagegen nur 27,4 % (25 von 90 Minuten) ($p < 0,001$).

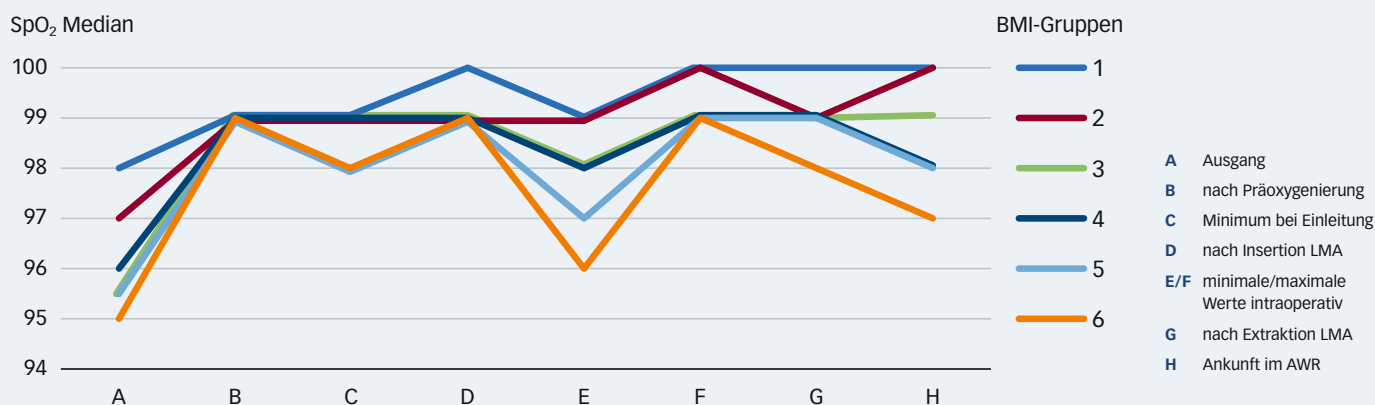
Die Sauerstoffsättigung (SpO_2) wurde vor Einleitung ohne Sauerstoffapplikation, an mehreren Zeitpunkten während der Anästhesie, nach Extraktion LMA und nach Ankunft im Aufwachraum gemessen. Erwartungsgemäß lagen die absoluten SpO_2 -Werte der Adipösen an allen Messzeitpunkten signifikant unter den SpO_2 -Werten der Nichtadipösen. Allerdings lagen die SpO_2 -Werte bei allen BMI-Gruppen, also auch bei den erheblich/morbid Adipösen, an allen Messzeitpunkten nach Beginn der anästhesiologischen Maßnahmen signifikant über den Ausgangswerten (siehe Abb. 1).

Kritische Abfälle der Sauerstoffsättigung unter 90 % traten bei den Adipösen ebenfalls häufiger auf als bei den Nichtadipösen. Allerdings traten kritische Sättigungsabfälle zu keinem Zeitpunkt häufiger auf als im Wachzustand. Insgesamt lag die Inzidenz dieser SpO_2 -Abfälle bei Adipösen bei unter 2 %. Erwartungsgemäß nahmen die inspiratorischen Beatmungsdrücke mit steigendem BMI zu. Jedoch lagen die Mittelwerte der erheblich/morbid Adipösen mit $17,8 \pm 2,9 \text{ cmH}_2\text{O}$ in einem auch bei Anwendung einer LMA unproblematischen Bereich.

Zulassen der Spontanatmung behebt Beatmungsprobleme

Bei 6,4 % ($n=8$) der massiv adipösen Patienten konnte wegen zu hoher erforderlicher Beatmungsdrücke kein ausreichendes Atemminutenvolumen (AMV) erreicht werden. Bei der Mehrheit der adipösen

Abb. 1: Medianwerte $\text{SpO}_2\%$ der einzelnen BMI-Gruppen im Narkoseverlauf



Grafik: Rindfleisch

Patienten konnten die Beatmungsprobleme durch Zulassen der Spontanatmung behoben werden. Nur 2% (n=6) der Patienten mit einem BMI > 35 (3,3% mit BMI > 40) mussten intubiert werden (vgl. Tabelle 2).

Hinsichtlich Undichtigkeiten der LMA zeigte sich trotz höherer Beatmungsdrücke bei den Adipösen kein Unterschied zu den Nichtadipösen (vgl. Tabelle 2). Erklärung hierfür ist die Zunahme der Dichtigkeit der LMA mit steigendem BMI durch Fettablagerungen im Pharynx, die zu einer besseren Adaptation und höheren Dichtigkeit der LMA führen.

Wir verzeichneten zwei Aspirationen bei einem normgewichtigen Patienten (BMI 24) während einer Aufwachreaktion und bei einem Patienten mit leichter Adipositas (BMI 32) nach mehrfachen schwierigen und frustrierten Platzierungsversuchen. Beide Patienten konnten postoperativ bzw. wenige Stunden danach extubiert werden, und der weitere Verlauf war unauffällig.

Kein Hinweis auf erhöhte Aspirationsgefahr

Die perioperative Aspiration ist ein sehr seltenes Ereignis. Ihre Inzidenz wird bei Intubationsnarkosen mit 0,7 bis 4,7:10.000 angegeben, bei Einsatz der LMA bei Patienten ohne Risikofaktoren für eine Aspiration mit 2:10.000. Die in der vorliegenden Studie beobachteten zwei Aspirationen entsprechen einer Inzidenz von ca. 6:10.000 und liegt damit nur knapp oberhalb des von der Literatur angegebenen Bereichs, obwohl etwa ein Drittel der Patienten mit einem BMI über 30 zur klassischen Kontraindikationsgruppe der LMA gehörte. Stellt man die zahlenmäßig vergleichbaren Gruppen der normgewichtigen (n=1035) und adipösen Patienten (n=1074) gegenüber, lässt sich mit jeweils einer Aspiration kein Hinweis auf eine höhere Aspirationsgefahr ableiten.

Eine definitive statistische Beurteilung dieser Frage ist aber aufgrund der hierfür benötigten großen Patientenanzahl auch im Rahmen dieser Studie mit vergleichsweise hohen Fallzahlen abschließend nicht möglich. Daher wird der Einsatz der LMA bei Adipösen immer eine klinische Entscheidung zwischen einer nicht bewiesenen erhöhten Aspirationsgefahr einerseits und gesicherten vorteilhaften Effekten der LMA, die im Folgenden diskutiert werden, andererseits bleiben.

Die Maskenbeatmung ist bei Adipositas häufig infolge einer Einengung und Kollapsneigung der oberen Atemwege erschwert [7]. Gestaltet sich auch noch die Intubation schwierig, kann es bei der bei Adipösen typischerweise reduzierten funktioneller Residualkapazität rasch zu einem gefährlichen Abfall der SpO₂-Werte in kritische Bereiche kommen [8]. Die LMA, die in der Regel auch bei schwierigen Atemwegsverhältnissen einfach zu platzieren ist, ermöglicht eine rasche und effiziente Beatmung [9] und schützt während der Einleitungsphase vor Hypoxämien, insbesondere bei schwieriger Intubation. Unsere Daten bestätigen die einfache und sichere Narkoseeinleitung mit LMA bei adipösen Patienten.

Intubation zeigt postoperativ keinen Effekt

Von zentraler Bedeutung beim anästhesiologischen Management adipöser Patienten ist die im Vergleich zu Nichtadipösen deutlich vermehrte Ausbildung von Atelektasen mit Reduktion der funktionellen Residualkapazität (FRC), die sich im Gegensatz zu Nichtadipösen postoperativ nicht zurückbilden, sondern bestehen bleiben. Um der Atelektasenbildung entgegenzuwirken, wird bei adipösen Patienten die Intubation und kontrollierte Beatmung mit hohem PEEP und Recruitmentmanövern empfohlen. Mit dieser Beatmungsstrategie kann intraoperativ die Lungenfunktion verbessert werden, postoperativ persistiert dieser Effekt jedoch nicht. Auch die höhere postoperative pulmonale Komplikationsrate und höhere Mortalität kann hierdurch nicht gesenkt werden.

Niedrige Beatmungsdrücke und Erhalt der Zwerchfellatmung

Im Gegensatz zu dieser Strategie wurden in der vorliegenden Arbeit niedrige Beatmungsdrücke angewendet und ein möglichst rascher Übergang in die Spontanatmung angestrebt. Diesem Konzept liegen folgende Überlegungen zugrunde:

1. Niedrige Beatmungsdrücke bieten zusammen mit der bei zunehmender Adipositas ebenfalls zunehmenden Dichtigkeit der LMA Schutz vor der gefürchteten Regurgitation und Aspiration.

Tabelle 2: Häufigkeiten von Beatmungskomplikationen

Vergleich: Nichtadipöse / Adipöse und Normgewichtige / massiv Adipöse (BMI ≥ 35 kg/m²)

	Nicht-adipöse	Adipöse	OR	RR	p (×2)	Norm-gewichtige	Massiv Adipöse	OP	RR	p (×2)
N = 3238 (alle)	2164	1074	—	—	—	1035	301	—	—	—
Aspiration	1	1	2,02	2,01	0,620	1	0	0,00	0,00	0,586
Wechsel LMA → Tubus	19	12	1,28	1,27	0,533	6	6	3,49	3,44	0,025
N = 748*	484	264	—	—	—	225	125	—	—	—
Undichtigkeiten	36	19	0,97	0,97	0,904	15	8	0,96	0,96	0,923
Unzureichendes AMV	5	8	2,99	2,93	0,079	2	8	7,62	7,20	0,003

OR: Odds-Ratio; RR: Relatives Risiko; p: statistische Signifikanz

* Undichtigkeiten und unzureichendes AMV wurden bei 748 Patienten zusätzlich erhoben

2. Die Erhaltung der physiologischen Zwerchfellkontraktion durch Zulassen der Spontanatmung führt zu einer Verbesserung des Gasaustausches durch Umverteilung der Ventilation zugunsten der abhängigen, besser perfundierten Lungenareale und zum Recruitment von Alveolen.

Mit diesem Konzept war intraoperativ eine sichere Oxygenierung aller adipösen Patienten mit SpO_2 -Werten, die an allen Messzeitpunkten signifikant über den Ausgangswerten lagen, gewährleistet.

Während der Narkoseausleitung und in der frühen postoperativen Phase sind Adipöse aufgrund der persistierenden Atelektasen und des eingengten kollaptischen pharyngealen Lumens im besonderem Maße durch Hypoxämien und Atemwegsverlegungen gefährdet. Der besondere Vorteil der LMA in dieser Phase liegt in der fehlenden Atemwegsreizung und der Ermöglichung einer ungestörten Spontanatmung. Die LMA kann in der Regel ohne Husten und Pressen fast bis zur vollständigen Wachheit des Patienten belassen werden, wodurch ein narkosebedingter Kollaps des pharyngealen Lumens mit Hypoxiegefährdung vermieden wird. Auch die Vermeidung von Muskelrelaxantien, die das Risiko postoperativer pulmonaler Komplikationen auch nach nur einmaliger Anwendung und unabhängig vom Einsatz eines Neuromonitorings oder der Gabe eines Antagonisten signifikant erhöhen, ist von großem Vorteil.

Der positive Effekt der LMA wird von zwei Studien, die Tubus und LMA hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die postoperative Phase verglichen, bestätigt: Sie fanden bei adipösen und morbid adipösen Patienten nach Einsatz der LMA signifikant bessere SpO_2 -Werte und Lungenfunktionsparameter bzw. eine deutlich bessere Erholung der Parameter als nach Intubation [4,5].

Auch unsere Daten bestätigen die unproblematische Ausleitungsphase, insbesondere auch bei den erheblich/morbid Adipösen: Am Operationsende wiesen alle adipösen Patienten bei noch platzierter LMA eine suffiziente Spontanatmung mit pCO_2et -Werten im Normbereich auf und die SpO_2 -Werte nach Entfernung der LMA lagen signifikant über den Ausgangswerten.

Generelle Ablehnung der LMA ist nicht gerechtfertigt

In der vorliegenden Studie wurde erstmals bei einer großen Anzahl adipöser Patienten einschließlich der Patienten mit erheblich/morbider Adipositas ($\text{BMI} > 35$) der Einsatz der LMA über die gesamte OP-Dauer beschrieben. Ein erhöhtes Aspirationsrisiko konnte ebenso wenig beobachtet werden wie Oxygenierungs- und Ventilationsprobleme. In Abwägung aller Vor- und Nachteile erscheint eine generelle Ablehnung der LMA bei Adipösen als nicht gerechtfertigt. Bei Platzierungs- oder Beatmungsproblemen sollte die LMA unverzüglich durch einen endotrachealen Tubus ersetzt werden. ◀

Literatur

Zu den Literaturverweisen gelangen Sie online über den Kurzlink <https://tinyurl.com/9fnd6nmf> bzw. indem Sie den nebenstehenden QR-Code scannen.



Chirurgen Magazin + BAO Depesche 110: Machen Sie mit!



Foto: Pixabay

In eigener Sache

Autorinnen und Autoren gesucht zum Thema Weichteilchirurgie in Heft 110 – Ausgabe 4.2023

Für Ausgabe 4.2023, die Ende Oktober 2023 erscheinen wird, möchten wir uns in der Rubrik ‚Medizin‘ schwerpunktmäßig mit dem Thema Weichteilchirurgie beschäftigen. Wir suchen Autorinnen und Autoren, die aus der Praxis für die Praxis unter Berücksichtigung der aktuellen Studienlage über die Weichteilchirurgie (interdisziplinäre Diagnostik, konservative und operative Therapie von Lipomen, Lymphomen, Malignomen etc.) berichten mögen. Wir freuen uns über allgemeine Überlegungen und Hintergrundberichte ebenso wie persönliche Erfahrungen oder Kasuistiken. Daneben werden wir über einzelne Sitzungen bei den Hernientagen der Deutschen Herniengesellschaft berichten, die Anfang Juni 2023 in Köln stattfinden.

Darüber planen wir für dieses Heft auch Berichterstattung über einzelne Sitzungen beim NARKA in Berlin 2023 sowie über den Status Quo zur Sicherstellung der ambulanten chirurgischen Versorgung. Wir freuen uns auch hier über Ihre thematischen Anregungen.

Die Redaktion berät Sie gern bei der Aufbereitung Ihrer Daten und der Gestaltung Ihres Manuskripts sowie bei der Auswahl von Bildmaterial und Grafiken – Anruf oder E-Mail genügt. Redaktionsschluss ist der 14. September 2023, bitte nehmen Sie aber möglichst frühzeitig Kontakt mit uns auf.

Kontakt:

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



NEPAL © VISUM / Panos Pictures / Brian Sokol

LEBEN RETTEN ÜBER DAS EIGENE LEBEN HINAUS

**UNTERSTÜTZEN SIE ÄRZTE OHNE GRENZEN MIT IHREM
TESTAMENT.** Mehr Informationen finden Sie in
unserer Broschüre „Ein Vermächtnis für das Leben“:



www.aerzte-ohne-grenzen.de/testamentsspende

Ansprechpartnerinnen:
Sinah Scheffler und Katharina Nägler
Telefon: 030 700 130-145
Mail: testament@berlin.msf.org



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

Träger des Friedensnobelpreises