

CHIRURGENMAGAZIN

BAO Depesche



BAO Bundesverband für
Ambulantes Operieren e.V.

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



Sektorenverbindende Versorgung

Können Hybrid-DRG wirklich die verschleppte Ambulantisierung retten?

Forum Ambulantes Operieren

Neue Versorgungskonzepte leben vom Dialog aller Beteiligten

Weiterbildung Chirurgie

Was will ich eigentlich möglicherweise mein ganzes Berufsleben wirklich machen?

DKOU

Schneller zurück im Training dank Orthese – was sagt die wissenschaftliche Evidenz?



Verlag für
Medizinkommunikation



BNC

Nur gemeinsam sind wir stark!

Wir arbeiten für Sie:

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

Der BNC bietet seinen Mitgliedern:

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



Wir brauchen Ihre Solidarität und Ihre Stimme!

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

Ein Beitrittsformular finden Sie auf Seite 27.

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

Weiterhin Mangelverwaltung statt konstruktiver politischer Gestaltung

8

Leitartikel BAO

2024 muss das Jahr der Gesundheitsberufe werden

11

Forum Ambulantes Operieren

Neue Versorgungskonzepte leben vom Dialog aller Beteiligten

14

Praxisproteste

Krisengipfel mit Lauterbach: Große Enttäuschung im fachärztlichen Lager

18

Hybrid-DRG

§115f SGBV – ein Erfolg (auch) des BAO, aber (auch) ein erfolgreiches Gesetz?

20

Weiterbildung

Unterstützung bei der Verzahnung zwischen ambulant und stationär

22

Aktuelle Weiterbildung Chirurgie

Was will ich eigentlich möglicherweise mein ganzes Berufsleben wirklich machen?

24

Regional

Ansprechpartner

Kontakt zu den Geschäftsstellen und Regionalverbänden von BNC und BAO

28

Meldungen

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

29

Service

Aktuelles zum Arztrecht

Welche Fristen gelten für die Nachbesetzung einer Arztstelle?

32

Aktuelles zum Arztrecht

„Poolärzte“ im Notdienst sind nicht zwingend selbstständig tätig

34

Erfolgreiche Praxisführung

Praxiscontrolling und Qualitätsmanagement als zwei entscheidende Eckpfeiler

36

Praxisteam

Rechtssichere Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen

38

Medizin

DKOU

Schneller zurück im Training dank Orthese – was sagt die wissenschaftliche Evidenz?

46

Sportmedizin

Verletzungen im Spitzensport ganzheitlich und interdisziplinär behandeln

48

DKOU

Meniskus Chirurgie: Umgang mit degenerativen und traumatischen Läsionen

50

Verschiedenes

Editorial

Aha-Momente beim Entrümpeln meines Keller-Archivs

4

Impressum

Kontakt zu Herausgebern, Redaktion, Verlag, Grafik und Anzeigenabteilung

4

Nachrichten

Aktuelle Informationen aus Politik und Wissenschaft

5

Buchtipps

Aktuelle Neuerscheinungen für Chirurgen, Operateure und Anästhesisten

40

Termine

Kongresse, Seminare und Workshops für die fachärztliche Weiterbildung

42

Industrie

Nachrichten und Produktneuheiten unserer Partner aus der Industrie

44

Titelbild: iStock/imagedepotpro | Titelbildrecherche: Schelli

SC 5010 SEK Mobiler OP Stuhl

für

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



Kniehalter, elektrisch



Armtisch



Schulterzugang



Göpel Beinhalter

Schockposition

AKRUS

AKRUS GmbH & Co KG

Otto-Hahn-Str. 3 | 25337 Elmshorn

Phone: +49 4121 79 19 30

Fax +49 4121 79 19 39

info@akrus.de | www.akrus.de

Editorial

Aha-Momente beim Entrümpeln meines Keller-Archivs

Liebe Leserinnen und liebe Leser,

zwischen Weihnachten und Neujahr habe ich dieses Mal viel Zeit im Keller verbracht. Denn dort lagern neben privaten Habseligkeiten etliche Regalmeter Leitzordner aus mittlerweile über 20 Jahren freiberuflicher Tätigkeit. Neben meinen persönlichen Steuerunterlagen findet man dort auch das Archiv dieser Zeitschrift. Ich habe nicht nur von jeder bislang erschienenen Ausgabe jeweils ein paar gedruckte Exemplare aufbewahrt, sondern auch sämtliche Rohmanuskripte, Gesprächsnotizen und Korrekturfahnen. Falls mal irgendjemand nachfragt.

Nun war es an der Zeit, ein wenig aufzuräumen und auszumisten. Steuerunterlagen müssen zehn und nicht 20 Jahre lang aufbewahrt werden. Und auch für die gefaxte Freigabe eines Artikels aus der Feder eines niedergelassenen Chirurgen, der mittlerweile längst im verdienten Ruhestand ist, dürfte sich heute niemand mehr interessieren. Beim Leeren der Ordner stolperte ich auch über diverse Schlagzeilen zu Problemen, mit denen sich niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte im Verlauf der vergangenen 20 Jahre herumschlagen mussten. Dabei fiel mir unter anderem auf, wie häufig bereits der unmittelbar drohende Untergang der ambulanten fachärztlichen Versorgung prophezeit wurde. Eingetreten ist er zum Glück nicht.

Nun liegt es mir fern, die Sorgen und Nöte der Ärzteschaft angesichts von Fachkräfte- und Nachwuchsmangel, überbordender Bürokratie, fortgesetzter Budgetierung und Arbeitsüberlastung kleinzureden. Doch ich muss gestehen, dass mich das Abtauchen in die Vergangenheit auch ein bisschen beruhigt hat. Denn eines war mir nach dem Stöbern in den alten Unterlagen klar: Ganz so leicht lassen sich fachärztliche Praxen dann doch nicht aus dem System schubsen.



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 Wetztern 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 7.300 Exemplaren (1.2024) gedruckt und hat eine verbreitete Auflage von 7.051 (Druck) und 4.500 (ePaper) Exemplaren (1.2024). Entsprechende Nachweise sind bei der Redaktion erhältlich.

Erscheinungsweise: vier Ausgaben pro Jahr

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

Zi-Umfrage

Telematikinfrastruktur: Schotterpiste statt Datenautobahn

44 Prozent der vertragsärztlichen Praxen beklagen häufige Software-Abstürze. Dies geht aus einer Umfrage des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hervor, die zwischen März und Juli 2023 unter Berliner Praxen durchgeführt und Ende des Jahres veröffentlicht wurde. Ziel der Erhebung war es, Unterschiede in der Nutzerfreundlichkeit und im Service von Anbietern von Praxisverwaltungssystemen zu identifizieren und einen Einblick in die Implementierung der Telematikinfrastruktur (TI) in ambulanten Praxen zu erhalten.

Besonders oft kommt es demnach zu Schwierigkeiten beim Auslesen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK), gefolgt von Störungen bei klassischen TI-Anwendungen wie dem Ausstellen einer elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU). Die eAU wird von 62,5 Prozent der Praxen im Versorgungsalltag als eher erschwerend wahrgenommen. Am ehesten erleichternd haben 46,4 Prozent den elektronischen Medikationsplan eingestuft. Noch unklar ist das Bild bei der Nutzung des elektronischen Arztbriefs. Dieser wird jeweils von rund einem Drittel der niedergelassenen Praxen als Erleichterung, als Belastung bzw. ohne Einfluss auf den Arbeitsaufwand gesehen.

Dass wichtige TI-Anwendungen nicht genutzt werden können, begründet die Hälfte der Teilnehmenden mit der zeitaufwendigen Einführung (51,7 Prozent) und einer hohen Fehleranfälligkeit (50,4 Prozent); oftmals treten nach notwendigen Software-Updates neue oder



Foto: Pixabay

zusätzliche Probleme auf. Werden Probleme mit dem Praxisverwaltungssystem (PVS) festgestellt, wendet sich die Mehrheit der befragten Praxen direkt an den PVS-Anbieter (75,3 Prozent). Allerdings äußert mehr als die Hälfte Unzufriedenheit über die Erreichbarkeit der jeweiligen Servicehotline (51,5 Prozent). Zudem werden hohe allgemeine Kosten (60,7 Prozent) sowie hohe zusätzliche Kosten für den Support (55,1 Prozent) beklagt. Die Erhebung zeigt allerdings auch, dass einigen Anbietern von Praxissoftware die Umsetzung der TI-Vorgaben offenbar gut gelingt und hohe Zufriedenheitswerte erreicht werden können.

Terminbuchung

36 Prozent vereinbaren ihre Arzttermine online

Online-Plattformen für die Buchung von Arztterminen werden in Deutschland zunehmend genutzt. Das zeigt eine repräsentative Befragung im Auftrag des Digitalverbands Bitkom unter 1.138 Personen in Deutschland ab 16 Jahren. Demnach haben insgesamt 36% der Befragten schon einmal eine Online-Terminvereinbarung genutzt. 2022 waren es 33% (2019: 26%). Ein weiteres Drittel (32%) hat zwar noch nie einen Arzttermin per Internet gebucht, kann sich dies aber künftig vorstellen. 30% schließen dies kategorisch für sich aus.

„Die Online-Terminvereinbarung insbesondere per Plattform verbessert den Service im Gesundheitswesen deutlich. Dadurch sind Patientinnen und Patienten zufriedener und auch die Praxen haben weniger Bürokratie“, sagte Malte Fritsche, Bitkom-Experte für digitale Gesundheit. Durch Online-Anamnesebögen, die Möglichkeit zum Download von Untersuchungsergebnissen oder das Verschieben oder Stornieren von Terminen werde der Workflow für alle Beteiligten effizienter. Das trage auch zu einer Qualitätsverbesserung des Gesundheitswesens bei.

Link: www.bitkom.org

Geriatric

Digitale Anwendung unterstützt bei der OP-Nachsorge

Ältere Menschen erholen sich besser von einer Operation, wenn ein Expertenteam ihre medizinischen, sozialen und psychischen Bedürfnisse berücksichtigt. Allerdings sind Fachkräfte für Altersmedizin knapp – und gleichzeitig nimmt die Zahl älterer Patientinnen und Patienten in deutschen Behandlungseinrichtungen zu. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) fördert daher das Forschungsprojekt SURGE-Ahead an der Agaplesion Bethesda Klinik Ulm.

Hierbei handelt es sich um eine mobile Anwendung, die bekannte Informationen und zusätzliche Daten zum geriatrischen Assessment zusammenträgt, die in der Chirurgie nur selten berücksichtigt werden, für Heilungsverlauf und Nachsorge aber relevant sind. Die Daten werden von der mobilen Anwendung ausgewertet und in praxisnahe Empfehlungen übersetzt. Dargestellt werden die Informationen auf einem Dashboard. Das System weist beispielsweise auf kritische Medikamente hin oder warnt davor, dass ein Patient oder eine Patientin ein erhöhtes Risiko für ein postoperatives Delir aufweist.

Link: www.gesundheitsforschung-bmbf.de

Ambulantisierung

Zi: Mindestens 20% aller Klinik-Behandlungsfälle potenziell ambulant erbringbar

Im Jahr 2021 hätten mehr als 2,5 Millionen der stationär erbrachten Behandlungen ambulant vorgenommen werden können. Das sind knapp ein Fünftel aller Behandlungsfälle in Krankenhäusern. Unter den Fachabteilungen haben neben der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, die Strahlenheilkunde und die Augenheilkunde das größte Potenzial bei der Ambulantisierung stationärer Behandlungsleistungen. Das sind die zentralen Ergebnisse des vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) geförderten Forschungsprojekts ‚Ambulantisierungspotenzial in deutschen Akutkrankenhäusern‘, dessen Abschlussbericht im Dezember 2023 veröffentlicht wurde.

Im Rahmen der Studie wurde das Ambulantisierungspotenzial anhand zwei unterschiedlicher Methoden untersucht. Dies war zum einen das vom IGES-Institut im Gutachten zum §115b SGBV vorgeschlagene Kontextfaktorenmodell. Zum anderen eine Berechnung, in der die Einschlüsse und Kontextfaktoren des AOP-Katalogs aus dem Jahr 2023 zugrunde gelegt wurden. Demnach hätten nach dem IGES-Modell 2021 rund 2,6 oder nach dem AOP-Katalog rund 2,7 Millionen stationär



Foto: DAK-Gesundheit/Schoiz

erbrachte Behandlungen ambulant vorgenommen werden können. Dies entspricht knapp 18 bzw. 19% aller stationären Behandlungsfälle.

Um das offensichtlich hohe ambulante Potenzial bisher stationär erbrachter Leistungen zu erschließen, erscheine eine weitere Überarbeitung des AOP-Katalogs hinsichtlich der einbezogenen Leistungen sowie der Kontextprüfung erforderlich, bekräftigte der Zi-Vorstandsvorsitzende Dr. Dominik von Stillfried. „Der AOP-Katalog 2023 fällt hinsichtlich der einbezogenen Leistungen deutlich hinter das im IGES-Gutachten aufgezeigte Potenzial zurück. Auch eine Überarbeitung der Kontextfaktoren erscheint notwendig, weil der

AOP-Katalog die wesentliche Grundlage für die Weiterentwicklung der sektorengleichen Vergütung ist.“ Mit einem Potenzial von rechnerisch bis zu vier Millionen Fällen erscheine eine zunehmende Ambulantisierung angesichts der finanziellen und personellen Herausforderungen in der stationären Krankenhausversorgung aber dringend geboten.

Kurzlink zum Projektbericht des Zi: tinyurl.com/Zi-Projektbericht

Patientensicherheit

APS warnt vor gefährlichen Lücken bei bedarfsgerechter Versorgung von Kindern

Kinder mit Paukenergüssen und Innenohrentzündungen müssen zeitnah und fachgerecht medizinisch versorgt werden. Doch infolge langer Wartezeiten auf Facharzt- und OP-Termine und der eingeschränkten Verfügbarkeit von Antibiotika habe sich die Situation in Deutschland in alarmierendem Ausmaß verschärft; den Kindern drohten mögliche lebenslange Spätschäden. Darauf hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) hingewiesen.

Dr. Ruth Hecker, Dr. Christian Deindl und Joachim Maurice Mielert aus dem geschäftsführenden Vorstand des APS wandten sich daher mit einem Appell an die zuständigen Institutionen, darunter das Bundesministerium für Gesundheit, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Krankenkassen, den GKV-Spitzenverband, die zuständigen Fachverbände und die zuständigen Verbände für die Lieferung von Arzneimitteln. So berichteten Betroffene, dass eine Behandlung mit einer erforderlichen Paukenröhrchen-OP in Ballungszentren derzeit



Foto: IDAK-Gesundheit/istock

mit einer Wartezeit von einem Jahr oder darüber einhergeht. Auch Antibiotika als wichtiger Teil der Behandlung gegen bakteriell verursachte Innenohrentzündungen seien häufig nicht ausreichend oder gar nicht verfügbar.

„Wir fordern die Zuständigen dringend dazu auf, Maßnahmen zu ergreifen, um die Wartezeiten zu verkürzen und sicherzustellen, dass ausreichend Medikamente zur Verfügung stehen“, so das APS. Das festgestellte Ausmaß sei Ausdruck einer

aus den Rudern gelaufenen Ökonomisierung des Gesundheitswesens, in dem Praxen und Kliniken gleichzeitig für ihre medizinischen Leistungen nicht angemessen vergütet werden. Derartige Fehlentwicklungen wären vermeidbar, wenn eine kompetente Stelle – etwa ein unabhängiger Bundesbeauftragter für Patientensicherheit – den Grad an Patientengefährdung erkannt und problemorientiert angegangen hätte.

Kontakt: www.aps-ev.de

Petition #Praxenkollaps

KBV: „Die Menschen in Deutschland stehen hinter uns“

„Das ist der Wink mit dem Zaunpfahl in Richtung Politik. Die Bürgerinnen und Bürger machen sich große Sorgen um den Erhalt der wohnortnahen und qualitativ hochwertigen ambulanten Versorgung. Sie rufen die Politik zum Handeln auf. Jetzt und sofort!“ Mit diesen Worten kommentierte Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), am 5. Januar 2024 den aktuellen Stand der eingereichten Petition zur Verbesserung der Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung. Zu diesem Zeitpunkt hatten rund 545.000 Bürgerinnen und Bürger die Petition online oder auf einer Unterschriftenliste gezeichnet.

„Überwältigt und dankbar“ zeigte sich Gassen gemeinsam mit seinen Vorstandskollegen Dr. Stephan Hofmeister und Dr. Sibylle Steiner angesichts der rekordverdächtig hohen Resonanz. „Die Petition ist noch in Bearbeitung, das heißt, die Stimmzählung läuft noch. Sie ist noch nicht beendet“, betonte der KBV-Chef. Die Selbstverwaltung versprach sich von der Petition unter anderem Rückenwind für das Gipfgespräch mit Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach am 9. Januar 2024 (siehe Bericht auf Seite 18f.). „Die Menschen in Deutschland stehen hinter uns“, schloss Dr. Gassen. Die Aktion #Praxenkollaps war Mitte Oktober 2023 gestartet. Bis kurz vor Weihnachten konnten Bürgerinnen und Bürger sich an der öffentlichen Petition beteiligen und damit Zustimmung zu den Forderungen der Ärzteschaft bekunden. Die KBV hatte hierfür Materialien wie Flyer und Plakate sowie ein Muster schreiben zum Versand an die jeweiligen Bundestagsabgeordneten zur Verfügung gestellt, die in den Praxen ausgelegt werden konnten.

Link: www.kbv.de/html/praxenkollaps.php

Wirtschaftlichkeitsgebot

Hartmannbund: Auch Nachhaltigkeit sollte berücksichtigt werden

Der Arbeitskreis Junge Ärztinnen und Ärzte des Hartmannbundes möchte den Begriff der Wirtschaftlichkeit nach § 12 SGB V zeitgemäß neu interpretieren. Hierbei dürfe es nicht nur um vordergründig finanzielle Gesichtspunkte gehen. Auch der Nachhaltigkeitsaspekt müsse berücksichtigt werden. „Es gibt verschiedene Medikamente und Behandlungsmethoden, die für die Patient*innen die gleiche Wirkung haben, aber sehr unterschiedliche Treibhausgasemissionen erzeugen“, erläuterte Dr. Moritz Völker, Vorsitzender des Arbeitskreises. Oft würden aus Unwissenheit und Gewohnheit die klimaschädlicheren Varianten herangezogen. „Dieses Vorgehen ist aber mittelfristig absolut unwirtschaftlich, da für unseren Lebensraum enorme Folgekosten entstehen.“ Ein Beispiel seien Dosieraerosole für Menschen mit Asthma, die einen etwa 30-mal höheren Treibhausgasereffekt als Pulverinhalatoren aufweisen. Oder Anästhesiegase gegenüber intravenösen Anästhesien.

Dieser Aspekt müsse besser kommuniziert werden, und zwar den Patientinnen und Patienten ebenso wie den verschreibenden Ärztinnen und Ärzten. Grundsätzlich plädierte der Arbeitskreis dafür, den ökologischen Fußabdruck eines Medikaments unter § 12 des SGB V zu implementieren bzw. den Aspekt der Wirtschaftlichkeit auch auf die Folgekosten hin zu interpretieren. Bei gleicher Wirkung sollte künftig die klimafreundlichere Wahl getroffen werden. Der Arbeitskreis wies auch im Hinblick auf die kurz zuvor beendete Weltklimakonferenz darauf hin, dass Gesundheit nicht mit einer Tablette oder einer OP beginnt, sondern lange davor mit aufgeklärten Menschen sowie einer gesunden Erde mit gesunden Lebensbedingungen.

Link: www.hartmannbund.de

MOBILER OP-TISCH LX40

Ein Produkt für den gesamten Zyklus des ambulanten Operierens

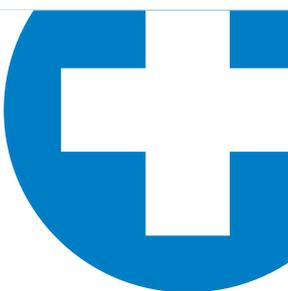


- ✓ Mobiler OP-Tisch und Patiententransporter in einem System
- ✓ Vielfältige Verstellmöglichkeiten
- ✓ Kopf- und Fußteil sind einzeln abnehmbar
- ✓ 100 %ige C-Bogen-Zugänglichkeit
- ✓ Hohe Kosteneinsparung durch kombiniertes System

nordiska 
helping people care

nordiska GmbH & Co. KG
Victoria Höhe 1
51645 Gummersbach

02261/9891-0
info@nordiska.de
www.nordiska.de



Hier nochmal alles nachlesen:





Leitartikel BNC

Weiterhin Mangelverwaltung statt konstruktiver politischer Gestaltung

In den vergangenen Monaten hat sich zwar eine neue innerärztliche Solidarität entwickelt. Doch für eine echte Zeitenwende in der Gesundheitspolitik dürfte es auch im neuen Jahr kaum reichen. Chirurgische Praxen sollten ihre Leistungsmengen dem vorhandenen Geld anpassen – und den neuen Hybrid-DRG eine Chance geben.

Von Jan Henniger

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

erst einmal möchte ich die Gelegenheit nutzen, Ihnen allen ein frohes neues Jahr zu wünschen. Was haben wir von 2024 zu erwarten? Leider vorerst nichts Gutes! Weiterhin wird die Zahl der niedergelassenen Chirurgeninnen und Chirurgen abnehmen und die Struktur ihrer Praxen wird sich weiter verändern. Die Politik war in Zeiten voller Kassen nicht bereit, die ambulante Versorgung ausreichend zu fördern und wird dies mit leeren Kassen ebenfalls nicht freiwillig tun.

Versorgung der Bevölkerung wird sich weiter verschlechtern

Wir werden von der Politik weiter als Spitzenverdiener dargestellt, der den armen U-Bahnfahrer durch die Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge in die Armut führt. Der ärztliche Nachwuchs wird auf der Suche nach einem ausbalancierten Leben bevorzugt die Stellen beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und beim Öffentlichen Gesundheitsdienst annehmen – Stellen, auf denen sie uns

Ärztinnen und Ärzten in der Versorgung dann den Rest an eigenständigen Entscheidungen und unternehmerischen Handeln austreiben. Daneben wird das große Krankenhaussterben beginnen, weil Bund und Länder sich nicht einigen können, wer im Kleindruckten Recht hat. Im Ganzen wird sich die jetzige Versorgung unserer Patientinnen und Patienten also weiter verschlechtern! Auch mit aller Kraft werden wir dies nicht verhindern können.

An dieser Stelle könnte man diesen Leitartikel beenden, die Tür der Praxis abschließen und sich einen schönen Job im Controlling besorgen. Doch wir werden dies nicht tun – in der Hoffnung auf Besserung und im weiterhin ungläubigen Staunen, wie man sehenden Auges in die Katastrophe segelt.

Chirurgische Grundversorgung ist kaum noch attraktiv

Im Jahr 2023 hat man durch Rücknahme der Neupatientenregelungen genau das wieder zunichte gemacht, was Politik und Gesellschaft doch von uns gefordert hatten: mehr Termine für Patientinnen und Patienten,

die einen fachärztlichen Termin benötigen. Wir haben erfolglos protestiert, ein klein wenig an Geschlossenheit in der Ärzteschaft gespürt und müssen uns überlegen, wie wir in Zukunft unsere Anliegen durchsetzen.

Da wir keine Traktoren haben, um wie die Bauern nach Berlin zu fahren, werden wir in Zukunft die Leistungsmenge an das vorhandene Honorar anpassen müssen. Die chirurgische Praxis als Ort der Grundversorgung, in der man Wunden behandelt, kleine chirurgische Eingriffe durchführt und Nachbehandlungen nach Operationen qualitativ hochwertig begleitet, ist kaum noch attraktiv und damit als Geschäftsmodell nur selten noch tragbar. Aus diesen Praxen werden häufig Krankenhaus-MVZ oder Spezialpraxen. In den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) werden häufig die Honorarmaßstäbe angepasst, was in Zukunft vermehrt dazu führen wird, dass man die Budgetgrenze schneller erreicht.

Mangel muss für die Bevölkerung sichtbar werden

Die Konsequenz aus alledem muss daher lauten: Nicht kostendeckende Leistungen sollten in Zukunft nicht mehr angeboten werden! Der Mangel muss noch sichtbar werden. Dies gilt nicht nur für vertragsärztliche Leistungen, sondern genauso für die Versorgung von Privatversicherten und für die D-ärztliche Versorgung. Solange die Öffentlichkeit nicht protestiert, wird es keine Veränderung geben.

Jan Henniger

Geschäftsführender BNC-Vorsitzender
und niedergelassener Chirurg

GECO-Frankfurt
Mainzer Landstraße 65
60329 Frankfurt
Tel.: 04532 268 75-60
Fax: 04532 268 75-61
henniger@bncev.de



Foto: Henniger

Aber ist es denn im Krankenhaus besser? Ich glaube, eher nicht! Zwar konnten die Kolleginnen und Kollegen in den vergangenen Jahren über eine sichere Einkommenssituation berichten. Theoretisch haben sich auch in den Tarifverträgen ihre Verhältnisse gebessert, aber die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten hat deutlicher gelitten als in unseren Praxen. Diese werden frühzeitig entlassen, eine umfassende Betreuung findet kaum noch statt und die Verbindung an der Sektorengrenze ist immer noch nicht besser geworden.

Arbeitsverdichtung in den Krankenhäusern

Die Kolleginnen und Kollegen im stationären Sektor sind also genauso frustriert wie wir. Der Zwang, immer schneller zu arbeiten ▶

Ambulantes Operieren

Ihre Erfolgsplattform für ambulantes Operieren

Gestalten Sie Ihre Einrichtung effizient und qualitativ hochwertig mit unserer umfassenden Unterstützung von der Planung bis zur Realisierung.

Vertrauen Sie auf unsere langjährige Erfahrung im OP-Bau und in der Medizintechnik für Qualität und Effizienz.

Entdecken Sie mit Getinge die perfekte Lösung für erstklassige medizinische Leistungen und wirtschaftlichen Erfolg!



und die DRG noch auskömmlich zu halten, führt zu einem permanenten Stress. Jetzt kommen dazu also noch die Hybrid-DRG, die eigentlich etwas sehr Sinnvolles sein können: Patientinnen und Patienten, die nicht zwingend stationär aufgenommen werden müssen, könnten ambulant behandelt werden.

In der Folge könnte sich das Personal in den Kliniken den Menschen widmen, die tatsächlich eine stationäre Behandlung benötigen. Aber die Krankenhäuser haben Angst vor Veränderungen, und die gesetzlichen Krankenkassen suchen nur die Verbilligung der Leistungen, statt zur Abwechslung einmal ihren Versicherten eine bessere Versorgung bieten zu wollen.

Renaissance von Shouldice-Operationen ist zu erwarten

Nur so ist der Katalog im Referentenentwurf des § 115f SGB V zu erklären, den die Regierung uns kurz vor Weihnachten vor die Füße gekippt hat. Er enthält viel zu wenige Leistungen, davon viele derart unterfinanziert, dass es wenig Sinn macht, sie überhaupt zu erbringen. Was bei Hernien noch gerade ausreicht, ist bei den meisten im Katalog verzeichneten Hybrid-DRG geradezu lächerlich.

Operationen mit hohen Sachkostenanteilen werden sicher nicht als Hybrid-DRG abgerechnet werden können. Auskömmlich sind ausschließlich Basisoperationen. So werden Shouldice-Operationen in Zukunft sicher wieder eine Renaissance erleben, weil man bei einer Hernienoperation mit diesem Nahtverfahren die Kosten für das Netzimplantat sparen kann. Die Auswahl der OP-Leistungen im Katalog des § 115 f ist insgesamt willkürlich und führt sicher nicht zu einer Verlagerung von stationären Operationen in den ambulanten Sektor.

Dennoch sind die Hybrid-DRG eine neue Möglichkeit, wenigstens Teilleistungen außerhalb des Budgets bzw. der Plausibilitätsprüfung

zu erbringen. Wir sollten diese also nicht rundheraus ablehnen, sondern uns das herausgreifen, was gut für uns ist. Hierzu wird es in naher Zukunft viele Schulungen geben, es werden auch wieder Managementgesellschaften an unserer Leistung Geld verdienen. Auch soll es eine Hygienepauschale im Zusammenhang mit ambulanten Operationen geben, wenn sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband endlich einig.

Bundeskongress Chirurgie als Ort des Austauschs

Insgesamt ist dieses Gesundheitssystem mit diesen Politikern allerdings immer weiter auf der Fahrt in den Untergang. Ein Gesundheitssystem, welches einmal weltweiten Ruhm hatte und um das viele uns noch heute beneiden. Wir werden uns auf diese Politikerinnen und Politiker nicht verlassen können und müssen uns selbst im System unseren Platz suchen, in dem wir gute Medizin zu fairen Bedingungen erbringen können.

Um unseren Weg dahin zu finden, lade ich Sie noch einmal ein, unseren Bundeskongress Chirurgie vom 23. bis 24. Februar 2024 in Nürnberg zu besuchen. Dort diskutieren wir in vielen Sitzungen darüber, wie wir die Hybrid-DRG bestmöglich nutzen können, wie das D-Arztwesen sich verbessern muss und wie wir ohne Politik gute Versorgung möglich machen können.

Natürlich enthält das Programm auch ein breites Spektrum der bekannten medizinischen Themen, wo wir alle voneinander lernen und Kooperationen knüpfen können. Ich freue mich auf diesen Kongress und auf Sie, damit 2024 ein gutes Jahr werden kann. ◀

Mit den besten kollegialen Grüßen, Ihr Jan Henniger

1. Vorsitzender des BNC

BNC-Webinar zu Hybrid-DRG: Gut vier Wochen vor dem Start noch viele ungeklärte Fragen

Wenn ein gänzlich neues Abrechnungssystem wie die spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V zum Beginn eines neuen Jahres in Kraft treten soll, dann sollte man meinen, dass die Grundzüge des neuen Regelwerks gut einen Monat zuvor bekannt sind. Denn schließlich brauchen alle Beteiligten ein wenig Zeit, um sich in die unbekannte Materie einzuarbeiten und sich in ihren OP-Einrichtungen auf das neue Zeitalter einzustellen.

Entsprechend hatte der BNC-Vorstand den 29. November 2023 als Termin für ein Info-Webinar ausgewählt, bei dem sich BNC-Mitglieder über den aktuellen Stand in Sachen Hybrid-DRG informieren konnten. Allerdings fehlten auch gut vier Wochen vor dem offiziell anberaumten Start der Hybrid-DRG noch viele entscheidende Informationen. Auf Grundlage des noch wenig ausdifferenzierten Referentenentwurfs tauschten sich die 69 Teilnehmenden bei dem Webinar daher in erster Linie über Grundsätzliches aus. Die Diskussion offenbarte unter anderem, mit wie vielen Unsicherheiten und Unabwägbarkeiten das Thema Hybrid-DRG (noch) behaftet ist.

Breiten Raum nahm u. a. die Frage nach der Erstattung von Sachkosten ein. So kann eine im Grunde genommen einträgliche Vergütung für eine Leistenhernienoperation zum Minusgeschäft werden, wenn die hohen Sachkosten im Zusammenhang mit einer laparoskopischen TEP oder TAPP nicht separat erstattet werden, sondern bereits in der Fallpauschale enthalten sind. Andererseits mahnten einzelne Teilnehmer an, dass es bei den Hybrid-DRG auch Leistungen wie die Operation eines Sinus Pilonidalis gebe, die kaum Sachkosten erfordern und mit denen man die hohen Kosten bei anderen Eingriffen querfinanzieren könne.

Ebenfalls ungeklärte Fragen sahen die Teilnehmenden in Bezug auf die Aufteilung des Hybrid-DRG-Honorars zwischen Chirurg und Anästhesist. Der BNC-Vorsitzende Jan Henniger, der das Webinar moderierte, regte an, eine Empfehlung für die faire Honorarverteilung zwischen Operateur und Anästhesist auszuarbeiten, an der sich Mitglieder dann in der Praxis orientieren können.

Unklarheit herrschte darüber hinaus in Bezug auf den Grouper, der für eine Abrechnung der Hybrid-DRG zwingend erforderlich ist. Damit nicht alle BNC-Mitglieder die Software selbst anschaffen müssen, wurde eine Gruppenlösung über den BNC angeregt. Henniger betonte, er führe bereits Gespräche mit verschiedenen Anbietern in dieser Frage. Er favorisiere ein Konstrukt für den BNC, bei dem die Mitglieder über den BNC und einen entsprechenden Dienstleister den Grouper nutzen können. „Ich halte es aber nicht für eine gute Idee, dass wir uns als BNC einen eigenen Grouper zulegen“, erklärte Henniger, „wir sind zwar viele Praxen, doch die Zertifizierung eines Groupers ist sehr aufwändig und langwierig.“ Er versuche daher, einen Gruppentarif für den BNC zu erzielen, mit dem alle BNC-Mitglieder bessergestellt sind.

Trotz der vielen offenen Fragen war der Tenor unter den Teilnehmenden immerhin verhalten positiv: „Wir haben seit Jahren auf die Hybrid-DRG gewartet, jetzt sollten wir die Gelegenheit ergreifen und die Einführung aktiv begleiten“, brachte es einer auf den Punkt. Und Henniger kündigte an, der BNC werde seine Mitglieder zu einem weiteren Webinar zum Umgang mit den Hybrid-DRG einladen, sobald Politik und Selbstverwaltung konkretere Informationen vorgelegt haben.

Leitartikel BAO

2024 muss das Jahr der Gesundheitsberufe werden

Das neue Jahr muss für ein um sein erstes Drittel gesundheitspolitisch betrogenes Jahrzehnt einen vorgezogenen Endspurtvorlauf einläuten. Doch leider drohen nicht nur in Deichnähe, sondern auch im Gesundheitswesen mittlerweile die Dämme zu brechen, die Tsunamiwarnungen sind nicht mehr zu überhören.

Von Dr. Christian Deindl

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit dem Jahreswechsel ist 2023 Vergangenheit und sollte uns allen mit seiner politischen Lieblingsvokabel ‚Krisenmodus‘ in mahrender Erinnerung bleiben. Ein kompletter Neustart ist dennoch nicht möglich, weil nicht interessensfreie Kreise es auch 2023 geschafft haben, ihre rabenschwarzen Schäfchen ins vermeintlich trockenere neue Jahr hinüberzuretten.

Ganz oben auf der Liste der nicht zufälligen Verfehlungen stehen der bewusst fehlinterpretierte §115f SGBV und dessen vorerst auf Misslingen programmierte Vorgaben zur Vergütung mit Hybrid-DRG. Mit der löblichen Ausnahme der davon betroffenen Berufsverbände als die einzige Interessensvertretung der ambulant operierenden Fachärzteschaft und auch ihrer PatientInnen nimmt mit zunehmender Patientenferne nach dem Abstandsquadratgesetz auch das partei- und standespolitische Interesse an einer transparenten, fairen und nachhaltigen Vergütungsregelung rapide ab.

Wenn sich drei (KBV, GKV, DKG) streiten, dann freut sich der vierte im Bund (BMG)

Ein Phänomen, welches unser Gesundheitssystem seit Jahrzehnten begleitet und Inkompetenz, gesundheitspolitischen Ränkespielchen und deren Profilierungsbedürfnissen und Kompetenzüberschreitungen immer mehr Entfaltungsraum bietet. Nur so konnte Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach allen Ratschlägen zum Trotz die Sachkostenregelung zum Nachteil von ambulant operierenden Praxen, ambulanten OP-Zentren (AOZ) und Praxiskliniken selbstermächtigt durchsetzen, noch dazu am Parlament und Bundesrat vorbei und mit der nachgeschobenen Begründung, aus rechtlichen Gründen wäre eine bessere Regelung nicht möglich gewesen, und dem schon einmal krachend gescheiterten Verweis auf die dafür verantwortliche Selbstverwaltung. Wer zwar äußerst großzügig, aber nicht zweckdienlich mit den Instrumenten Ermächtigung und Rechtsverordnung umzugehen weiß, beruft sich pragmatisch auf ein nicht näher definiertes Recht auf ungewissen Ausgang und Ungereimtheiten.



Foto: Pixabay

Bürokratieabbau schreit nach noch mehr BürokratInnen

Wenn schon doppelte Facharztschiene, dann gefälligst auf dem Abstellgleis. Dieser Hang zur Eingleisigkeit nimmt immer mehr symptomatischen Charakter an. Nicht von ungefähr schenkte ein ehemaliger BMG-Hausherr seinem Hobbykeller samt Modelleisenbahn mehr Aufmerksamkeit und Respekt als der niedergelassenen Ärzteschaft. In dieser Tradition sollen auch 2024 dringend für PatientInnen in Praxen benötigte fachärztliche Präsenz und Empathie unnötig gebunden und unverhohlen abgewickelt werden. Der viel beklagte Begriff Bürokratie erfährt im Gegenzug immer mehr Aufwind, bietet er doch ungeahnte wie überflüssige Möglichkeiten an unproduktiven Arbeitsplätzen in sich selbst verwaltenden Büropalästen, an Neukreationen vermeintlicher Berufsbilder, die sich selbst reproduzieren ohne geringsten gesamtgesellschaftlichen Wert, dafür mit Fuhrpark, ungezählten Direktions-etagen, und als letzte Binnenzufluchtsorte für Aussteiger aus einem kaputtregulierten System.

Wer kann schon der Versuchung widerstehen, statt am Krankenbett, am OP-Tisch oder an der Praxisanmeldung im wesentlich bequemeren und besser bezahlten Homeoffice zu arbeiten bzw. in Gleitzeitkonten zu investieren, statt im Schichtdienst für PatientInnen zu arbeiten – und dabei noch die Richtlinienhoheit über medizinische Fachberufe beanspruchen zu können. Allein das Regresswesen mit seiner politischen ▶

Schutzschirmherrschaft ist eine solche Machtdemonstration und zugleich eine Demontagebetriebsstätte, die weit besser funktioniert als die Hybrid-DRG-Regelung zum Zeitpunkt ihrer Premiere zum Jahresbeginn 2024. Wo ein politischer (Un)Wille, da finden sich auch entsprechende (Irr)Wege. Zu irgendetwas muss der deutsche Schild(bürger)wald nützlich sein.

Achtung Ärztetrick mit Folgen

Damit ist aber die Liste an Mittelabflüssen aus kassenärztlichen Honoraren noch nicht zu Ende. Finanz- und Versicherungswirtschaft wachsen im lukrativen Gesundheitsmarkt in dem Maße, wie die Verunsicherung innerhalb der unmittelbar für Patientenwohl und Patientensicherheit verantwortlichen Gesundheitsberufe zunimmt. Erst kürzlich war in den sozialen Medien für Ärzte folgender Text zu lesen:

„Viele ärztliche Kollegen und Kolleginnen gehen davon aus, dass die Absicherung über die Klinik stets ausreichend gegeben ist. Die Erfahrungen aus unseren laufenden Prüfungen zeigen jedoch, dass die Tarife einer Vielzahl der Kliniken und Praxen erhebliche Ausschlüsse, hohe Selbstbehalte und diverse Möglichkeiten zum Regress beinhalten.“

Geschäfte mit der Ärzteschaft sind halt immer noch die besten, denn wer über bekanntlich wenig Zeitkapazitäten verfügt, hinterfragt nicht alles, steht allerdings als gefragte/r VertreterIn eines Fachgebietes täglich Rede und Antwort. Es ist in diesem Kontext unverständlich und unverantwortlich, weiterhin von extern den Stresslevel im Gesundheitssystem kontinuierlich zu erhöhen, obwohl bekannt sein dürfte, dass damit die Versorgungsqualität gefährdet ist. In der Politik mag sogar berechtigte Kritik am Panzer aus Selbstüberschätzung, Beratungsresistenz und Immunität vor juristischen Folgen folgenlos abprallen. Bei Gesundheitsberufen ist dies nicht der Fall und somit mit den hinreichend bekannten Folgeerscheinungen vergesellschaftet.

Regresse: noch vordemokratische Relikte – oder schon postdemokratischer Standard?

Es mutet einem demokratischen Rechtsstaat und seinen Gleichheitsprinzipien einiges an Flexibilität zu, wenn – oft nicht einmal ausreichend und objektiv begründete – Regressansprüche der GKV, vorgetragen durch ihren K(l)assensprecher AOK, bereits im unteren zweistelligen Eurobereich als zu sanktionierendes Wirtschaftsvergehen angeprangert werden, während ein Verkehrsminister a.D. einen persönlich durch die oben genannten Qualifizierungsmerkmale zu verantwortenden Schaden von fast einer Viertelmilliarde Euro allein für ein Mautprojekt zu verantworten hat, das wiederum ein ehemaliger bayerischer Bundesgesundheitsminister wahlk(r)ampftaktisch erst zum Leben erweckt hat. Wohl ersonnen an seiner Modelleisenbahn, da eines der wenigen funktionstüchtigen Schienennetze.

Es bleibt Lesern und Leserinnen überlassen, wofür das Kürzel H0 stehen mag. Alle an diesem Mautdebakel beteiligten Personen dürfen sich weiter juristisch unbehelligt fühlen, da bereits im Vorfeld schon dem bloßen Gedanken an Schadensersatz gutachterlich jede Existenzberechtigung abgesprochen wurde. Sofort können hier unter-

beschäftigte ärztliche Prüfstellungen unterstützend investigativ tätig werden, sobald gegenüber Ärzten eine angemessene Verhältnismäßigkeit die bisherige Übergriffigkeit ablöst.

Steuergelder und Sozialbeiträge sind kein politisches Konfetti

Es wäre sehr begrüßenswert, wenn auf die Existenz von Haus- und Facharztpraxen ähnlich sensibel und wohlwollend politisch Rücksicht genommen werden würde. Nicht weniger berechtigt ist die Aufforderung, Steuergelder nicht in den Sand, sondern in politischen Verstand umzusetzen. Nämlicher hätte schon längst die GKV von den zehn Milliarden Euro an versicherungsfremden Leistungen befreit und von weiteren Griffen in unsere Sozialkassen Abstand genommen. Das mag zwar den hoh(l)en Ansprüchen an den Begriff Doppel-Wumms nicht genügen, aber es würde den gesetzlichen Kosten- und Bedenkenträgern den nötigen Spielraum verschaffen, um die Einführung der Hybrid-DRG für das ambulante Operieren sine ira et studio zu begleiten. Und um einmal non stupido zu agieren, statt wie der ‚Witze‘-Vorsitzende von



Foto: Pixabay

der Bundes-AOK mit seiner 200 Millionen-Schadensprognose durch ambulante Operateure noch vor der eigentlichen Silvesterparty bei diesen für gehörige Katerverstimmung zu sorgen. Während im EBM und in der GOÄ leistungsgerechte und kostendeckende Vergütungen seit Jahrzehnten politisch sabotiert werden, geschieht im Gehaltsgefüge der Selbstverwaltung das glatte Gegenteil, nämlich leistungsreziproke Gehälter, Erstattung von Kosten mit zweifelhaftem Nutzen, und das Fehlen jeglicher Kontrolle des gerade geschilderten Wiederholungszwangs zum Denunziantentum gegen die ambulante operierende Fachärzteschaft. Eigentlich hätten Begriffe wie ‚unkontrollierte Mengenausweitung‘ oder ‚punktsummen- und ausgabenneutral‘ schon längst den Status ‚Unwörter des Jahrzehnts‘ erhalten müssen.

Bayerische Zahnärzte zeigen medialen Biss gegen Versorgungslücken

In Bayern lieferten sich zum Jahresende AOK und Zahnärzte-KV einen medialen Aufmerksamkeitsstreit, weil für die einen das Kassenbudget aufgebraucht erscheint und die anderen meinen, auch fehlende Mittel seien mehr als genug unter Berufung auf gesetzliche Regelungen. In der Silvesterausgabe meines überregionalen Heimatblattes haben die Zahn-

ärzte wiederum auf den von der AOK angestrebten gerichtlichen Maulkorberlass hingewiesen. Damit haben die Auseinandersetzungen und ihr gestiegener Eskalationsgrad eine bisher nicht gekannte Dimension angenommen und lassen eine spannende Fortsetzung in 2024 erwarten.

Die Anzeigenwerbung wird es ebenso freuen wie die zahlreichen großformatigen Stellenanzeigen für Personal, das es für Praxen und Kliniken nicht gibt, oder das wie eingangs beschrieben, mangels Sinnhaftigkeit erst gar nicht benötigt wird und wegen des Wirtschaftlichkeitsgebotes im Sozialgesetzbuch auch nicht geben dürfte. Hier sind an Umfang und Kosten geringer ausfallende Werbekampagnen aus dem benachbarten Austria erfolgreicher, wenn es darum geht, medizinisches Fachpersonal aus dem benachbarten Bayern zu gewinnen. Und das mit Erfolg und unter Zuhilfenahme von Versprechungen wie 14 Monatsgehälter, die Garantie bezahlbarer Wohnungen und Kinder ganztagsbetreuung. Damit nicht genug, diese Zusagen werden auch eingehalten. Eine derartig massive Wettbewerbsverzerrung würde die deutsche Gesundheitspolitik erst gar nicht zulassen. Dann lieber Personalakquise über hochpreisiges Leiharbeit und der Verzicht, Aussteiger aus dem kranken Gesundheitssystem zur Rückkehr in ihre qualifizierten Gesundheitsberufe mit überzeugenden Argumenten und Ehrlichkeit zu bewegen. Wäre auch zuviel BANahles.

Lang lebe das Grundgesetz – und mit ihm die Pflicht, es vor Amtsantritt zu lesen

Unser Grundgesetz feiert in diesem Jahr seinen 75. Geburtstag; ein Grund mehr, seinen Inhalten und deren Bezug auf das Gesundheitswesen mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Gerade in Zeiten einer erkenn- und spürbaren Demokratiemüdigkeit. Der jüngste Auswuchs an (Sozial)Gesetzen mit nur noch nach Bürokratendeutsch klingenden Namensgebung lässt diesbezüglich eine gewisse Lese- und Lernschwäche vermuten, die wiederum eine oszillierende Gesundheitsröhre, Pardon, Gesundheitspolitik nach sich zieht.

Wesentlich großzügiger und nonkonform zeigt sich Politik, wenn es um unternehmerische Bedürfnisse außerhalb von Praxen und Kliniken geht und folglich 600.000.000 Euro an einen chronisch rezidivierend insolventen Kaufhauskonzern gehen, Teile davon wieder an Beraterfirmen und deren politisches Netzwerk. Praxen hingegen kämpfen seit Jahren mit steigenden Strukturkosten ohne diesen Schutz(geld)schirm. Bei finanziellen Erschütterungen wie Preissteigerungen oder Inflation findet sich keiner, welcher dieses Fallen auch noch unendlich sanft in seinen politisch verantwortlichen Händen hält. Für Praxen gelten eher die derberen Zeilen aus Goethes Erlkönig.

Damit die Reise für niedergelassene Fachärzte und andere systemrelevante Gesundheitsberufe nicht ähnlich düster endet, müssen Text und Regie umgehend geändert, Begrifflichkeiten wie gesetzliche Ermächtigungen gestrichen und durch ein klares Bekenntnis zum Grundgesetz und zu einem sich daraus ableitenden freiheitlich-demokratischen Gesundheitswesen ersetzt werden. Wie das Grundgesetz sind auch Gesundheitsberufe nicht ersetzbar ohne nachhaltigen gesellschaftlichen Kollateralschaden.

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

Wer bis kurz vor Jahresschluss politisch vollendete Tatsachen schafft, um dann erst in der zweiten Januarhälfte die Be- und Getroffenen nach ihrem Befinden zu fragen, nimmt solche Beschädigungen mehr aus persönlichen Ambitionen und Animositäten als aus einem Gemeinwohlkalkül billigend in Kauf. Für ihn sollte der Zug 2024 endgültig abgefahren sein. Dann bleibt nur noch, von der Berliner Bahnsteigkante zurückzutreten.



Foto: Pixabay

Krisen erfordern Verantwortung und Durchblick

Ohne Verantwortung und Durchblick werden Krisen womöglich zur Katastrophe. Während des Schreibens dieser Zeilen führen anhaltende Regenfälle in Teilen Deutschlands zu erhöhter Hochwassergefahr und es kommen Erinnerungen an die tragische Hamburger Flutkatastrophe im Februar 1962 auf. Als bereits alles verloren schien, stand an der Spitze der Rettungseinsätze ein Mann, der sein Handwerk verstand. Im Juli 2021 war im Ahrtal trotz ausreichender Vorwarnung das fahrlässige Gegenteil der Fall. Die Krisenmodus-Karawane ist nach dem obligatorischen Fotoshootings – bitte auf keinen Fall lächeln – längst weitergezogen zu als nächstes anstehenden Betroffenenterminen. Auch im Gesundheitswesen drohen inzwischen die Dämme zu brechen, die Tsunamiwarnungen sind nicht mehr zu überhören. Die nächsten Wochen und Monate werden zeigen, welche der beiden genannten Optionen an ordnungspolitischem Handeln sich durchsetzen wird.

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



Podiumsdiskussion mit Roland Engehausen (BKG, München), Jörg Karst (Anästhesist, Berlin), Dr. Ellen Lundershausen (HNO-Ärztin, Berlin), Dr. Torsten Fürstenberg (GKV-Spitzenverband, Berlin) und Lars Lindemann (FDP-Bundestagsfraktion, Berlin), moderiert von Dr. Kerstin Schick (Gefäßchirurgin, München)

Foto: B. Braun

Forum Ambulantes Operieren

Neue Versorgungskonzepte leben vom Dialog aller Beteiligten

Unter neuer wissenschaftlicher Leitung fand im November 2023 in Berlin das 7. Forum Ambulantes Operieren statt. Die Zahl von über 150 Teilnehmenden – davon rund ein Drittel aus dem stationären Bereich – zeigte, dass es trotz weiterhin unklarer politischer Rahmenbedingungen beiden Sektoren ernst ist mit der Ambulantisierung.

Von Antje Thiel

Als die von der Aesculap Akademie und B. Braun initiierte Veranstaltung im Jahr 2015 zum ersten Mal stattfand, hatte sich nur ein Vertreter aus dem Krankenhausbereich in den historischen Hörsaal im Langenbeck-Virchow-Haus verirrt, erinnerte sich Vertriebsbereichsleiter Alexander Schmid bei der Eröffnung. „Und der hatte sich in der ersten Pause klammheimlich wieder davongeschlichen“. Dieses Mal blieben die Teilnehmenden aus dem stationären Sektor bis zum Schluss – schließlich führt mittlerweile wirklich kein Weg mehr vorbei an dem Auftrag, künftig mehr Operationen ambulant durchzuführen.

Und so wurde in Berlin längst nicht mehr über das Für und Wider ambulanter Operationen diskutiert, sondern über die erforderlichen Rahmenbedingungen. Diese waren auch wenige Wochen vor dem

geplanten Startschuss der neuen Hybrid-DRG noch in weiten Teilen unklar. Geleitet und moderiert wurde die Veranstaltung von dem Berliner Anästhesisten Jörg Karst (Leiter des Referats für ambulante vertragsärztliche Anästhesie im Berufsverband Deutscher Anästhesisten, BDA und Vorstandsmitglied im Spitzenverband Fachärzte, SpifA) und der Münchener Gefäßchirurgin Dr. Kerstin Schick (u. a. Vorsitzende des Berufsverbands der Phlebologen, BVP, sowie Präsidiumsmitglied im Bundesverband Ambulantes Operieren, BAO).

AOP erfordert hohes Maß an Standardisierung

Zur Rolle des vertragsärztlichen Sektors in den Planspielen von Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach zum ambulanten Operieren sagte Karst: „Seine Vorstellungen betreffen vor allem das



Foto: B. Braun

Blick ins Plenum beim 7. Forum Ambulantes Operieren im historischen Hörsaal des Berliner Langenbeck-Virchow-Hauses

ambulante Operieren am Krankenhaus, wir im niedergelassenen Bereich merken aber nichts davon.“ Dabei könnten ambulante Operationen im zentralen Krankenhaus-OP kaum ökonomisch sinnvoll erbracht werden. „Sie erfordern ein hohes Maß an Standardisierung – und zwar in Bezug auf Patientenauswahl, Operationsauswahl, Medikamente, Instrumente und anderes OP-Equipment, Prozesse, OP-Planung und Wechselzeiten“, betonte Karst. Auch die Wahl des Operateurs sei entscheidend: „Er muss erfahren und schnell sein und sollte am OP-Tag nur im ambulanten OP-Zentrum arbeiten.“

Skeptisch zeigte sich der Anästhesist auch gegenüber der von den Krankenkassen ausdrücklich gewünschten Pauschalierung der Leistungen im Rahmen der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115 f SGBV: „In der Pauschale ist auch die Anästhesie bereits enthalten. Das wird zu Konflikten bei der Aufteilung zwischen den beiden Partnern führen. Das ist eine Sollbruchstelle.“ Große Chancen sieht Karst hingegen in Kooperationen zwischen Vertragsärzten und Kliniken, „zumindest sofern uns die Deutsche Rentenversicherung (DRV) nicht einen Strich durch die Rechnung macht.“ Denn allzu häufig wertet diese die vertraglichen Konstrukte als abhängige Beschäftigung und fordert Sozialversicherungsbeiträge ein. „Die Gefahr der Scheinselbstständigkeit ist immanent.“ Eine Teilanstellung ist in seinen Augen in diesem Punkt daher die sicherste Lösung. Trotz aller Bedenken zeigte sich Karst überzeugt, dass eine Überwindung der Sektorengrenzen alternativlos ist.

Ungehinderte Inanspruchnahme von Leistungen

Dies bestätigte auch Roland Engehausen (Geschäftsführer der Bayerischen Krankenhausgesellschaft, BKG): „In den Einrichtungen selbst denkt niemand mehr in Sektoren.“ Und ergänzte: „Wir haben

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

keine Chance, wenn wir nicht Prozesse optimieren und standardisieren, Krankheit und unnötige Behandlungen vermeiden.“ Tatsächlich liege Deutschland im internationalen Vergleich bislang an der Spitze, was die Zahl der Krankenhausfälle angeht. „Aber wir sind gleichzeitig sehr kostengünstig“, erklärte er mit Blick auf die durchschnittlichen Kosten pro stationärem Krankenhausfall, die 2019 in der Schweiz bei knapp 19.000 Euro, in Großbritannien bei gut 12.000 Euro, in Deutschland aber nur bei gut 5.400 Euro lagen. Für Engehausen war daher klar: „Unser Problem ist, dass wir uns nicht trauen, Patientensteuerung zu betreiben. Patienten können ungehindert Leistungen in Anspruch nehmen, Stichwort Notaufnahmen. Doch statt eine sinnvolle Steuerung anzugehen, werden die Preise gedrückt.“

Durch die Ambulantisierung entstünden in den Kliniken zunehmend Raumkapazitäten, die idealerweise medizinisch genutzt werden sollten – etwa, indem Niedergelassene Räume anmieten und für ambulante Leistungen nutzen. In Bayern sei dies ein großes Anliegen der Landräte, die in ihren Landkreisen die Versorgung sicherstellen müssen: „Ein Krankenhaus ist für viele Menschen auch identitätsstiftend“, erklärte Engehausen. Kooperationen zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern böten klare Vorteile für alle Beteiligten:

- ▶ Vertragsarzt: Nutzung vorhandener Infrastrukturen und von Personal, Erweiterung des eigenen Leistungsspektrums,
- ▶ Krankenhaus: Verbesserte Auslastung, mehr Leistungsangebote gebündelt an einem Standort,
- ▶ Kommune: Zentrale Versorgungsorte in einer Region,
- ▶ Patienten: Durchgehende Behandlung aus einer Hand durch den vertrauten Arzt, Sicherheit im Fall von Komplikationen.

Allerdings betonte Engehausen auch: „Zur Förderung der Kooperation von Krankenhäusern und Vertragsärzten und damit der Ambulantisierung in Deutschland müssen Rahmenbedingungen und Vergütung der Leistungen stimmen!“

Transparenzhinweis

Die Autorin hat das Forum Ambulantes Operieren auf Einladung der B. Braun Deutschland GmbH & Co. KG besucht. Der vorliegende Beitrag wurde vom Unternehmen zur Publikation in seinen Kundeninformationen beauftragt und bezahlt. Auf den Inhalt hat die Firma aber keinerlei Einfluss genommen.

Gesundheitssystem nicht permanent schlechteden

Beim Stichwort Vergütung kommen natürlich die Kostenträger ins Spiel, die beim Symposium – wie bereits in den Vorjahren – von Dr. Torsten Fürstenberg (Abteilungsleiter Ambulante Versorgung im GKV-Spitzenverband in Berlin) vertreten wurden. Er verwies erneut auf die stagnierenden Fallzahlen beim ambulanten Operieren und die unverändert hohe Zahl stationärer Eingriffe. Die GKV schlägt vor, dass ab 2024 bei ambulanten OP-Leistungen die Überwachung und Nachbeobachtung flexibilisiert werden. Zugleich hält sie die Implementierung eines Schweregrad-Modells für sinnvoll – etwa in Form eines Zuschlags auf Leistungen bei erhöhtem Pflegegrad oder bei älteren Patienten. Außerdem möchte sie den AOP-Katalog um ca. eine Million ambulantisierbarer stationärer Fälle erweitern. Allerdings könne es im Zusammenhang mit der Erweiterung des AOP-Katalogs auch zu monetären Fehlanreizen kommen, die dann zur Mengenausweitung führen: „Wenn die Zahl ambulanter Operationen zunimmt, müssen stationäre Eingriffe weniger werden!“ Gleichzeitig warnte Dr. Fürstenberg davor, das Gesundheitssystem permanent schlechteden: „Wichtig ist, dass wir uns zusammen tun, denn sonst wird über unsere Köpfe hinweg entschieden.“

Bundesstiftung für Weiterbildung in der Medizin

In diesem Punkt gab ihm die Berliner HNO-Ärztin Dr. Ellen Lundershausen (Vizepräsidentin der Bundesärztekammer) als nächste Vortragende recht: „Es ist nicht gut, wenn Politiker unser System schlechteden. Wie sollen sich all die Menschen fühlen, die morgens ins Krankenhaus oder die ambulante Praxis gehen, dort fleißig arbeiten und erst spät abends nach Hause kommen?“ Doch ihr eigentliches Thema war die ärztliche Weiterbildung, für die es deutlich mehr Optionen im ambulanten Bereich geben muss. Um die finanzielle Förderung von Weiterbildungsstellen auf solide Füße zu stellen, schlug Dr. Lundershausen eine Bundesstiftung ‚Weiterbildung in der Medizin‘ unter Aufsicht der Bundesärztekammer vor, die vom Bund teilweise getragen bzw. finanziell unterstützt wird.

Rechtstipp: Juristisch sauber ist nur das Belegarztwesen

Kooperationen sind das Gebot der Stunde, wenn man die starren Sektorengrenzen überwinden will. Eine Reihe von Gesetzesänderungen der vergangenen Jahre haben es ermöglicht, dass Vertragsärzte im Krankenhaus stationär oder ambulant operieren oder gemeinsam mit dem Krankenhaus ein ambulantes Operationszentrum (AOZ) betreiben. „Allerdings trifft hier ein wahres Potpourri an Rechtssystemen und Gesetzen aufeinander“, betonte die Münchener Fachanwältin für Medizinrecht Dr. Anke Hübner. Sie nannte neben dem Krankenhausrecht auch das Berufs-, Kammer-, Arbeits-, Vertragsarzt- und Wahlleistungsrecht, aber auch Arbeitnehmerüberlassung, Outsourcing von Krankenhausleistungen und Antikorruptionsgesetz (§§ 299 a, b StGB).

Daneben sei es existenziell, auch das Thema Scheinselbstständigkeit bzw. Sozialversicherungsrecht im Blick zu behalten: „Immerhin ist das Nichtabführen von Sozialversicherungsbeiträgen ein Straftatbestand“, warnte die Juristin. „Mein Herz schlägt deshalb eigentlich für das Belegarztssystem, das ist juristisch sauber, da gibt es keine Missverständnisse. Doch weil es leider zu schlecht vergütet ist, sind die vielen anderen Kooperationsformen entstanden.“

Allerdings betonte die HNO-Ärztin auch: „Wenn man gut weitergebildete Nachwuchsärzte will, müssen etablierte Ärzte bereit sein, ihr Wissen weiterzugeben. Da darf es nicht nur ums Geld gehen.“ Daneben müssten auch geeignete organisatorische Rahmenbedingungen geschaffen werden: „Ich bin z. B. eine große Verfechterin von Weiterbildungsverbänden. Doch das bedeutet auch, dass Ärzte in Weiterbildung häufiger umziehen müssen – wenn dann auch Familie oder Partnerin im Spiel sind, ist das nicht ganz trivial“, erklärte Dr. Lundershausen.

Mutige Schritte statt homöopathischer Anpassungen

An der anschließenden Podiumsdiskussion nahm auch der FDP-Bundestagsabgeordnete Lars Lindemann (Mitglied im Gesundheitsausschuss) teil. Sein Kommentar zum Stichwort Ambulantisierung: „Wir erkennen die schwierige Finanzsituation der GKV an, doch das darf uns nicht davon abhalten, mutige Schritte zu gehen. Wenn wir weiterhin nur homöopathisch vorgehen, dann wird es uns so ergehen wie mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), die auch nie richtig an Fahrt aufgenommen hat.“ Immerhin lägen alle Effizienzreserven im System genau an dieser Stelle. Leider seien Ärzte seiner Erfahrung nach „richtig schlechte Lobbyisten, die es nicht schaffen, ihre Kritik klar zu artikulieren. Fangen Sie doch einmal damit an, Lauterbach nicht mehr zum Neujahrsempfang der Ärzteschaft einzuladen...“

Klar artikuliert ärztliche Kritik gab es dann aber doch – wenn gleich an die Adresse des GKV-Vertreters Dr. Fürstenberg gerichtet. So erklärte der Münchener Handchirurg und BAO-Vizepräsident Dr. Axel Neumann unter lautem Beifall aus dem Plenum: „Lassen Sie endlich diese Vorwürfe in Sachen Mengenausweitung. Sie glauben doch nicht

Beispiel Hernienchirurgie: „Es geht zu wie auf dem Basar!“

Die Leitlinien der internationalen Gruppe HerniaSurge von 2018 sehen vor, dass die Mehrzahl der Leistenhernien ambulant bzw. tageschirurgisch operiert werden kann, sofern eine adäquate postoperative Betreuung gewährleistet ist. Darauf wies der Berliner Hernienexperte Dr. Ralph Lorenz hin. „Dennoch liegt der Anteil ambulanter Hernienoperationen in Deutschland nur bei 15 %.“ Zum Vergleich: Schweden bringt es auf 80 %, die Niederlande auf 75 %, in Spanien und Großbritannien liegt der Anteil bei 60 % und in Belgien sowie Frankreich immerhin bei 40 %. Nun soll mit den Hybrid-DRG alles ganz schnell gehen, „aber wir Niedergelassenen wurden in die Reformpläne bislang nicht eingebunden“, kritisierte Dr. Lorenz, „und das sechs Wochen vor dem Start!“ Immerhin zählt die Hernienchirurgie zu den geplanten Leistungsbereichen, die nach dem aktuell kursierenden Referentenentwurf ab Januar 2024 mit Hybrid-DRG abrechenbar sein sollen. „Doch es geht hier noch zu wie auf dem Basar“, mahnte der Hernienchirurg.

Noch sei völlig unklar, wer tatsächlich Hybrid-DRG abrechnen darf oder wie bei den sektorenspezifischen OP-Techniken die zum Teil erheblichen Sachkosten vergütet werden sollen: „Heißt das am Ende, dass man eine Leistenhernie ambulant nur in Lokalanästhesie und ohne Netz operieren kann?“, fragte Dr. Lorenz. Dennoch wagte er einen zuversichtlichen Ausblick auf das neue Zeitalter der Ambulantisierung: „Wir sind ein Volk. Die Sektorengrenzen fallen vielleicht ebenso schnell wie die Berliner Mauer, die nach 28 Jahren auch ganz plötzlich weg war. Dann wurde erst einmal nachgebessert, so wird es auch bei uns laufen“, meinte er unter dem Beifall des Auditoriums.

im Ernst, dass ich Patienten nur deshalb operiere, weil es 100 Euro mehr für den Eingriff gibt – und dass Patienten so blöd sind, da mitzumachen. Das sind Unterstellungen der Kassen, die seit Jahrzehnten nicht zur Vertrauensbildung beitragen!“

Konkreter Vergleich Belegklinik vs. OP-Ambulanz

Am zweiten Symposiumstag verdeutlichten konkrete Beispielen aus der Praxis, dass bei der Ambulantisierung – wie so oft – der Teufel im Detail steckt. So berichtete der Anästhesist Dr. Christian Sagebiel, der sowohl eine OP-Ambulanz am Schmerzzentrum Hannover als auch eine Anästhesieabteilung an der belegärztlichen Sophienklinik Hannover betreibt, von seinen Erfahrungen in der OP-Ambulanz könne man mit augenärztlichen, gynäkologischen oder proktologischen Operationen eine gute Kostendeckung erzielen. „Wir nutzen im Aufwachraum Stühle statt Betten, um Platz zu sparen und Wechselzeiten zu optimieren“, beschrieb Dr. Sagebiel die effiziente Organisationsstruktur. Größere Eingriffe am Fuß oder Hernienoperationen hingegen seien dort wirtschaftlich nicht darstellbar.

Die sektoral unterschiedlichen Rahmenbedingungen machten sich auch in der Schmerztherapie bemerkbar: „Ich behandle als Anästhesist stationäre Patienten gern mit einem Schmerzkatheter. Den möchte ich auch ambulanten Patienten nicht vorenthalten – doch bei einer raschen Entlassung noch am OP-Tag ist das nur schwer umsetzbar.“ In der Belegklinik hingegen habe man sich auf größere Eingriffe mit längerer OP-Dauer spezialisiert – und könne Patienten bei Vorfußoperationen mit einem Schmerzkatheter versorgen. Allerdings sei die Leistungserbringung in der Belegklinik aufgrund der niedrigen Vergütung wirtschaftlich wenig attraktiv.

Beispiel ACT: Medizinischer Dienst prüft jeden einzelnen Fall

Aus klinischer und wissenschaftlicher Sicht ist die autologe Chondrozyten-Transplantation (ACT) am Kniegelenk eigentlich eine Erfolgsgeschichte und „ein Beispiel dafür, wie es laufen kann“, meinte Prof. Philipp Niemeyer, Leitender Arzt am OCM Orthopädische Chirurgie in München. Doch der Weg bis zur Aufnahme in den ambulanten Leistungskatalog durch einen entsprechenden Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Anfang 2022 war steinig. Im Zuge der Methodenbewertung verlangte das Gremium randomisiert-kontrollierte Studien, die den Nutzen der Methode belegen. Hilfreich war die positive Bewertung durch das britische NICE von 2017. Wer das Verfahren anwendet, muss sich allerdings mit Arzneimittel- und Transplantationsgesetz ebenso auseinandersetzen wie mit der Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung, der TPG-Gewebeverordnung und dem EG-GMP-Leitfaden. „Das alles ist mit immensem Aufwand verbunden“, betonte der Knie spezialist.

Erschwerend kommt hinzu, dass die ACT bis dato nicht in den AOP-Katalog aufgenommen wurde und daher via EBM abgerechnet werden muss. Allerdings ist das Verfahren noch nicht in den Sachkostenlisten der einzelnen KVen verzeichnet, was bei Sachkosten von rund 10.000 Euro pro Fall zu erheblicher Unsicherheit in Bezug auf die Kostenübernahme führt. „Doch das Hauptproblem ist, dass weiterhin jeder einzelne ACT-Fall vom Medizinischen Dienst geprüft wird – und zwar nach Kriterien, die bereits seit 2020 nicht mehr gelten.“ Aus seiner Sicht ist es „unverständlich, dass ein leitlinienkonformes Verfahren nur so umständlich umgesetzt werden und auf der Sachbearbeiter-ebene von Krankenkassen verhindert werden kann“.



Foto: B. Braun

Diskussion der Vorträge von Dr. Christian Sagebiel (Anästhesist, Hannover), Dr. Anke Hübner (Rechtsanwältin, München) und Jan Henniger (Chirurg, Frankfurt) unter der Moderation von Jörg Karst und Dr. Kerstin Schick

Vor- und Nachteile der Kooperation mit der Klinik

Der Frankfurter Chirurg und BNC-Vorsitzende Jan Henniger wiederum hinterfragte das Streben nach maximaler Effizienz: „Wollen wir den Zeitdruck, den wir in ambulanten OP-Zentren betreiben, wirklich zum Maßstab machen? Vielleicht wäre es gut, an manchen Stellen auch ein bisschen Entschleunigung zuzulassen...“ Er selbst bewegt sich seit Beginn seiner vertragsärztlichen Tätigkeit immer wieder zwischen den Welten: zunächst als Chirurg am Krankenhaus-MVZ, dann als selbstständiger Arzt in eigener Praxis in den ehemaligen Räumlichkeiten des MVZ. „Doch dann ist die Klinik umgezogen – und was aus mir und meiner Praxis wird, war deren geringstes Problem“, berichtete Henniger, der sich dort binnen zwei Jahren mit fünf verschiedenen Ansprechpartnern auseinandersetzen musste.

Aus seiner Sicht hat die Arbeit als Niedergelassener am Krankenhaus eine Reihe von Vorteilen:

- ▶ Ausstattung: Es sind kaum Investitionen in Instrumente, Bildwandler oder OP-Tische erforderlich.
- ▶ OP-Spektrum: Es sind auch komplexere Eingriffe möglich.
- ▶ Kollegialer Austausch: Auch im Fall von Komplikationen hilfreich.

Demgegenüber sieht er die Abhängigkeit vom Krankenhaus als klaren Nachteil. So wirken sich Engpässe bei Personal oder bei Instrumentenaufbereitung auf die eigene Tätigkeit aus, ohne dass man sie selbst beeinflussen kann. „Manchmal sieht einen der Chefarzt auch als Konkurrenz an“, berichtete Henniger. Bei der Anbahnung einer Kooperation müssen man sich daher über die unterschiedliche Interessenlage beider Partner im Klaren sein. Die spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115 f SGBV sieht der BNC-Vorsitzende als eine mögliche gemeinsame Plattform, auf der man beide Seiten miteinander in Einklang bringen kann. „Doch wie das gestaltet wird, darüber müssen Ärzte aus Klinik und Niederlassung nachdenken – und nicht Kaufleute und Krankenkassen“, schloss Henniger.

Praxisproteste

Krisengipfel mit Lauterbach: Große Enttäuschung im fachärztlichen Lager

Allzu große Hoffnungen hatten die niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte ohnehin nicht in den Gesprächstermin am 9. Januar 2024 gesetzt. Dann das ernüchternde Ergebnis: Geplante Erleichterungen gelten nur im hausärztlichen Bereich, für die ambulante Facharztmedizin lässt ein Kurswechsel auf sich warten.

Von Antje Thiel

Entbudgetierung, Entbürokratisierung und Digitalisierung: Das waren die Kernthemen eines Treffens zwischen Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach mit Vertreterinnen und Vertretern der Ärzteschaft. „Wir haben uns getroffen, um gemeinsam über Entlastungen im Praxisalltag der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte zu sprechen. Unnötige Bürokratie bauen wir ab. Zudem werden wir bei der hausärztlichen Versorgung eine Entbudgetierung vornehmen und die Art und Weise, wie die Praxen vergütet werden, verändern“, sagte der Minister auf der anschließenden Pressekonferenz.

Konkret sollen alle Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung entbudgetiert werden. Daneben will der Minister eine jahresbezogene hausärztliche Versorgungspauschale für die Behandlung erwachsener Versicherter mit chronischen Erkrankungen einführen, um die Zahl vermeidbarer Praxisbesuche zu senken. „Echte Versorgerpraxen“ sollen zudem eine Vorhaltepauschale abrechnen können – dies gilt insbesondere für Praxen, die „den größten Teil der Versorgung leisten und Hausbesuche durchführen“, wie es in der Zusammenfassung des Maßnahmenpakets heißt (siehe Kurzlink tinyurl.com/eayuy26t).

Keine Zusagen an fachärztliche Praxen

Den bürokratischen Aufwand in vertragsärztlichen Praxen will Lauterbach u. a. durch die Einführung einer wirkungsvollen Bagatellgrenze bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen eindämmen. An den Sitzungen der Beschwerdeausschüsse soll man künftig auch digital teilnehmen können. Er will die Landschaft der Praxisverwaltungssysteme (PVS) modernisieren und Praxen den Wechsel zu einem anderen Anbieter sowie die verstärkte Nutzung von Videosprechstunden erleichtern.

In Bezug auf die sektorenverbindende Versorgung enthält das vorgestellte Maßnahmenpaket nichts Neues: Hier verweist das Ministerium lediglich auf die zum 1. Januar 2024 eingeführten Hybrid-DRG und die Einführung von Level 11-Krankenhäusern im Zuge der Krankenhausreform, die ländlichen Kliniken wirtschaftlich absichern und neue Formen der Kooperation zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung ermöglichen soll.

Stimmen zum Krisengipfel: BNC und BAO zeigen sich enttäuscht

Jan Henniger, BNC-Vorsitzender

„Dieser Gipfel hat wieder einmal deutlich gezeigt, dass die ambulante fachärztliche Versorgung im Ministerium nicht wertgeschätzt wird. Den Hausärzten sei die Entbudgetierung zu gönnen. Das Problem der Versorgungskrise im ambulanten Sektor wird damit aber nicht angepackt. Im Gegenteil: Es wird sich so weiter verschärfen!“



Foto: Henniger

Dr. Christian Deindl, BAO-Präsident

„Dieser Gipfel ist der Gipfel an bisheriger Lauterbachscher Selbstinszenierung als erklärter politischer Gegner ambulanter Facharztmedizin. Er versucht erneut die Ärzteschaft zu spalten, indem er die Hausärzte – wenn auch reichlich verspätet – von ihren unsäglichen und patientenschädigenden Budgetfesseln befreit und gleichzeitig Facharztpraxen weiter mit Regressen überzieht und eine leistungsgerechte und kostendeckende Vergütung vorenthält. Lauterbachs Ministerium blockiert darüber hinaus die im Gesetz vorgesehene sektorengleiche Vergütung von ambulant durchgeführten Operationen und Narkosen durch spezialisierte niedergelassene Operateur*innen und Anästhesist*innen. Damit rückt auch 2024 eine flächendeckende, wohnortnahe und bedarfsgerechte fachärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten in immer weitere Ferne.“



Foto: Deindl

Was die Sorgen und Nöte der fachärztlichen Praxen angeht, gab es als Ergebnis des Krisengipfels hingegen keinerlei klare Zusagen, sondern allenfalls vage Andeutungen. Für den **Spitzenverband Fachärzte (SpiFa)** ist daher nach dem Treffen klar: „Fachärztinnen und Fachärzte bleiben weiter im Protestmodus!“ Der SpiFa-Vorstandsvorsitzende Dr. Dirk Heinrich urteilte: „Der Krisengipfel war nicht der große Durchbruch.“ Der Minister habe die Interessen der Fachärzteschaft zwar zur Kenntnis genommen, die Probleme in der ambulanten Versorgung würden bearbeitet, jedoch habe es keine Zusagen, sondern nur Ankündigungen des Ministers gegeben. So drohen weiterhin eine

Verschärfung der Versorgungsengpässe, noch längere Wartezeiten auf Facharzttermine, Wartelisten und weitere Leistungskürzungen für die Versicherten. Lauterbach verkenne auch die Tatsache, dass die medizinische Grundversorgung der deutschen Bevölkerung nicht nur in hausärztlichen, sondern auch in vielen fachärztlichen Praxen übernommen werde, mahnte der SpiFa und forderte erneut eine Entbudgetierung aller ärztlichen Leistungen über alle Facharztgruppen hinweg.

Auch die **Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)** zeigte sich unzufrieden: „Das war leider viel zu wenig und trotz erster Lichtblicke insgesamt enttäuschend“, erklärten die KBV-Vorstände Dr. Andreas Gassen und Dr. Sibylle Steiner. „Vor dem Hintergrund der drängenden Probleme der ambulanten Versorgung hätten wir uns mehr und deutlich konkretere Lösungs- und Umsetzungsschritte gewünscht. Zu vieles ist unverbindlich und offen geblieben.“ Man begrüße zwar ausdrücklich die hausärztliche Entbudgetierung. Doch im nächsten Schritt müsse die Entbudgetierung der Fachärzte rasch folgen. Auch die Entbürokratisierung gelte es schnell und entschlossen anzugehen.

Für den **Virchowbund**, dem eigenen Angaben zufolge gut zur Hälfte hausärztliche Mitglieder angehören, ist die einseitige Abschaffung der Honorarbudgets nur für Hausarztpraxen ein „ein Versuch, die Ärzteschaft zu spalten und das Gesundheitssystem komplett umzubauen“. Der Minister sehe Fachärztinnen und Fachärzte auf mittlere Sicht offenbar in den Krankenhäusern statt in deren Praxen. „Eine fachärztliche Grundversorgung wird es dann im bisherigen Umfang nicht mehr geben. Damit wird Lauterbach zum Vater der Wartelistenmedizin und des Endes der freien Arztwahl in Deutschland. Und er wird damit auch

zum Vater der Zwei-Klassen-Medizin, weil sich Patienten aus dieser Wartelistenmedizin herauskaufen werden“, warnte der Virchowbund.

Nach Einschätzung von **Medi Baden-Württemberg** diene der Krisengipfel ohnehin „nur zur Ruhigstellung der niedergelassenen Ärzteschaft“. Die Entbudgetierung der Hausärzteschaft sei seit über zwei Jahren im Koalitionsvertrag verankert und längst überfällig, erinnerte Medi-Chef Dr. Norbert Smetak. In Baden-Württemberg sei sie zudem längst Usus und zeige, dass diese Maßnahme allein die ambulante Versorgung nicht nachhaltig sicherstelle. Medi kritisierte, dass der Minister von einer Honorarreform spreche, aber bei den Fachärztinnen und -ärzten scheinbar keinen Handlungsbedarf sehe. Auch zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gebe es keine neuen Zusagen. Man sollte aus den Fehlern der vergangenen Jahre bei der hausärztlichen Versorgung gelernt haben und vorausschauend auch die Entbudgetierung fachärztlicher Praxen einführen, um die Ärztinnen und Ärzte im ambulanten System zu halten. „Uns fehlen jetzt schon überall Fachärztinnen und -ärzte“, mahnte der praktizierende Kardiologe Smetak.

Beim **GKV-Spitzenverband** beurteilte man die Lage erwartungsgemäß etwas anders: „Wir hoffen und erwarten, dass Ärzteschaft und Politik mit dem heutigen Treffen wieder zum konstruktiven Dialog zurückgekehrt sind. Es darf sich keinesfalls wiederholen, dass Ärzteverbände ihren Protest auf dem Rücken der Patientinnen und Patienten austragen“, sagte Vorstandin Stefanie Stoff-Ahnis.

Ob dieser Wunsch sich erfüllt, bleibt angesichts der unveränderten Protestbereitschaft von Selbstverwaltung und Berufsverbänden allerdings offen. ◀

Vergleich ärztlicher Honorare: **Deutschland bei der Vergütung im OECD-Durchschnitt nur im Mittelfeld**

„Außer in der Schweiz wird in den Praxen nirgendwo so gut verdient wie in Deutschland“. Mit diesem Kommentar hatte Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach kurz vor Jahresende sein Unverständnis für die Praxisproteste zwischen Weihnachten und Neujahr zum Ausdruck gebracht und der „Forderung nach mehr Geld“ eine Absage erteilt. Es gebe keine Spielräume für Honorarzuwächse, hatte er erklärt.

Einem Faktencheck hält die Behauptung zum internationalen Spitzenplatz bei den ärztlichen Honoraren allerdings nicht stand. Das legt zumindest eine Analyse des Hamburg Center for Health Economics (hche) nahe, die im Auftrag des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) erstellt und einen Tag vor dem Krisengipfel veröffentlicht wurde. „Im Ergebnis zeigt sich, dass sich die Preise ärztlicher Leistungen in Deutschland eher im Mittelfeld der Vergleichsländer befinden. Werden etwa Hausbesuche in anderen Ländern mit einer Spanne von 17 bis zu 59 Euro vergütet, liegt die dafür in Deutschland gezahlte Vergütung bei 28 Euro“, heißt es dazu in einer Mitteilung des Zi. Aber auch eine in Deutschland vermeintlich als hochpreisig geltende Magnetresonanztomographie-Untersuchung (MRT) des Knies liege mit 128 Euro am unteren Rand des bis über 300 Euro reichenden internationalen Preisspektrums.

Bei der Notfallversorgung sei Deutschland mit einer Vergütung von rund 22 Euro sogar das Schlusslicht. Spitzenreiter bei fast allen betrachteten Preisen ist die Schweiz. „Es ist daher davon auszugehen, dass die im internationalen Vergleich höheren Einkommen der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland und der Schweiz für Deutschland auf einer überdurchschnittlichen Inanspruchnahme der Praxen beruhen, während in der Schweiz höhere Preise gezahlt werden“, erklärte das Zi weiter. Im Klartext bedeutet das: Die einzelnen Leistungen werden in Deutschland geringer vergütet als in vielen anderen Nationen – doch Ärztinnen und Ärzte

hierzulande arbeiten deutlich länger und können nur auf diesem Weg Einkommen generieren, die im internationalen Vergleich durchaus respektabel aussehen.

Das legt auch der Vergleich der Patientenkontakte je Ärztin bzw. Arzt der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) nahe. Hier liegt Deutschland der Analyse zufolge mit ca. 2.300 Kontakten pro Ärztin bzw. Arzt und Jahr im Vergleich der in dieser Studie betrachteten Länder an erster Stelle, knapp vor den Niederlanden und über dem OECD-Durchschnitt.

Der Zi-Vorstandsvorsitzende Dr. Dominik von Stillfried erklärte dazu: „Die große Mehrheit der Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber fühlt sich durch den massiv steigenden Arbeitsdruck und die mangelhafte Finanzierung zunehmend aufgerieben. Viele denken konkret darüber nach, ihre Praxen vorzeitig für immer zu schließen. Das ist keine gute Voraussetzung für die Zukunft der medizinischen Versorgung in Deutschland.“ Wolle die Politik dem steigenden ambulanten Behandlungsbedarf der Bevölkerung gerecht werden, müssten sich die politisch Verantwortlichen jetzt „dringend auf eine substanzielle Förderung der Praxisstrukturen besinnen“.

In der ambulanten ärztlichen Versorgung klappe eine chronische Finanzierungslücke von fast zwei Milliarden Euro, mahnte von Stillfried weiter. „Das spürt jede einzelne Praxis. Seit Jahren können Anpassungen der Gebührenordnung für ärztliche Leistungen nicht mit der Kostenentwicklung in den Praxen mithalten. Inflationsbereinigt erhalten die Ärztinnen und Ärzte also jedes Jahr weniger Geld pro erbrachte Leistung. Zudem werden die 100.000 Praxen in Deutschland durch massiven Fachkräftemangel, explodierende Bürokratielast und schlecht gemachte Telematikinfrastruktur belastet.“

Kurzlink zur HCHE-Analyse: tinyurl.com/HCHE-Preisvergleich

Hybrid-DRG

§ 115 f SGB V – ein Erfolg (auch) des BAO, aber (auch) ein erfolgreiches Gesetz?

Kurz vor Weihnachten hat das Bundesgesundheitsministerium die lang erwartete Verordnung zum § 115 f SGB V veröffentlicht. Abgesehen von der mehr als sportlichen Terminierung der Regelungen für die Abrechnung kommt es auf die individuelle Perspektive an, wie man den Erfolg des neuen Regelwerks am Ende beurteilt.

Von Dr. Jörg Hennefründ

Die Ausgangslage: In den 1990er Jahren unter Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer entstand eine fraktionsübergreifende Auffassung, dass die medizinischen Leistungsträger eine unangemessene Leistungsausweitung zum eigenen Nutzen betrieben, damit die Gesundheitsausgaben überproportional stiegen und der internationalen Konkurrenzfähigkeit der deutschen Wirtschaft schaden. Im Lahnsteiner Kompromiss wurden daraufhin bis heute wirksame Strukturänderungen für das Gesundheitswesen beschlossen.

Bei den Vertragsärzten erfolgten die Budgetierung und die Niederlassungsbeschränkung. Im Krankenhaussektor blieben die auszuhandelnden, krankenhausespezifischen Budgets erhalten, allerdings wurden die Abschläge von tagesgleichen Vergütungssätzen auf Diagnosis Related Groups (DRG) umgestellt. Die wesentliche Änderung bestand im Krankenhaus jedoch darin, dass es jetzt Gewinne erwirtschaften durfte mit der Folge, dass der Krankenhaussektor für Investoren interessant wurde. Vorher hätten Gewinne der Krankenhäuser zumindest theoretisch an die Krankenkassen zurückgegeben werden müssen.

Die Hälfte der Krankenhäuser muss rote Zahlen schreiben

Bei einer zunehmenden Inanspruchnahme der Vertragsärzte verfiel dort infolge der Budgetierung der Punktwert. Im Krankenhaussektor wurde (zumindest theoretisch) die Vergütungshöhe (ausgedrückt durch den Landesbasiswert) als Mittelwert aus den tatsächlichen Kosten einer ausgewählten Gruppe von Krankenhäusern bestimmt. Diese Errechnung übernimmt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), definitionsgemäß muss damit die Hälfte der Krankenhäuser rote Zahlen schreiben.

Alle seitdem diskutierten Probleme und Anpassungen in beiden Sektoren können auf diese Ausgangsproblematik zurückgeführt werden. Und natürlich erfolgten Anpassungen der betroffenen Leistungserbringer, von denen ansonsten in den vergangenen 30 Jahren viel mehr im Wettbewerb hätten ausscheiden müssen. Auch erfolgten politisch immer wieder Abmilderungen, z.B. nimmt der extrabudgetäre Vergütungsanteil am Honorarvolumen bei den Vertragsärzten langsam

zu, im Krankenhaus wurden die Kostenzunahmen beim Personal durch Ausgliederung der Pflege abgefangen etc.

DKG will Zugang zu Geldern des ambulanten Sektors

Bedeutsam ist, dass der Kampf gegen Vergütungssteigerungen vom Spitzenverband der Krankenkassen (GKV-SV) vehementer vertreten wird als vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Höchste Bedeutung hat jedoch die Haltung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), die es sich zu einem zentralen Anliegen gemacht hat, den Krankenhäusern Zugang zu Geldern auf dem ambulanten Sektor zu verschaffen. Diese auf den ersten Blick plausible Strategie bereitet aber Probleme, da der Vertragsarztsektor nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet wird und die Krankenhausstrukturen deutlich weniger effizient sind als die Vertragsarztpraxen. Daher schreiben die Krankenhäuser im Bereich der (auch Notfall-)Ambulanzen und im Bereich des Ambulanten Operierens weiter überwiegend tieferen Zahlen.

Man müsste nun annehmen, dass die DKG dann den Schlichter mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) suchen würde, um zusammen für auskömmliche Vergütungen zu kämpfen. Seit Jahrzehnten ist aber das Gegenteil richtig: Die DKG verweigert sich, kämpft für bessere Vergütungen nur, wenn gleichzeitig der Vertragsarztsektor dafür keinen Zugang bekäme und akzeptiert ansonsten schlechte Vergütungen. Man kann das nur so interpretieren, dass damit der Vertragsarztsektor behindert werden soll, der beim Ambulanten Operieren in Konkurrenz zum Krankenhaus steht. Aus heutiger Sicht stellt sich die Frage, ob die DKG ihren Krankenhäusern damit einen Bärendienst erwiesen hat und nicht besser daran getan hätte, die Ambulanzen und das Ambulante Operieren aus den Krankenhäusern heraus zu drängen.

Deutschland ist bei Ambulantisierung Schlusslicht

Den Kostenträgern sind hohe DRG-Vergütungen seit langem ein Dorn im Auge, den der Medizinische Dienst ziehen sollte. Nach Anerkennung des Ambulanten Operierens als sicher, patientenfreundlicher und weniger komplikationsbehaftet als eine stationäre Operation ist

die Tatsache, dass Deutschland bei der Ambulantisierung Schlusslicht ist, ein immer drängenderes Problem. Und Politik, Kassen und Patienten fordern die Erweiterung des Ambulanten Operierens gegen die Blockade der DKG. Zuletzt halt mit der Brechstange: Erstmalig regiert das BMG per Verordnung nach §115f SGB V an allen vorbei. Irgendwie auch verständlich.

Zeitenwende in Form von Hybrid-DRG

Zeitenwende bedeutet zwar den Umschwung der Arbeitslosigkeit zur Arbeiterlosigkeit, oder aus Patientensicht: Wartezeiten, Mangel an medizinischen Leistungen. Dennoch wirken immer noch die oben ausgeführten Strukturänderungen der 1990er Jahre zur Leistungsbegrenzung. So kann man vom bisherigen System keine Problemlösung erwarten.

Die Lösung des Dilemmas sollen die Hybrid-DRG bringen. Erfunden in Thüringen, federführend vom Kollegen Dr. Stephan Dittrich, der zeitweise auch Präsidiumsmitglied im BAO war. Neben sehr cleveren Strukturvorgaben besteht die Vergütungsidee darin, dass die Vergütung der Leistungen durch ein (nach schon erfolgtem Ambulantisierungsgrad unterschiedlich gewichtetes) Mittel zwischen stationärer DRG und EBM gebildet wird. Das führt dazu, dass die Kostenträger erst einmal nicht mehr belastet werden und die Leistungserbringer identisch vergütet werden, egal ob die Patienten übernachten oder nicht, egal ob die Operation vom Krankenhaus erbracht wird oder vom Vertragsarzt.

Die jetzt verordneten Hybrid-DRG sind anders, wohl vom InEK als Zwischenwert der Ein-Tages-DRG und des EBM errechnet worden. Jetzt ist ein stationärer Aufenthalt nur bei klaren Begleiterkrankungen oder kompliziertem Verlauf möglich, der die zweite Übernachtung begründet. Das wird immer schwieriger. Der Erlös wird für die Krankenhäuser im Verhältnis zu stationär also sinken. Im Verhältnis zu jetzt schon ambulant durchgeführten Operationen wird der Erlös für Krankenhäuser und Vertragsärzte (je nach Prozedur unterschiedlich) steigen.

Messgrößen zur Evaluation des Erfolgs der Hybrid-DRG

Woran soll der Erfolg der Verordnung gemessen werden? Wir schlagen folgende Fragen vor:

- ▶ Führt die Hybrid-DRG über die Besserstellung bei den Vertragsärzten dazu, dass diese jetzt doch Nachfolger für ihre Praxen finden, idealerweise Neugründungen oder Erweiterungen erfolgen?
- ▶ Die noch verbliebenen Operateure im Vertragsarztsektor sind hoch selektiert und trainiert. Nur mit schnellem Operieren bei gleichzeitig exzellenter Qualität waren die letzten Jahrzehnte zu überleben. Diese Effizienz bzw. Geschwindigkeit kann für den Nachwuchs nicht der Maßstab sein. Reicht die neue Vergütung auch für diese nachwachsenden Kolleginnen und Kollegen?
- ▶ Führt die Hybrid-DRG dazu, dass die Vertragsärzte motiviert werden, sich an der Weiterbildung der nachwachsenden Operateure zu beteiligen? Denkbar wäre, dass die Krankenhäuser sich von ihren ambulanten Bereichen trennen, um die Bilanzen zu sanieren und

Dr. Jörg Hennefründ

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



Foto: Hennefründ

dafür die Kooperation mit den Vertragsärzten suchen. Ob Level 11 Krankenhäuser dafür eine Lösung sind, wird sich zeigen. Die Anzahl der Krankenhäuser wird sowieso bei deren z.T. klarer Unterauslastung sinken müssen.

- ▶ Führt die besser vergütete Hybrid-DRG dazu, dass Krankenhäuser Strukturen schaffen, die die Effizienz des Ambulanten Operierens nutzen, um mehr Operationen pro Arzt, also mehr Behandlungen zu generieren?

An der Zahl der erbrachten Leistungen bzw. den Wartezeiten auf Operationen werden die Patienten den Erfolg der Verordnung messen – und das wird auch eine der überschaubaren Messgrößen sein, die in die Evaluation eingehen werden. ◀

§ 115f SGBV: Unsere Interpretation der Verordnung

- ▶ Ein erster echter Schritt zu einer sektorentwickelnden und -verbindenden Vergütung identischer Leistungen ist endlich getan, allerdings noch viel zu zaghaft.
- ▶ Die Verordnung ist auf den 31. Dezember 2024 befristet, der Erweiterungskatalog (Anhang 3 im Verordnungsentwurf) fehlt in der Begründung zur Verordnung. Staatssekretär Weller hat allerdings öffentlich betont, dass das Ministerium erwartet, dass sich jetzt die drei Verhandlungspartner über die weitere Entwicklung des § 115f einigen.
- ▶ Die Pauschale beginnt in der operierenden Einheit am OP-Tag und endet mit der Entlassung aus dieser Einheit, ggf. inklusive einer Übernachtung. Die Nachbehandlung ist also in der Pauschale nicht enthalten. Der § 115f SGB V dient der Ambulantisierung. Damit gilt unseres Erachtens: Abgerechnet wird wie bekannt, ggf. mit Nennung der OPS aus Anhang 2 und der Ziffer nach EBM-Kapitel 31.4. Das ist in Klärung. Eine Abwertung der Nachbehandlung und damit Verärgerung der zuweisenden Vertragsärzte würde den Erfolg des 115f gefährden und die Behandlungsabläufe empfindlich stören
- ▶ Die Herausnahme des Sprechstundenbedarfes ist ein wichtiges Zugeständnis an das System des Vertragsarztsektors, die KV Nordrhein hat dies in einer Aussendung so bestätigt.
- ▶ Eine Evaluation ist bereits zum 31. März 2024 vorgesehen. Was soll man nach drei Monaten beurteilen? Wohl allenfalls, ob das Verfahren von allen Seiten organisatorisch zu bewältigen ist.
- ▶ Der BAO hat immer für eine gleiche Vergütung gekämpft und in der letzten Zeit vermehrt auf allen Ebenen in Parlament, Ministerium und den Verbänden dafür eingesetzt. Wir begrüßen diese ersten Schritte des § 115f und fordern die Kolleginnen und alle involvierten Parteien auf, die weitere Entwicklung ernsthaft voranzutreiben. Angesichts zunehmender Engpässe in der medizinischen Versorgung brauchen wir Bereiche, die von allen Sektoren in anspornendem Wettbewerb zu höherer Effizienz und Qualität weiterentwickelt werden.



Weiterbildung

Unterstützung bei der Verzahnung zwischen ambulant und stationär

Bislang mussten sich Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung ihre Weiterbildung in Kliniken und Praxen überwiegend selbst organisieren – Arbeitsstätten- und Wohnortwechsel inklusive. Auch im fachärztlichen Bereich können Weiterbildungsverbände als regionale Netzwerke helfen, die Weiterbildung aus einer Hand zu garantieren.

Von Antje Thiel

Wenn der niedergelassene Chirurg und stellvertretende BNC-Vorsitzende Dr. Frank Sinning an seine eigene chirurgische Weiterbildung erinnert, dann fällt ihm vor allem eines auf: „Man kann die heutige Situation nicht mit der von damals vergleichen. Natürlich wurden auch wir gut ausgebildet. Doch die Dokumentation der sperrigen Weiterbildungsordnung stand nicht immer im Fokus. Heute hingegen gibt es verpflichtende Standards, die eine Weiterbildungsstätte auch nachweislich erfüllen muss.“

Um eine Weiterbildungsbefugnis zu erlangen, muss eine Weiterbildungsstätte nicht nur die Inhalte darlegen, die sie im Rahmen der Weiterbildung vermitteln kann. Die Inhalte müssen auch als Curriculum in Form eines Logbuchs zusammengefasst werden. Die klassische chirurgische Praxis verfügt in der Regel nicht über eine Weiterbildungsbefugnis. „Doch das ist schade“, meint Dr. Sinning. Er selbst engagiert sich schon seit geraumer Zeit als chirurgischer Weiterbilder und hat die Erfahrung gemacht, dass auch er selbst von dieser Tätigkeit profitiert: „Um ein Thema vermitteln zu können, muss man es selbst voll und

ganz durchdrungen haben. Ich lerne also selbst immer wieder dazu und vertiefe mein Verständnis für die Materie“, erklärt er. Abgesehen davon könne die Beschäftigung von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung ein sinnvoller Schritt in Bezug auf eine potenzielle Praxisnachfolge sein: „Ich bekomme Personal, das sich für meine Praxis interessiert und während der eigenen Weiterbildung in den Versorgungsalltag meiner Einrichtung eintauchen möchte. Das ist eine große Chance, die man in Zeiten von Nachwuchsmangel nutzen sollte!“

Fachärztliche Weiterbildung ist komplizierter geworden

Denn tatsächlich erleben auch ambulante fachärztliche Einrichtungen zunehmend deutlich den in der Allgemeinmedizin bereits allgegenwärtigen Mangel an geeigneten Praxisnachfolgerinnen und -nachfolgern. Hinzu kommt, dass in verschiedenen Fachrichtungen viele Leistungen inzwischen nicht mehr stationär, sondern im ambulanten Rahmen durchgeführt werden. So stehen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) immer häufiger vor der Herausforderung, nicht alle Weiterbildungsinhalte an einer Weiterbildungsstätte erwerben zu

können. In der Folge müssen sie ihre anteilige Weiterbildung in Kliniken und Praxen selbst organisieren. Mit den Arbeitsstättenwechsell sind notwendigerweise oft auch Wohnortwechsel verbunden.

Eine Lösung bieten hier sektorenverbindende Weiterbildungsverbände. Sie stellen als regionale Netzwerke sicher, dass ÄiW ihre Weiterbildung komplett in einer Region ableisten können und sich nicht mehr für jede Weiterbildungsstelle einzeln bewerben und gegebenenfalls umziehen müssen. Die Ärztinnen und Ärzte durchlaufen die Weiterbildung nach einem im Weiterbildungsverbund gemeinsam abgestimmten Rotationsplan und erhalten damit Planungssicherheit (siehe Kasten).

Um die ambulante Weiterbildung zu stärken und Weiterbildungsverbände zu etablieren, haben die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und die Bayerische Landesärztekammer Anfang 2020 die Koordinierungsstelle Fachärztliche Weiterbildung (KoStF) eingerichtet. Eine ihrer Hauptaufgaben ist es, Unterstützung bei der Gründung von Weiterbildungsverbänden zu bieten und diese im Verlauf zu begleiten. Infolge der Corona-Pandemie wurde diese Arbeit in den vergangenen drei Jahren zwar erschwert bzw. verzögert. Dennoch hat die KoStF bereits die Gründung von sechs Weiterbildungsverbänden im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin, zweien in der HNO-Heilkunde sowie je einem Weiterbildungsverbund in den Fachgebieten Neurochirurgie, Neurologie und Urologie begleitet. Elf weitere Weiterbildungsverbände verschiedener Fachrichtungen befinden sich zurzeit in Gründung

Fachärztliche Versorgung in ländlichen Regionen stärken

Künftig liegt ein Hauptaugenmerk auf den Fachgebieten, bei denen Unterversorgung besteht bzw. die von Unterversorgung bedroht sind. Denn die Verbundweiterbildung soll gerade in ländlichen Gebieten die durch den Nachwuchsmangel bedrohte fachärztliche Versorgung stärken. Schließlich besteht im Anschluss an die abgeschlossene Weiterbildung häufig die Möglichkeit, eine Praxis zu übernehmen oder als Partnerin bzw. Partner in eine Praxis einzusteigen. Weitere wesentliche Aufgabe der KoStF ist die Beratung aller Weiterbildungsbefugten, Fachärztinnen und Fachärzten und ÄiW sowie weiterer Interessierter in Fragen der Weiterbildung. Sie beteiligt sich überdies an Informa-



Foto: Sinning

„Ich bekomme Personal, das sich für meine Praxis interessiert und während der eigenen Weiterbildung in den Versorgungsalltag meiner Einrichtung eintauchen möchte – das ist eine Chance, die man nutzen sollte“, meint der niedergelassene Chirurg und stellvertretende BNC-Vorsitzende Dr. Frank Sinning.

tionsveranstaltungen und Öffentlichkeitsarbeit zur Tätigkeit in der ambulanten Facharztmedizin – etwa durch Teilnahme an Karrieremessen oder Kongressen wie dem Bundeskongress Chirurgie.

Kostenlose Beratung durch die KoStF

Die KoStF unterstütze interessierte Fachärztinnen und Fachärzte mit Weiterbildungsbefugnis ganz praktisch und auf vielen verschiedenen Ebenen bei der Gründung eines Weiterbildungsverbands, berichtet KoStF-Sachbearbeiterin Sonja Schels. Hierzu zählt Hilfe bei der Aufstellung der Weiterbildungsinhalte, aber auch bei der Koordination der Zeiträume, in denen die ÄiW die Rotation durchlaufen. „Wir haben auch eine Muster-Kooperationsvereinbarung erarbeitet, an der man sich orientieren kann. Und wir beraten alle Beteiligten, wenn innerhalb des Weiterbildungsverbands Probleme auftreten.“

Das Angebot der KoStF richtet sich an Mitglieder der KV Bayerns sowie der Bayerischen Landesärztekammer und ist für diese kostenlos. Auch in anderen KV-Regionen gibt es bereits Koordinierungsstellen, die bei der Gründung von Weiterbildungsverbänden unterstützen. Allerdings fokussieren diese sich aktuell auf die hausärztliche Weiterbildung. Auch hier könnten sich Chirurginnen und Chirurgen im Rahmen des Rotationsmodells einbringen, erklärt Schels. „Doch wir sind bislang noch die einzige Stelle, die sich ausschließlich um die Förderung fachärztlicher Weiterbildungsverbände kümmert.“

Kontakt: <https://kostf-bayern.de>

Infos und Beratung: Die KoStF beim Bundeskongress Chirurgie

Mehr Informationen über die Arbeit der Koordinierungsstelle Fachärztliche Weiterbildung (KoStF) gibt es beim Bundeskongress Chirurgie vom 23.–24. Februar 2024 in Nürnberg. Die KoStF wird mit einem Stand vor Ort präsent sein, wo Interessierte sich mit Broschüren und Flyern ausstatten und im persönlichen Gespräch informieren können.

Daneben beteiligt sich die KoStF am Jungen Forum. Am Freitag, 23. Februar 2024 wird es in der Sitzung von 14:30 bis 16:00 Uhr (Saal Riga) um den Erfahrungsaustausch von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor gehen. Hier wird ein Vertreter bzw. eine Vertreterin der KoStF schildern, wie die Verzahnung der ambulanten-stationären Weiterbildung im Verbund gelingen kann.

www.bundeskongress-chirurgie.de

Weiterbildungsverbund: Alle Vorteile für ÄiW auf einen Blick

- ▶ Planungssicherheit für die gesamte Weiterbildungszeit,
- ▶ Strukturierte Rotation mit Garantie für alle geforderten Weiterbildungsinhalte,
- ▶ Feste Vergütung über alle Weiterbildungsabschnitte,
- ▶ Garantierte Freistellung zu Fortbildungen,
- ▶ Ein fester Ansprechpartner des Verbundes,
- ▶ Mentoring während der gesamten Weiterbildungszeit,
- ▶ Keine Suche nach neuen Weiterbildungsstätten,
- ▶ Keine Wohnortwechsel,
- ▶ Gute Zukunftsperspektiven.

Aktuelle Weiterbildung Chirurgie

Was will ich eigentlich möglicherweise mein ganzes Berufsleben wirklich machen?

Für den ärztlichen Nachwuchs hat sich die Angebots- und Nachfragesituation im Vergleich zu früheren Generationen deutlich verbessert. Um die eigene Berufslaufbahn gemäß den persönlichen Neigungen gestalten zu können, sollte die eigene chirurgische Weiterbildung daher gründlich durchdacht und geplant werden.

Von Dr. Christoph Schüürmann

Ein genauer Überblick über die Weiterbildung Chirurgie, auch nur abgeleitet von der aktuellen Musterweiterbildungsordnung (MWBO) von 2018, ist aufgrund der Fülle der Details in den einzelnen Säulen kaum möglich. Daher möchte ich auch nur beispielhaft für eine geplante Niederlassung, aber auch für Stellen in kleineren Krankenhäusern, ein wichtiges Phänomen beschreiben.

Als ehemaliger Vorsitzender des Berufsverbandes der Niedergelassenen Chirurgen (BNC) nehmen Sie es mir bitte nicht übel, wenn ich naturgemäß das Ganze aus dieser Sicht darstelle. Darüber hinaus liegt für mich auch die Zukunft in der ambulanten Medizin, natürlich gibt es Ausnahmen.

In regelmäßigen Abständen, meist alle acht bis zehn Jahre, verabschiedet der Deutsche Ärztetag eine neue Musterweiterbildungs-

ordnung, kurz MWBO genannt, zuletzt von 2018. Die einzelnen Landesärztekammern setzen diese dann in ihre landesspezifischen Weiterbildungsordnungen (WBO) um, was im Allgemeinen innerhalb von zwei Jahren geschieht (mit Ausnahmen). Die jeweilige WBO ist dann verbindlich für die Weiterzubildenden in den einzelnen Bundesländern, sie unterscheidet sich aber zum Teil deutlich von ihren Nachbarländern, meist in Detailformulierungen.

Während meine berufliche Generation (60+) sich häufig wenig um Weiterbildungswege gekümmert hat, weil es im Verlauf der vermeintlichen Ärzteschwemme das Wichtigste war, überhaupt eine Stelle zu ergattern, hat sich die Angebots- und Nachfragesituation für die heutige Generation deutlich verbessert. Umso wichtiger ist, dass man sich vor Antritt der Weiterbildung klar macht, was wirklich auf einen zukommt.

In der aktuellen MWBO hat sich in der Chirurgie viel geändert. Daher ist es nicht übertrieben, den heutigen Kandidaten ans Herz zu legen, sich neben der entsprechenden WBO des eigenen Bundeslandes nunmehr die aktuelle MWBO von 2018 sowie die jährliche Ärztestatistik der Bundesärztekammer (BÄK) einmal intensiv anzuschauen. Man findet diese leicht auf der Homepage der BÄK (www.baek.de).

Tabelle 1: Die 8 Säulen der chirurgischen Weiterbildung

Musterweiterbildungsordnung 2018 Bundesärztekammer

- ▶ Facharzt/Fachärztin für Allgemeinchirurgie
- ▶ Facharzt/Fachärztin für Gefäßchirurgie
- ▶ Facharzt/Fachärztin für Herzchirurgie
- ▶ Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendchirurgie
- ▶ Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie
- ▶ Facharzt/Fachärztin für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
- ▶ Facharzt/Fachärztin für Thoraxchirurgie
- ▶ Facharzt/Fachärztin für Viszeralchirurgie

Inhaltsverzeichnis Musterweiterbildungsordnung 2018

- ▶ Inhaltsverzeichnis
- ▶ Präambel
- ▶ Abschnitt A – Paragraphenteil
- ▶ Abschnitt B – Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen
- Und Abschnitt C – Zusatzweiterbildungen (zusätzlich abzuleisten!)

Glossar: Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen

AC	Allgemeinchirurgie
BÄK	Bundesärztekammer
BG	Berufsgenossenschaft
CA	Chefärztin/Chefarzt
D-Arzt	Durchgangsärztin/Durchgangsarzt der gewerblichen Berufsgenossenschaften
FA	Fachärztin/Facharzt
MWBO	Musterweiterbildungsordnung
OP-Katalog	Operationskatalog
UC	Unfallchirurgie
OU	Orthopädie/Unfallchirurgie
VAV	Verletztenartenverfahren, Prozedur bei definierten BG-Verletzungen
WBO	Weiterbildungsordnung

In der MWBO 2018 gibt es acht Säulen für chirurgische Weiterbildungsmöglichkeiten (siehe Tab. 1), wobei die Herzchirurgie und eigentlich auch die Thoraxchirurgie auf der ambulanten und niedergelassenen Seite zahlenmäßig kaum eine oder gar keine Rolle spielen.

Außer in der Allgemein Chirurgie verhalten sich alle anderen Säulen in der Weiterbildung nach dem gleichen Strickmuster: Man muss 48 Monate in seinem Fach verbringen, hat jeweils sechs Monate in der Notfallambulanz und auf der Intensivstation abzuleisten, es können zwölf Monate Kompetenzen in einem anderen Gebiet (also außerhalb der acht Säulen!) erworben werden. Alternativ verbleibt man ein weiteres Jahr in seinem gewählten Fach. In der Allgemein Chirurgie jedoch sind nur vier Jahre ausformuliert, also 18 Monate Viszeralchirurgie, 18 Monate Orthopädie/Unfallchirurgie sowie sechs Monate Notfallambulanz und sechs Monate Intensivstation, es bleiben von insgesamt 72 Monaten im Gebiet der Chirurgie zwei Jahre übrig, die man in gleichen oder in anderen Säulen des Gebietes Chirurgie ableisten kann (siehe Tab. 2). Und das hat einen Effekt, der aus Niederlassungssicht aber auch für Stellen in kleineren Krankenhäusern einen enormen Vorteil in der Qualifikation bieten kann.

Im § 4 Paragraphenteil MWBO 2018 steht: (10) „**Wird eine weitere Facharztbezeichnung erworben, kann sich die festgelegte Weiterbildungszeit im Einzelfall verkürzen, wenn abzuleistende Weiterbildungszeiten bereits im Rahmen einer anderen erworbenen fachärztlichen Weiterbildungsbezeichnung absolviert worden sind. Die noch abzuleistende Weiterbildungszeit darf höchstens um die Hälfte der Mindestdauer der jeweiligen Facharztweiterbildung reduziert werden.**“ (Anmerkung: Es geht um gleiche Weiterbildungszeiten UND gleiche Weiterbildungsinhalte.) Das muss man zweimal lesen!

Also, wenn ich mich für den Weg der zweiten Facharztqualifikation entscheide, und das ist nur in dem nun gezeigten Beispiel wirklich sinnvoll, könnte ich mit Orthopädie/Unfallchirurgie (OU) beginnen, nach der Facharztprüfung noch das sogenannte VAV- (Verletzenartenverfahren) Jahr absolvieren (geht nur als Facharzt) als Voraussetzung für den D-Arzt (im rechnerischen Idealfall dann schon in der Allgemein Chirurgie angestellt) oder dann in die Allgemein Chirurgie (AC) wechseln, um die übrigen allgemein chirurgischen Kompetenzen zu erwerben. Übrige deshalb, weil ich die 18 Monate OU schon mehrfach habe und die 2 x 6 Monate Intensivstation und Notfallambulanz auch (siehe Tab. 3). Es fehlen formal also nur noch 18 Monate Allgemein Chirurgie (+X). Theoretisch ist also die zweite Facharztqualifikation AC nach neun bis zehn Jahren möglich.

Aber beim Allgemein Chirurgen handelt es sich nicht um einen ‚Chirurgen light‘! Habe ich aber den Doppelfacharzt AC/OU, bedeutet das im kleineren Krankenhaus und insbesondere in der Niederlassung, egal in welcher Form, bei der heutigen und zukünftigen Ärzte-Mangelsituation mit hoher Sicherheit eine sehr gefragte Qualifikation, man wird sich nicht ‚hinten anstellen‘ müssen.

Außerdem wird langfristig durch die höhere Qualifikation und vermehrte Einsatzmöglichkeit der Grad der Selbstbestimmung in der täglichen Arbeit höher sein, was in zunehmendem Alter umso wichtiger

Dr. Christoph Schüürmann

Facharzt für Chirurgie/Unfallchirurgie,
D-Arzt i. R.
Ehemaliger Vorsitzender des BNC
Otto-Müller-Straße 4
48455 Bad Bentheim
C.Schueuermann@gmx.de



Foto: Schüürmann

wird. Alle anderen Facharztqualifikationen müssen in ihrem Fach 48 Monate bleiben und können sich zum Kompetenzerwerb ein sinnvolles Jahr in einem anderen Gebiet suchen (z. B. der angehende Gefäßchirurg macht u. a. ein Jahr Innere in der Angiologie). Alternativ verbleibt der Kandidat ein weiteres Jahr in seinem gewählten chirurgischen Fach. ▶

Tabelle 2: Gebiet Chirurgie

Facharzt/ Fachärztin für Allgemein Chirurgie (Allgemein Chirurg/Allgemein Chirurgin)

nur vier Jahre sind ausformuliert!

Gebietsdefinition

Das Gebiet Chirurgie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen sowie angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Fehlbildungen der Gefäße, der inneren Organe einschließlich des Herzens, der Stütz- und Bewegungsorgane sowie der Wiederherstellungs- und Transplantationschirurgie.

Weiterbildungszeit

72 Monate im Gebiet Chirurgie

unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- ▶ müssen 18 Monate in Orthopädie und Unfallchirurgie abgeleistet werden
- ▶ müssen 18 Monate in Viszeralchirurgie abgeleistet werden
- ▶ müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden
- ▶ müssen 6 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden

+ zwei Jahre im Gebiet Chirurgie!

Tabelle 3: Weg der zweiten Facharztqualifikation

(Auch) für die Niederlassung:

1. Facharzt für Orthopädie Unfallchirurgie
2. VAV-Jahr für D-Arzt versenken im 1. AC-Jahr, da schon Facharzt OU
3. FA für AC (3 oder 4 Jahre?!)

→ In 9–10 Jahren Doppelfacharzt + D-Arzt ‚klein‘ möglich!

1. Zusätzlich zwei Jahre für spezielle UC, muss extra abgeleistet werden (für den großen BG-OP-Katalog oder Chefarzt im Krankenhaus, wenn man ihn haben oder werden will).

Dabei kann der Doppelfacharztwerb, wenn sinnvoll, um ein Jahr verkürzt werden durch bereits erworbene Kompetenzen in der Intensivstation und Notfallambulanz (siehe Tab. 4). Als mögliches sinnvolles Beispiel fällt mir da an sich nur der Doppelfacharzt Gefäßchirurgie/Plastische/Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie ein. Für dauerhafte Klinikkarrieren sind prinzipiell natürlich alle Facharztqualifikationen neben der Allgemeinchirurgie sinnvoll und werden auch weiter gebraucht. Sie sollten nach Neigung ausgesucht werden. Die Stellen-

suche sollte heutzutage mit Ausnahmen kein großes Problem mehr sein, wobei man das letzte Drittel seiner beruflichen Laufbahn in der Klinik bei seiner Wahl nicht außer acht lassen sollte, es kommt ganz gewiss.

Beim Kampf um den Erhalt des Allgemeinchirurgen hat es auch Rückschläge gegeben. Die Venenchirurgie als wichtiges Beispiel wurde aus der Handlungskompetenz (Beherrschung der Methoden) des neuen Allgemeinchirurgen seitens der Bundesärztekammer entfernt und der Gefäßchirurgie zugeschlagen, trotz unseres detaillierten und substantiellen Protestes. Weiterhin besteht sie nun in der Allgemeinchirurgie als Methodekompetenz, was nur noch der Kenntnis der Methoden entspricht.

Das bedeutet schlussendlich, dass ein Allgemeinchirurg ein Jahr während seiner Weiterbildung in der Gefäßchirurgie verbringen sollte, wenn er später eigenverantwortlich Venenchirurgie betreiben möchte. In der Gefäßchirurgie kann er die Venen- bzw. Varizenchirurgie erlernen, was zumindest haftungsrechtlich bei späteren eigenen Operationen von Bedeutung ist, auch wenn mit der Zulassung zum Ambulanten Operieren durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung prinzipiell auch die Venenchirurgie inkludiert ist.

Selbstverständlich muss jeder Kandidat heutzutage seinen Weiterbildungsweg individuell planen und mit der zuständigen Ärztekammer abstimmen, damit der angepeilte Zeitplan auch eingehalten werden kann. Zwischen den Bundesländern bestehen eben Unterschiede, allgemeine Tipps sind nicht sicher anwendbar. Zusätzlich im Falle einer geplanten Niederlassung sollten frühzeitig in der Weiterbildung die dafür wichtigen Kompetenznachweise bekannt sein und erworben werden (z.B. Sonographie oder Endoskopie), damit die späteren Abrechnungsmöglichkeiten nicht zu eng werden.

Sehr wichtig sind auch die Kenntnis und Umsetzung der Voraussetzungen für die Röntgenzulassung! Wie bei der Endoskopie und Sonographie etc. müssen dafür die Konditionen rechtzeitig bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erfragt werden. Das Entscheidende aber ist, dass heute alle Nachfolger gebraucht werden, wir wünschen allen ein gutes Gelingen bei der Wahl der eigenen Weiterbildung!

Zusammenfassung

Der Artikel beschäftigt sich prinzipiell mit der chirurgischen Weiterbildung. Aufgrund der Fülle der Details musste eine enge Auswahl getroffen werden. Schlussendlich wurde eine Weiterbildungsvariante gewählt und dargestellt, die sich durch die aktuelle Musterweiterbildungsänderung (Erhalt des Allgemeinchirurgen) ergeben hat und interessant ist für niederlassungswillige Kandidaten sowie für qualifizierte Positionen in kleineren Krankenhäusern. ◀

Literatur:

1. Bundesärztekammer, Musterweiterbildungsordnung 2018 (www.baek.de)
2. Bundesärztekammer, Ärztestatistik 2021 (www.baek.de)

Hinweis

Der vorliegende Artikel erschien erstmals in der Zeitschrift ‚chirurgische praxis‘ 90, 1–6 (2023), Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der mgo fachverlage GmbH & Co. KG.

Tabelle 4: Beispiele für die Weiterbildung und Weiterbildungszeit im Gebiet Chirurgie

Facharzt / Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie (Orthopäde und Unfallchirurg / Orthopädin und Unfallchirurgin)

Gebietsdefinition

Das Gebiet Chirurgie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen sowie angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Fehlbildungen der Gefäße, der inneren Organe einschließlich des Herzens, der Stütz- und Bewegungsorgane sowie der Wiederherstellungs- und Transplantationschirurgie.

Weiterbildungszeit

72 Monate im Gebiet Chirurgie

unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- ▶ müssen **48 Monate** in Orthopädie und Unfallchirurgie abgeleistet werden
- ▶ müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden
- ▶ müssen 6 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden
- ▶ können zu Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung **in anderen Gebieten** erfolgen

Facharzt/Fachärztin für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (Plastischer, Rekonstruktiver und Ästhetischer Chirurg / Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgin)

Gebietsdefinition

Das Gebiet Chirurgie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen sowie angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Fehlbildungen der Gefäße, der inneren Organe einschließlich des Herzens, der Stütz- und Bewegungsorgane sowie der Wiederherstellungs- und Transplantationschirurgie.

Weiterbildungszeit

72 Monate im Gebiet Chirurgie

unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- ▶ müssen **48 Monate** in Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie abgeleistet werden
- ▶ müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden
- ▶ müssen 6 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden
- ▶ können zu Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung **in anderen Gebieten** erfolgen

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 380 Euro. Hinzu kommt der individuell unterschiedliche Jahresbeitrag meiner ANC.

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

Titel | Name | Vorname

Straße | PLZ | Ort

Zuständiger KV-Bereich

Geburtsdatum | Telefon privat

Telefon- und Faxnummer Praxis

E-Mail-Adresse | ggf. Homepage

Ort | Datum | Unterschrift

Informationen zum Datenschutz

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

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

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

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

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

Berufsverband Niedergelassener Chirurgen (BNC): Kontakt zu den Regionalverbänden und zur Geschäftsstelle

Arbeitsgemeinschaften Niedergelassener Chirurgen (ANC)

ANC Baden-Württemberg Nord

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

ANC Berlin

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

ANC Brandenburg

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

ANC Hamburg

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

HCV Hessen

Jan Henniger
Mainzer Landstraße 65, 60329 Frankfurt
Telefon 069 310646-15
www.hcv-ev.de

ANC Mecklenburg-Vorpommern

Dr. Thomas Nowotny
Leipziger Allee 60, 17389 Anklam
Tel. 03971 293415

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
Theaterstr. 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
Mainzer Landstraße 65, 60329 Frankfurt
Telefon 069 310646-15

2. Vorsitzender

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

Schatzmeisterin

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

Beisitzer

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

Beisitzer

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

Ehrenvorsitzender

Dr. Dieter Haack

BNC Geschäftsstelle

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

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

Landesverbände Ambulantes Operieren (LAO)

LAO Bayern e.V.

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

LAO Berlin e.V.

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

LAO Brandenburg e.V.

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

LAO Hamburg e.V.

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

LAO Niedersachsen e.V.

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

Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO)

Präsident

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

Vizepräsident

Dr. Axel Neumann
Fürstener 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

Belegarztwesen erhalten und Potenzial ambulanter Operationen ausschöpfen!

Mit einem eindringlichen Appell hat die Spitze der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO) kurz vor Weihnachten 2023 vor den Folgen der zunehmenden Schließung von Belegabteilungen gewarnt. So erklärten KVNO-Chef Dr. Frank Bergmann und sein Stellvertreter Dr. Carsten König, die neue Landes-Krankenhausplanung, die Krankenhausreform auf Bundesebene und die Forcierung der Ambulantisierung von Leistungen führten zu Umwälzungen im stationären Bereich, die sich auch auf die belegärztliche Leistungserbringung und das ambulante Operieren bei Vertragsärztinnen und -ärzten auswirken.

Sie beriefen sich dabei auf eine Umfrage der KVNO, in der die Hälfte der vormals belegärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte angegeben hatte, aktuell nicht mehr an Krankenhäusern zu praktizieren. Auch aus dem stationären Sektor komme die Rückmeldung, dass die Belegabteilungen abnehmen und ihre Zukunft maßgeblich von der Krankenhausplanung abhängt. Dabei werde das Belegarztwesen von Kliniken wie auch von Niedergelassenen als Paradebeispiel für intersektorale Zusammenarbeit und die Sicherstellung regionaler Versorgung benannt. „In diesem Fall sind wir uns mit den Krankenhäusern einig: Belegärztliche Leistungen sind ein Paradebeispiel für eine erfolgreiche sektorenübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die Behandlung erfolgt ambulant und stationär aus einer Hand und trägt maßgeblich

zur Sicherung eines flächendeckenden regionalen Versorgungsangebotes bei“, erklärten Dr. Bergmann und Dr. König.

Die aktuelle Entwicklung im stationären Bereich – gerade in Nordrhein-Westfalen – bringe dies jedoch ins Wanken: „Zunehmend fallen belegärztliche Angebote weg, ohne dass eine Alternative vorgesehen ist. Besonders die Patientenversorgung im Bereich der HNO-ärztlichen Kinderchirurgie ist akut gefährdet“, heißt es in der Stellungnahme. Nicht nur belegärztliche, sondern auch ambulante Operationen in Krankenhäusern würden von niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten durchgeführt. „Gerade in Regionen, in denen es keine ambulanten OP-Zentren gibt und medizinische Eingriffe nicht in eigener Praxis möglich sind, wirken sich die in der Krankenhausreform angedachten Veränderung negativ auf das ambulante Operieren aus.“

Damit das Ambulantisierungspotenzial voll ausgeschöpft werden kann, brauche es eine angemessene Vergütung ambulanter Eingriffe für die Niedergelassenen. „Es ist höchste Zeit, dass auch die Leistungen der fachärztlichen Kolleginnen und Kollegen bei der Krankenhausreform mitgedacht werden und die Benachteiligung der Niedergelassenen ein Ende hat!“, schloss das Vorstands-Duo.

Kontakt: www.kvno.de

Aktionsbündnis Praxiskollaps Nordrhein

Standortfaktor ambulante medizinische Daseinsfürsorge vor dem Zusammenbruch

In einem offenen Brief haben sich der Vorsitzende der ANC Nordrhein, Dr. Manfred Weisweiler, und der Allgemeinmediziner Dr. Jens Wasserberg im Namen des Aktionsbündnisses Praxenkollaps im November 2023 an die Politik auf kommunaler und Kreisebene gewandt. Darin betonten sie den Stellenwert der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung in Nordrhein als „Fundament der medizinischen Daseinsfürsorge“, die für das Gemeinwesen unverzichtbar ist und zunehmend zu einem wichtigen Standortfaktor wird, dessen niedrigschwellige und unmittelbare Verfügbarkeit erheblichen Einfluss auf die Entwicklung der Städte und Gemeinden hat.

Allerdings seien allein in Nordrhein im Jahr 2022 347 Millionen Euro an korrekt erbrachten Versorgungsleistungen im ambulanten Bereich budgetbedingt nicht vergütet worden, obwohl es mit dem EBM eine staatliche Gebührenordnung gibt, welche die Preise für diese Leistungen festlegt. „Dies entspricht der Leistungsmenge von weit über 1.000 Praxen, die aktuell zwar noch am Netz sind, deren Leistungen aber nicht finanziert werden“, betonte das Bündnis. Diese „Nichtbezahlung“ reduziere zwangsweise auch das Versorgungsangebot und verschärfe die Krise in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung.

Dr. Weisweiler und Dr. Wasserberg wiesen darauf hin, dass der Einstieg in die Entbudgetierung bereits seit zwei Jahren im Koalitions-

vertrag der Bundesregierung festgelegt ist. „Jeder Tag, um den dieser Schritt hinausgezögert wird, zerstört unwiederbringlich Versorgungskapazitäten in unserem Bundesland und benachteiligt uns gleichzeitig im Wettbewerb um dringend benötigtes Personal für unsere Praxen.“ Ohne dieses Personal werde die ambulante medizinische Daseinsfürsorge in der Region in kurzer Zeit sowie unumkehrbar ausbluten. „Die Auswirkungen dieser Entwicklung spüren Sie bereits tagtäglich vor Ort. Durch altersbedingtes Ausscheiden unserer Kolleginnen und Kollegen sowie fehlende Nachfolge droht die dauerhafte Schließung von einem großen Teil hausärztlicher und fachärztlicher Praxen.“

Die Vertreter des Aktionsbündnisses appellierten an die Politik, sich „unmissverständlich für eine Entbudgetierung von Haus- und Fachärztinnen/-ärzten sowie eine Anwendung der gültigen Gebührenordnung“ einzusetzen, wenn sie diese Fehlentwicklung aufhalten und die medizinische Daseinsfürsorge in Ihren Städten und Gemeinden weiterhin sichern wollen. Die Einrichtung der von Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach geplanten Gesundheitskioske hingegen bezeichneten sie als ebenso ungeeignet zur Sicherung der Versorgung wie die Verlagerung ärztlicher Leistungen an Apotheken.

Kontakt: www.praxenkollaps.de

Schleswig-Holstein

Gesundheitsministerin macht sich für Entlastung ambulanter Praxen stark



Foto: Frank Peter

Prof. Kerstin von der Decken ist Juristin sowie Professorin für Völkerrecht und Europarecht. Sie wurde Mitte 2022 überraschend in das schwarz-grüne Kabinett von Schleswig-Holsteins Ministerpräsident Daniel Günther berufen.

Schleswig-Holstein hat 2024 den Vorsitz der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) inne. Die Worte von Gesundheitsministerin Prof. Kerstin von der Decken (CDU) dürften daher auf Bundesebene in diesem Jahr mehr Gehör finden als sonst. Als eines ihrer zentralen Projekte gilt die Bundesratsinitiative zur Verbesserung der finanziellen Situation der Krankenhäuser, die sich an den für die Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser zuständigen Bund richtet und die Schleswig-Holstein gemeinsam mit Nordrhein-Westfalen auf den Weg gebracht hat.

Doch daneben setzt sich Prof. von der Decken auch nachdrücklich für die bessere Finanzierung des ambulanten Bereichs ein. „Inflations-

bedingte Mehrkosten, Budgetierung der Leistungen und höhere Tarifabschlüsse für Fachpersonal stellen die Praxen aktuell vor extrem große wirtschaftliche Probleme“, hatte die Gesundheitsministerin bei der Ankündigung der Bundesratsinitiative im November 2023 erklärt. Damit sich niedergelassene Ärztinnen und Ärzte auf die Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten konzentrieren und bei medizinischem Fachpersonal konkurrenzfähige Arbeitsbedingungen anbieten können, müssten auch bei der wirtschaftlichen Belastungssituation von Praxen Anpassungen vorgenommen werden. Eine Entbudgetierung ärztlicher Leistungen würde beispielsweise dazu führen, dass Ärztinnen und Ärzte für die von ihnen erbrachten Leistungen auch angemessen honoriert werden. „Es ist schlecht für eine Gesellschaft, wenn Ärztinnen und Ärzte mit ihren Praxen in wirtschaftliche Probleme geraten. Der Fokus muss im Sinne der Patientinnen und Patienten auf der Gesundheitsversorgung liegen. Auch hier ist der Bundesgesundheitsminister gefragt.“ Bereits im Zusammenhang mit dem Protesttag am 2. Oktober 2023 hatte von der Decken Verständnis für die Sorgen von Vertragsärztinnen und -ärzten geäußert.

Kontakt: www.schleswig-holstein.de

Sachsen

Start eines interdisziplinären und sektorenübergreifenden Wundzentrums

Am 1. November 2023 ist am Klinikum Chemnitz das Wundzentrum Chemnitz an den Start gegangen. Vorausgegangen waren umfangreiche Vorbereitungen und zahlreiche Sondierungsgespräche mit diabetologischen und chirurgischen Schwerpunktpraxen, Sanitätshäusern und ambulanten Wund- sowie Pflegeteams, um die nötigen personellen und strukturellen Voraussetzungen zu schaffen. Ziel des Wundzentrums ist die sektorenübergreifende und standardisierte medizinische Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden.

„Solche Erkrankungen sind in der Region Südwestsachsen verbreitet, aber häufig nicht optimal versorgt“, sagte Dr. Thomas Grube, Leiter des Wundzentrums Chemnitz und Oberarzt in der Klinik für Thorax-, Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie. Vor allem hochbetagte Patienten seien von chronischen Wunden oder dem Diabetischen Fußsyndrom betroffen. Würden diese Erkrankungen ambulant nicht gut versorgt oder zu spät entdeckt oder sei nach einem stationären Aufenthalt die kontinuierliche, standardisierte Nachsorge in Wohnortnähe nicht gesichert, verschlechterten sich Mobilität und Lebensqualität, weitere Krankheiten könnten folgen. „Dem wollen wir mit dem Wundzentrum Chemnitz und der engen Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten sowie weiteren Versorgern entgegenwirken“, sagte Dr. Grube. Zum Wundzentrum gehört ein Team von Wundexpertinnen und -experten aus allen Standorten des Klinikums und der Poliklinik gGmbH Chemnitz.

Es wird von Annegret Rentsch, Wundmanagerin in der Klinik für Thorax-, Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie, geleitet.

Im Behandlungszentrum und bei allen Kooperationspartnern gelten nach Angaben des Klinikums einheitliche Standards in Therapie und Dokumentation. Hierzu sollen definierte Wundvisiten ebenso wie Wundkonsile beitragen. Geplant sei darüber hinaus eine Videosprechstunde, die eine erleichterte Betreuung innerhalb und außerhalb des Klinikums ermöglicht. Täglich finde eine Sprechstunde statt, in der die Expertise der Wundschwestern und -pfleger mit der Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte verbunden wird, um optimale Versorgungsbedingungen zu schaffen. Eine zentrale Rufnummer solle die Kommunikation zwischen stationären und ambulanten Versorgern vereinfachen.

Begleitet werden soll das Wundzentrum von Anfang an mit einem Forschungsprojekt. Gemeinsam mit der Firma CureVision GmbH und der Universität München will man hier den Prototyp einer Künstlichen Intelligenz ‚Wundmonitoring‘ testen und weiterentwickeln. Das Wundzentrum Chemnitz soll Hauptzentrum des zu entwickelnden Wundnetzwerkes Chemnitz sein, in das alle ambulanten Anbieter und Wundteams der Region zeitnah eingebunden und mit dem Hauptzentrum verbunden werden sollen.

Kontakt: www.klinikumchemnitz.de

KV Mecklenburg-Vorpommern

Telematikinfrastruktur: Betreiber sollen für Störungen haftbar gemacht werden



Foto: Pixabay

Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) hat in ihrer Herbstsitzung am 18. November 2023 eine Resolution zur Telematikinfrastruktur (TI) einstimmig verabschiedet. Darin fordert die VV den Gesetzgeber auf, gesetzliche Regelungen zu schaffen, dass die Betreiber der TI, der Anwendungen in der TI sowie der für die TI erforderlichen Komponenten in den ärztlichen Praxen für den Ausfall der notwendigen Technik haftbar und unmittelbar schadensersatzpflichtig werden.

„Dabei sollen die Betreiber, im Sinne einer Beweislastumkehr, nachweisen, dass die von ihnen zur Verfügung gestellte Technik über den gesamten Quartalszeitraum störungsfrei funktioniert hat. Für Ausfallzeiten durch technische Störungen oder einen fehlenden Nachweis des störungsfreien Betriebs hat der Betreiber eine angemessene Entschädigung, z. B. analog zur Entschädigung bei der Deutschen Bahn, an die betroffenen Praxisinhaber zu zahlen“, heißt es in der Resolution.

Ihre Forderungen begründeten die Vertreterinnen und Vertreter mit den häufigen Ausfällen in der Telematikinfrastruktur, die zu erheblichen Störungen im Ablauf der Praxen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten führen und die mittlerweile „ein versorgungsgefährdendes Maß erreicht“ haben. Der Gesetzgeber müsse hier reagieren und die Betreiber der Telematikinfrastruktur unter der Androhung finanzieller Haftung zu einem störungsfreien Betrieb der Technik verpflichten.

Zum Zeitpunkt ihrer Resolution konnten die VV-Mitglieder allenfalls erahnen, dass der nächste große Schritt im Zuge der Digitalisierung des Gesundheitswesens, der bundesweite Start des eRezepts am 1. Januar 2024, vielen Praxen erhebliche Probleme bereiten würde. Einer Umfrage des Ärztenachrichtendienstes (änd) zufolge bereitete die Umstellung auf das eRezept nur 26% der Befragten keinerlei Probleme. In allen anderen Fällen traten kleinere (42%) bzw. große (32%) technische Schwierigkeiten auf, die überwiegend bei der Telematikinfrastruktur und an zweiter Stelle bei der jeweils verwendeten Praxissoftware verortet wurden.

Kontakt: www.kvmv.de

Ärztzekammer Bremen

Normenkontrollklage: „Ausbildungsfonds löst Fachkräfteproblem nicht“

Die Ärztekammer Bremen hat sich der Normenkontrollklage der Handelskammer Bremen gegen das Gesetz zur Errichtung des Ausbildungsunterstützungsfonds im Land Bremen angeschlossen. Dies teilte die Kammer im November 2023 mit Blick auf ein einstimmiges Votum der Delegiertenversammlung mit. Damit möchten die Delegierten auch ein politisches Zeichen setzen und ihren Unmut über den Fonds zum Ausdruck bringen.

Hintergrund ist ein im März 2023 von der Bremer Bürgerschaft beschlossener Ausbildungsfonds, in den ab 2025 alle Bremer Betriebe gestaffelt einzahlen sollen, um ausbildende Unternehmen zu unterstützen. Die Handelskammer Bremen, die Arbeitgeberseite der Handwerkskammer, die Hanseatische Rechtsanwaltskammer, die Apothekerkammer Bremen und die Zahnärztekammer Bremen hatten im Juli im Rahmen eines Normenkontrollverfahrens beim Staatsgerichtshof gemeinsame Klage eingereicht.

„Der Fonds setzt an der falschen Stelle an: Gerade niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind überaus engagiert in der Ausbildung und bieten zahlreiche Ausbildungsplätze“, sagte Ärztekammerpräsident Dr. Johannes Grundmann. So seien 2022 in Bremen 189, in Bremerhaven 53 Ausbildungsverträge geschlossen worden. „Es gibt aber immer weniger Bewerberinnen und Bewerber, die die anspruchsvollen Voraussetzungen der Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen erfüllen können.“ Die Delegierten befürchteten, dass man mit dem Fonds einen neuen Verwaltungsapparat und vor allem Maßnahmen finanziere, die die fehlende Ausbildungsreife kompensieren. „Der Fonds hat keine Lösung für das Fachkräfteproblem, belastet aber die ausbildungswilligen Ärztinnen und Ärzte zusätzlich finanziell“, erklärte Dr. Grundmann. „Unsere Kammermitglieder bilden junge Menschen auf hohem Niveau aus und sorgen so selbst für ihre dringend benötigten Fachkräfte. Es wäre sehr bedauerlich, wenn das Land Bremen dieses Engagement durch den überflüssigen Ausbildungsfonds ausbremst.“

Kontakt: www.aekhb.de

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

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

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

Aktuelles zum Arztrecht vom BNC-Justiziar

Welche Fristen gelten für die Nachbesetzung einer Arztstelle?

In Zeiten von Ärztemangel ist es nicht immer leicht für Praxen, MVZ oder BAG, freiwerdende Arztstellen zügig neu zu besetzen. Zwei Gerichtsurteile zeigen, wie die bestehenden Zulassungsbeschränkungen interpretiert werden, wonach freigewordene Arztsitze unter Umständen verfallen – oder eben auch gerade nicht.

Von Jörg Hohmann

Nachbesetzung einer Arztstelle binnen Jahresfrist

Die Nachbesetzung eines Versorgungsauftrags (Vertragsarztzulassung) muss grundsätzlich zeitnah nach der Vakanz der Arztstelle erfolgen. Die Frist beträgt sechs Monate und kann auf begründeten Antrag um weitere sechs Monate verlängert werden. Wenn sich die Zulassungsgremien weigern, diese Frist nochmals zu verlängern, so ist dieses nicht zu beanstanden und der Sitz verfällt.

Mit dieser Entscheidung wurde die Klage eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) abgewiesen, das einen Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin auf einer halben Stelle anstellen wollte. Nachdem diese Stelle frei wurde, wollte das MVZ die freigewordene Arztstelle gemäß § 103 Absatz 4a Satz 5 SGB nachbesetzen, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Das Bundessozialgericht (BSG) hatte hierzu bereits mit Urteil vom 19.10.2011 (Aktenzeichen B 6 KA 23/11 R) entschieden, dass dieses unverzüglich geschehen muss. Dieses heiße regelmäßig innerhalb von sechs Monaten, anderenfalls falle die Stelle weg.

In dem streitigen Fall hatte das MVZ Schwierigkeiten, innerhalb der üblichen sechs Monate einen neuen Facharzt zu finden und beantragte eine Fristverlängerung. Dieses wurde damit begründet, dass es viele offene Stellen in diesem Bereich gäbe und die Covid-Pandemie die Suche erschwerte. Deshalb gestand der Zulassungsausschuss dem MVZ noch einmal weitere sechs Monate zu. Der darüberhinausgehende weitere Verlängerungsantrag wurde indes abgelehnt.

Dem Gericht erschien es in Analogie zu § 95 Absatz 6 Satz 3 SGB V verhältnismäßig und zumutbar, eine Nachbesetzung der Arztstelle innerhalb der genehmigten Frist durchzuführen. Besondere Gründe, die die Einhaltung der Frist erschwerten oder sogar verhinderten, hätten zu einer nochmaligen sechsmonatigen Verlängerung geführt. Dabei handele es sich bereits um eine im Ermessen stehende Härtefallregelung. Die Einräumung einer Nachbesetzung über ein Jahr ab dem Freiwerden lasse sich indes auch nicht unter den weiter vorgetragenen Härtefallgesichtspunkten rechtfertigen. Damit konnte das MVZ auf die freigewordene halbe Stelle keinen Arzt mehr anstellen. Soweit die

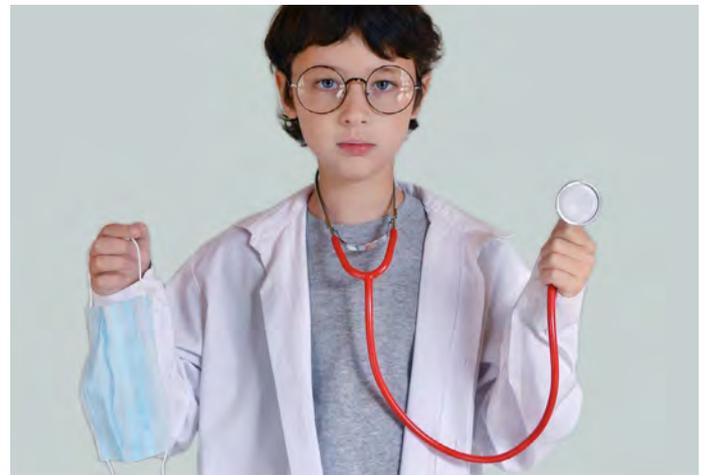


Foto: Pixabay

Bei der Nachbesetzung von Arztstellen ist frühzeitiges und vorausschauendes Handeln angezeigt ...

Lücke gefüllt werden soll, muss nun ein weiterer Arzt gefunden werden, der auf seine Zulassung verzichtet, um sich in dem MVZ anstellen zu lassen. Um eine solche Situation zu vermeiden, sollten sich anstellende Ärzte, Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und MVZ frühzeitig vor Auslaufen der Anstellungsgenehmigung um einen anzustellenden Arzt auf dem Arbeitsmarkt bemühen, was ein aufmerksames und vorausplanendes Anstellungsmanagement erfordert.

Urteil des Sozialgerichts München vom 24.10.2023

(Aktenzeichen S 38 KA 261/21)

Nachbesetzung einer Arztstelle: Drei-Jahres-Regelung nicht in jedem Fall erforderlich

Grundsätzlich kann ein Vertragsarzt auf seine Zulassung verzichten, um sich bei einem Vertragsarzt, einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) anstellen zu lassen. Die Nachbesetzung dieser Arztstelle, die durch

Verzicht eines Arztes zugunsten des MVZ, der BAG oder des Vertragsarztes erforderlich ist, ist jedoch nur möglich, wenn bei dem Verzichtenden eine echte Anstellungsabsicht vorhanden war. Dieses ist gemäß einer Grundsatzentscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 04.05.2016 (Aktenzeichen B 6 KA 21/15 R) nur der Fall, wenn der verzichtende Arzt mindestens drei Jahre angestellt tätig ist. Beendet der angestellte Arzt vor Ablauf dieser drei Jahre seine Tätigkeit, kann das Recht zur Nachbesetzung des entsprechenden Vertragsarztsitzes erlöschen. Dieses wird in den meisten Fällen vertraglich so abgesichert, dass dann eine entsprechende Schadenersatzpflicht des ausscheidenden Arztes besteht. Allerdings hat das BSG nicht kategorisch für jeden Einzelfall eine mindestens dreijährige Tätigkeit gefordert, sondern kann sich auch Ausnahmen vorstellen.

Dazu heißt es in dem Urteil (Randnummer 29):

Endet die Tätigkeit des Arztes, der unter Umwandlung seiner Zulassung in eine Anstellung bei einem MVZ tätig werden wollte, vor Ablauf von drei Jahren, hängt das Nachbesetzungsrecht des MVZ davon ab, ob nach den Umständen davon ausgegangen werden kann, dass der ursprünglich zugelassene Arzt zunächst tatsächlich zumindest drei Jahre im MVZ tätig werden wollte, diese Absicht aber aufgrund von Umständen, die ihm zum Zeitpunkt des Verzichts auf die Zulassung noch nicht bekannt waren, nicht mehr realisieren konnte. Das kann etwa der Fall sein, wenn er erkrankt oder aus zwingenden Gründen seine Berufs- oder Lebensplanung ändern müsste. Gegen den Willen zur Fortsetzung der vertragsärztlichen Tätigkeit im MVZ für zumindest drei Jahre spricht dagegen zum Beispiel, wenn der Arzt im Zuge des Verzichts auf die Zulassung und der Beantragung der Anstellungsgenehmigung durch das MVZ schon konkrete Pläne für das alsbaldige Beenden seiner Tätigkeit entwickelt hat, oder wenn das MVZ zu diesem Zeitpunkt schon Verhandlungen mit einem an der Nachbesetzung der betroffenen Arztstelle interessierten anderen Arzt geführt hat, die sich auf die unmittelbare Zukunft und nicht auf einen erst in drei Jahren beginnenden Zeitraum beziehen. Je kürzer die Angestelltentätigkeit des Arztes gewesen ist, desto höhere Anforderungen sind an den Nachweis der Umstände zu stellen, die die Absicht zur Ausübung der Angestellten-tätigkeit für eine Dauer von mindestens drei Jahren dokumentieren. Wenn Änderungen der Verhältnisse, die eine Änderung der ursprünglich bestehenden Absichten nachvollziehbar erscheinen lassen, nicht festzustellen sind, geht dieses zu Lasten des an der Nachbesetzung der Arztstelle interessierten MVZ.

Zudem hat der Senat es zugelassen, wenn der Arzt im Rahmen der Kooperation seine Tätigkeit sukzessive verringert, zum Beispiel von 100% im ersten Jahr auf 75% im zweiten Jahr und 50% im dritten Jahr (Urteil des BSG vom 04.05.2016 – Aktenzeichen B 6 KA 28/15 R).

Im nun vorliegenden Fall des Sozialgerichts (SG) Berlin hatte die verzichtende Ärztin das Angestelltenverhältnis bereits nach neun Monaten gekündigt, da sie ein anderes Arbeitsangebot in einem anderen MVZ über eine Vollzeit-Anstellung entsprechend ihrer eigentlichen fachlichen Spezialisierung (Endokrinologie) erhalten hatte.

Das klagende MVZ hatte beim Zulassungsausschuss die Nachbesetzung beantragt, dieses hatte der Zulassungsausschuss jedoch abgelehnt. Er war der Auffassung, dass nach weniger als einem Jahr Kooperation das Recht zur Nachbesetzung verwirkt sei.

Jörg Hohmann

Rechtsanwalt, Kanzlei für Gesundheitsrecht
 Prof. Schlegel Hohmann Diarra & Partner
 Brandstwierte 4, 20457 Hamburg
 Tel.: 040 3910697-0
 Fax: 040 3910697-10
 jh@gesundheitsrecht.com
 www.gesundheitsrecht.com



Foto: Hohmann

Diese Entscheidung hob letztlich das SG Berlin auf und sah in diesem Fall eine Ausnahme von der BSG-Rechtsprechung.

Nach der BSG-Rechtsprechung sei maßgeblich, ob der verzichtende Arzt ursprünglich die Absicht besessen habe, sich für die Dauer von mindestens drei Jahren anstellen zu lassen. In diesem Fall sei außerdem zu prüfen, ob ein Abrücken von dieser Absicht auf aner kennenswerte Umstände zurückzuführen sei, die bei der Abgabe der Verzichtserklärung noch nicht bekannt gewesen seien. Hier kam das SG Berlin zu dem Ergebnis, dass die ursprüngliche dreijährige Kooperationsabsicht bestanden habe. Die Ärztin habe aus nachvollziehbaren beruflichen Gründen die Anstellung gekündigt, da ihr eine vorher nicht absehbare Karrierechance geboten wurde, und zwar mit einer Vollzeit-anstellung in ihrem Spezialgebiet der Endokrinologie.

Die ursprüngliche Absicht des BSG mit Einführung der dreijährigen Haltefrist sollte dem Handel mit Zulassungen Grenzen setzen. Hierzu hatte das SG aber zutreffend festgestellt, dass für die zu entscheidende Konstellation das Angebot der neuen Anstellung unerwartet gekommen sei. Die Gelegenheit, künftig in diesem Spezialgebiet tätig zu werden, wollte das Gericht nicht verwehren. Soweit also hier eine unerwartete Karrierechance eröffnet wird, kann dies dem anstellenden MVZ aus Sicht des Gerichts nicht zum Nachteil gereichen.

Insoweit ist die Entscheidung zu begrüßen, da sie auch klarstellt, dass gänzlich veränderte berufliche Planungen, also sei es der berufliche Ausstieg oder der berufliche Aufstieg nicht gegen die Drei-Jahres-Haltefrist des BSG verstößt, sodass also die freiwerdende Stelle nachbesetzt werden kann.

Offen ist ohnehin, ob die Drei-Jahres-Regelung dauerhaft aufrecht erhalten bleibt. Das Bundesgesundheitsministerium hat inzwischen ein Gutachten eingeholt („Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren“), in dem die Forderung nach einer dreijährigen Mindestdauer kritisch beleuchtet wird. Dieses führe zu schwierigen Umsetzungsfragen in der Praxis und zu einer widerwilligen Mentalität der Angestellten. Insoweit sei auch fraglich, ob die Grenze der richterlichen Rechtsfortbildung überschritten sei. Insoweit wird durch den Gesetzgeber eine ausdrückliche Regelung mit einer kürzeren Mindestdauer gefordert (vorgeschlagen wird ein Jahr).

Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 30.09.2020
 (Aktenzeichen S 87 KA 155/18)



Foto: Pixabay

Aktuelles zum Arztrecht vom BAO-Justiziar

„Poolärzte“ im Notdienst sind nicht zwingend selbstständig tätig

Mit einer Entscheidung zur Sozialversicherungspflicht im Gesundheitssektor hat das Bundessozialgericht geurteilt, dass ‚Poolzahnärzte‘ nicht automatisch einer selbstständigen Tätigkeit nachgehen, weil sie an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen. Maßgebend sind vielmehr die konkreten Umstände des Einzelfalls.

Von Dr. Tobias List

Die zur sozialversicherungsrechtlichen Einordnung getroffenen Aussagen des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 24.10.2023, Aktenzeichen B 12 R 9/21 R, schriftliche Urteilsbegründung steht noch aus) sind insofern auch auf den vertragsärztlichen Notdienst zu übertragen. Für am ärztlichen Notdienst teilnehmende Vertragsärzte bedeutet das vorgenannte Urteil zum einen eine enorme Verunsicherung im Hinblick auf den eigenen Versicherungsstatus und zum anderen auch den Wegfall bereits etablierter Strukturen.

Die mit dem Sicherstellungsauftrag im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung beauftragten Kassenärztlichen Vereinigungen sehen sich – nicht zuletzt mit Blick auf den Fachkräftemangel – mit der Frage konfrontiert, wie sie den ärztlichen Notdienst aufrechterhalten können. Im Ergebnis lässt sich konstatieren, dass die ambulante Notfallversorgung in ihrer bisherigen Form und nach ihrem vielerorts praktizierten ‚Poolmodell‘ nicht mehr fortbestehen wird.

Nach Praxisverkauf als Poolarzt im Notdienst gearbeitet

Das BSG hatte über einen Sachverhalt zu entscheiden, in dem ein am vertragszahnärztlichen Notdienst teilnehmender Zahnarzt seinen sozialversicherungsrechtlichen Status geklärt haben wollte. Der Zahn-

arzt hat im Jahr 2017 seine Praxis verkauft und war im Anschluss nicht mehr zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen. Seine zahnärztliche Tätigkeit gab er jedoch nicht vollständig auf, sondern übernahm in den Folgejahren, insbesondere am Wochenende, Notdienste, die von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Baden-Württemberg organisiert wurden. Diese betrieb ein Notdienstzentrum, in dem sie personelle und sächliche Mittel gegenüber den den Notdienst ableistenden Zahnärztinnen und Zahnärzten zur Verfügung stellte.

Die Behandlungsleistungen des klagenden Zahnarztes wurden dabei nicht individuell patientenbezogen abgerechnet, sondern über ein festes Stundenhonorar entgolten. Die Deutsche Rentenversicherung Bund als Beklagte des Verfahrens sowie die Vorinstanzen sahen den klagenden Zahnarzt aufgrund seiner Teilnahme am vertragszahnärztlichen Notdienst als selbstständig tätig an.

Gesamtbild der Tätigkeit muss beurteilt werden

Das BSG entschied hingegen, dass der Zahnarzt in diesem Fall sozialversicherungspflichtig beschäftigter Arbeitnehmer war. Es urteilte im Wesentlichen, dass allein das Kriterium der Teilnahme am vertragszahnärztlichen Notdienst die Annahme einer selbstständigen Tätigkeit nicht tragen könne, sondern auch hier eine Gesamtabwägung der konkreten

Umstände vorzunehmen sei. Im Rahmen der nach § 7 Absatz 1 SGB IV vorzunehmenden Abgrenzung zwischen selbstständiger Tätigkeit zu abhängiger Beschäftigung müsse ein Gesamtbild der Tätigkeit beurteilt werden.

Zwar sei der Zahnarzt bei der konkreten medizinischen Behandlung frei und habe eigenverantwortlich handeln können, was als Indiz für eine selbstständige Tätigkeit sprechen könnte. Jedoch sei der klagende Zahnarzt wegen seiner Eingliederung in die von der KZV organisierten Abläufe als abhängig beschäftigt anzusehen. Vor allem in die organisierten Abläufe habe er keinen entscheidenden, erst recht keinen unternehmerischen Einfluss. Er finde eine von dritter Seite organisierte Struktur vor, in der er sich fremdbestimmt einfüge. Außerdem sei er unabhängig von konkreten Behandlungen stundenweise bezahlt worden.

Auswirkungen des Urteils: Mehr abhängig Beschäftigte?

Fest steht: Das BSG setzt seine stringente Linie bei der sozialversicherungsrechtlichen Beurteilung ärztlicher Tätigkeit weiter fort. Nach den Honorarärzten werden nun auch Poolärzte im Notdienst in der Regel als abhängig beschäftigt und damit sozialversicherungspflichtig angesehen. Der Annahme, dass allein die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne von § 75 SGB V für die Einordnung als selbstständige Tätigkeit genügt, erteilte das BSG eine klare Absage.

Neben den für die Beurteilung heranzuziehenden Kriterien wie der vertraglichen Vereinbarung, dem unternehmerischen Risiko oder dem Grad der Abhängigkeit stellt das BSG auch in dieser Entscheidung heraus, dass besonders bei hochqualifizierten Tätigkeiten vor allem das Kriterium der Eingliederung in den Betrieb des Vertragspartners entscheidend ist. Ausschlaggebend ist dabei, ob die tätig werdende Person als Glied eines fremden Betriebes gelten muss, was bei dem Ineinandergreifen von Arbeitsabläufen im Regelfall gerichtlich bejaht wird.

Etliche KVen haben Not- und Bereitschaftsdienste reduziert

Als unmittelbare Reaktion in der Praxis hat sich gezeigt, dass einzelne Kassenärztliche Vereinigungen begonnen haben, den Notdienst sofort einzuschränken, da sie nicht mehr die Möglichkeit sahen, die Notdienste in der bisherigen Form weiterzubetreiben (siehe Kasten). Schwerwiegend ist dies insofern, als dass dies zulasten der Sicherstellung der Notdienstversorgung und damit zulasten der Patientenversorgung geht. Zur Verhinderung eines ‚Kollapses‘ der Notfallversorgung in Deutschland durch den ‚Ausfall‘ der Poolärzte sind die Kassenärztlichen Vereinigungen nun auf den Plan gerufen, Alternativkonzepte für die Aufrechterhaltung der Notfallversorgung zu entwickeln und den Vertragsärzten ein passendes – vor allem rechtssicheres – Angebot zu unterbreiten.

Blickt man auf die eklatanten Lücken im Bereich des Personals im Gesundheitswesen, sind schnelle – ggf. gesetzgeberische – Lösungen erforderlich, um bestehende und durch das Urteil sich verstärkende Unsicherheiten im Bereich ärztlicher Kooperationsmodelle zu beheben. ◀

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

Poolärzte: So handhaben es die einzelnen KVen

KV Baden-Württemberg: Unmittelbar nach dem Urteil ‚Notbremse‘ für mindestens 3 Monate mit befristetem Notfallmaßnahmenplan, reduzierten Öffnungszeiten in den Notfallpraxen bzw. Schließung einzelner Standorte.

KV Bayerns: Die KVB greift für den Bereitschaftsdienst zunächst weiterhin auf ‚Poolärzte‘ zurück (die aktuell ca. 50 Prozent der Bereitschaftsdienststunden übernehmen) und will die Entscheidungsgründe des BSG abwarten.

KV Berlin: Seit Dezember 2023 reduziertes Angebot des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (ÄBD), weil keine Poolärzte mehr beim fahrenden Dienst und in der Telefonberatung eingesetzt werden.

KV Brandenburg: Bis das Urteil vorliegt und abschließend geprüft ist, vergibt die KVBB keine neuen Dienste an externe Kolleginnen und Kollegen und erteilt auch keine neuen Genehmigungen für den Bereitschaftsdienst.

KV Bremen: Um den Bereitschaftsdienst sicherzustellen, hält die KVHB bis Ende März 2024 am bisherigen Einsatzmodell fest. Unmittelbar nach dem Urteil hatte sie zunächst angekündigt, keine Poolärzte mehr heranzuziehen.

KV Hamburg: Man will die schriftliche Begründung des BSG-Urteils abwarten und dann bewerten. Sollte es sich breitflächig auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst übertragen lassen, wären Kostensteigerungen für den ohnehin hoch defizitären Notdienst und ggf. Einschränkungen des Angebots die Folge.

KV Hessen: Bislang keine Stellungnahme.

KV Mecklenburg-Vorpommern: Bislang keine Stellungnahme.

KV Niedersachsen: Mit Bekanntwerden wurden alle Genehmigungen zur selbstständigen Abrechnung von Leistungen im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst durch Poolärzte ausgesetzt, dadurch erhebliche Einschränkungen im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst.

KV Nordrhein: Man geht davon aus, dass das Urteil grundsätzlich nicht die bestehende Form des Notdienstes (Notdienst- und Portalpraxen) erfasst. Die abschließende Prüfung soll mit Vorliegen der Urteilsbegründung erfolgen.

KV Rheinland-Pfalz: Infolge des Urteils ab Januar 2024 Schließung einiger Ärztlicher Bereitschaftspraxen (ÄBP), zudem gekürzte Öffnungszeiten bei den verbleibenden ÄBP.

KV Saarland: Beschluss der Vertreterversammlung, dass Poolärzte zunächst wie bisher Dienste im ÄBD übernehmen können. Unabhängig von der Sozialversicherungspflicht ist eine grundlegende Reform des ÄBD geplant. u. a. durch Reduzierung auf sechs Standorte für Bereitschaftsdienstpraxen.

KV Sachsen: Auch hier will man mögliche Konsequenzen erst dann prüfen, sobald die Entscheidungsgründe zum Urteil vorliegen.

KV Sachsen-Anhalt: Bislang keine Stellungnahme.

KV Schleswig-Holstein: Mit Wirkung zum 31.12.2023 hat man den rund 400 Poolärzten, die im Ärztlichen Bereitschaftsdienst arbeiten und etwa 30% der Dienste übernommen haben, gekündigt.

KV Thüringen: Bislang keine Stellungnahme.

KV Westfalen-Lippe: Man will prüfen, ob die Bereitschaftsdienste künftig den niedergelassenen Ärzten zugewiesen werden müssen, die grundsätzlich zu deren Übernahme verpflichtet sind. Dafür ist aber die rechtliche Bewertung anhand der schriftlichen Urteilsbegründung nötig. Die KVWL fordert die Gleichbehandlung von Poolärzten mit Rettungsmedizinern, die von der Sozialversicherungspflicht ausgenommen sind.

Erfolgreiche Praxisführung

Praxiscontrolling und Qualitätsmanagement als zwei entscheidende Eckpfeiler

Angesichts der tiefgreifenden Veränderungen, die mit aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen einhergehen, kommen ambulante OP-Zentren nicht mehr um eine intensive Beschäftigung mit betriebswirtschaftlichen Zielen und Kostenmanagement umhin. Eine Verknüpfung mit Qualitätszielen und -standards ist sinnvoll.

Von Kai-Uwe Groß, Dr. Bertram Wittrin und Angelika Melson

Ambulant operierende Praxen, Operationszentren und Krankenhäuser unterliegen derzeit tiefgreifenden Veränderungen. Diese werden hervorgerufen durch aktuelle gesundheitspolitische Maßnahmen zur Kostensenkung im Gesundheitssystem. Die Verlagerung stationärer operativer Leistungen in den ambulanten Bereich steht im Fokus, um gleichzeitig stationäre Kapazitäten zu reduzieren.

Abrechnung ambulanter Leistungen

Die Abrechnung einzelner ambulanter Leistungen für niedergelassene Ärztinnen soll im Zuge der Ambulantisierung nach §115f SGBV mittels der Hybrid-DRG in gleicher Weise und Höhe wie für Krankenhäuser erfolgen. Bestimmte Eingriffe, wie Hernienoperationen, Entfernung von Harnleitersteinen, Ovariektomien, Arthrodesen der Zehen-

gelenke und Behandlungen des Sinus pilonidalis (Steißbeinfistel), sind initial betroffen. Die Kosten für Operateurinnen und Anästhesistinnen sind bereits in den Hybrid-DRG inbegriffen, während Sachkosten und genauer Umfang der Vor- und Nachbehandlungen noch festgelegt werden müssen.

Die sich hieraus ergebenden Herausforderungen liegen in der ungleichen Kostenstruktur zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen, beeinflusst durch Investitionszuschüsse der Länder, Pflegekostenerstattung und vorteilhafte Sachkostenregelungen für Krankenhäuser. Die Abrechnung mittels eines Groupers ist im Krankenhausbereich eingeübte Praxis, während dies im niedergelassenen Sektor erst über externe Dienstleister implementiert werden muss. Eine ursprünglich im Referentenentwurf im niedergelassenen Bereich

Abbildung 1: Synergien zwischen Praxiscontrolling und Qualitätsmanagement

Smartes Praxiscontrolling – die intelligente Lösung im Healthcare-Bereich

- ▶ Durch Controlling die Finanzen fest im Blick,
- ▶ Transparenz ermöglicht rechtzeitiges Gegensteuern und Eingreifen,
- ▶ Infrastruktur- und Materialkosten optimal lenken und steuern,
- ▶ verschiedene Praxissituationen simulieren,
- ▶ Personal klug managen.

Patient kommt

Verwaltung

Anamnese

Behandlung

Nachsorge

Patient geht

Prozessqualität

- ▶ Patientenorientierte Prozessqualität,
- ▶ Gelenkte Abläufe durch festgelegte Dokumentationsmuster,
- ▶ Instrumente zur Praxisführung,
- ▶ Erhöhung der Qualität medizinischer Leistungen sowie der Arbeitsqualität und -motivation,
- ▶ Transparente Praxisstrukturen und klare Zuständigkeiten.

vorgesehene alternative Abrechnungsmöglichkeit über die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung mittels des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) soll nun doch nicht möglich sein.

Anpassung der Praxisstrukturen

Das Gesundheitswesen steht vor tiefgreifenden Herausforderungen, die eine Anpassung der jeweiligen Praxisstrukturen erfordern. Eine wirtschaftliche Betrachtungsweise ist elementar und erfordert Kenntnisse über eigene Kosten und Erlöse – eine für niedergelassene Praxischefs noch immer häufig ungewohnte Perspektive. Verschiedene Aspekte sind hierbei zu beachten, darunter die Verteilung der Hybrid-DRG zwischen Anästhesie und Chirurgie unter Berücksichtigung der Raum-, Material- und Gerätekosten.

Das Kostenmanagement in chirurgischen Praxen und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) steht angesichts der jüngsten Entwicklungen vor einer neuen Aufgabe, bedingt durch steigende Personal-, Material- und Infrastrukturkosten. Praxen und Krankenhäuser müssen passende Versorgungsstrukturen schaffen – und auch Kooperationen erwägen, um Ressourcen zu bündeln und gemeinsam effiziente Operationszentren einzurichten.

Qualitätsmanagement und Praxiscontrolling

Zukünftige Anpassungen der Versorgungsstruktur erfordern ein erhöhtes Maß an wirtschaftlichem Abwägen und Steuern von chirurgischen Praxen und MVZ. Ein maßgeschneidertes Controlling, das spezifische Teil- und Gesamtkosten jeder Leistung abbildet und mit Erlösen korreliert, ist entscheidend für erfolgreiche wirtschaftliche Überlegungen.

Qualitätsmanagement wiederum unterstützt dabei, Praxisstrukturen anzupassen und Transparenz aufzubauen. Die Integration von Erkenntnissen des Qualitätsmanagements in das Praxiscontrolling wiederum bietet effizientere Abläufe, die frühzeitige Identifikation von Qualitätsproblemen und eine genaue Quantifizierung der damit verbundenen Kosten. Die Transparenz über Kostenstrukturen erleichtert eine fundierte Entscheidungsfindung und unterstützt gleichzeitig die Einhaltung der Qualitätsstandards. Eine zwischen dem Qualitätsmanagement und dem Praxiscontrolling abgestimmte Dokumentation

Kai-Uwe Groß

M.BC, Dipl.-Ing. FH
controlguide.med GbR
Holtenuauer Straße 73
24105 Kiel
Tel.: 0431 57097097
office@controlguide.org
www.controlguide.org



Foto: Groß

Dr. Bertram Wittrin

Facharzt für Chirurgie, Phlebologie
controlguide.med GbR
Holtenuauer Straße 73
24105 Kiel
Tel.: 0431 57097097
office@controlguide.org
www.controlguide.org



Foto: Wittrin

Angelika Melson

QM-Trainerin, Coach, Trainerin und Mediatorin
Praxisconcept
Christoph-Probst Weg 4
20251 Hamburg
Tel.: 040 8079200-40
info@praxisconcept.com
www.praxisconcept.com



Foto: Melson

bietet zahlreiche Vorteile für Betriebe der Heilberufe. Die Verknüpfung von Qualitätsmanagementdaten mit den finanziellen Aspekten im Praxiscontrolling erleichtert eine effiziente Kosten-Nutzen-Analyse. Eine solche Analyse ist immer dann entscheidend, wenn es beispielsweise darum geht zu bewerten, ob bestimmte Investitionen wirtschaftlich sinnvoll sind und welchen Einfluss diese auf die Qualität der Behandlungsleistung haben.

Gemeinsame Datenbasis erleichtert Informationsaustausch

Die Wechselwirkungen zwischen Qualitätsmanagement und Finanzen wird durch die abgestimmte Dokumentation erhöht (siehe Grafik). Dies ist besonders wichtig, um potenzielle Synergien zu erkennen und sicherzustellen, dass erforderliche Anpassungen in den Praxen im Einklang mit den finanziellen Zielen des Unternehmens und der erforderlichen Behandlungsqualität stehen. Die gemeinsame Datenbasis schafft eine gemeinsame Sprache und erleichtert den Austausch von Informationen und Erkenntnissen zwischen den beiden Systemen.

Die Analyse von Qualitäts- und Finanzdaten ermöglicht es, Strategien anzupassen und zu optimieren, um langfristigen Erfolg zu gewährleisten. ◀

Strategische Partnerschaft: **Praxischeck und Maßnahmenplan**

Die Firma controlguide.med GbR unterstützt Praxen, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Angehörige der Heilberufe beim Aufbau eines Praxiscontrollings. Hierfür wurde eigens für den Bereich der Heilberufe eine Software zur Unterstützung dieser Aufgabe entwickelt.

Praxisconcept unterstützt insbesondere Arzt- und Zahnarztpraxen, Medizinische Versorgungs- und OP-Zentren und Praxiskliniken bei der strategischen Steuerung und Optimierung von Prozessen und bei der Etablierung von Maßnahmen zum Qualitätsmanagement (QM).

Beide Firmen haben 2023 eine strategische Partnerschaft geschlossen und bieten bis zum 31. März 2024 Interessierten einen kostenlosen Praxischeck (ca. 90 Minuten) inklusive eines individuellen Maßnahmenplans an.

Praxisteam

Rechtssichere Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen

Um lange Wartezeiten und Versorgungsprobleme infolge des Ärztemangels zu vermeiden, bedarf es der Freisetzung ärztlicher Arbeitszeit durch stärkere Einbindung weiterer Gesundheitsberufe. Deshalb ist der Katalog delegierbarer Leistungen zu erweitern – gegebenenfalls bis hin zur Grenze der ärztlichen Kernkompetenzen.

Von Jörg Hohmann

Gesetzliche Regelungen zur Delegation

Die ärztliche Tätigkeit umfasst nach § 28 Absatz 1 SGB V neben der Tätigkeit des Arztes auch die Hilfeleistung anderer Personen, die vom Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist. Insoweit sind ärztliche Leistungen qua Gesetz grundsätzlich delegierbar. Dabei ist zu beachten, dass nach § 630a Absatz 2 BGB die Behandlung stets dem allgemein anerkannten fachlichen Standard zu entsprechen hat. Werden Personen im Rahmen der Delegation eingesetzt und entstehen dadurch Behandlungsfehler, wird nach § 630a Absatz 1 BGB vermutet, dass die mangelnde Befähigung für den Eintritt des Schadens ursächlich war (die Beweislast kehrt sich um, Praxen müssen sich entlasten).

Die persönliche Leistungserbringungspflicht im Sinne der ärztlichen Dienstleistung nach § 613 Absatz 1 BGB bedeutet nicht, dass jede Leistung höchstpersönlich zu erbringen ist. Leistungen können delegiert werden, delegierbare Leistungen müssen das Gepräge des Delegierenden behalten (Quelle: Dtsch Arztebl 2008; 105(41): A-2173/B-1865/C-1817).

In der Praxis haben sich sogenannte 3-Stufen-Modelle entwickelt:

- ▶ Tätigkeiten, die grundsätzlich übertragen werden können (z. B. Injektionen, Wundmanagement, Dekubitusbehandlung),
- ▶ Tätigkeiten, die im Einzelfall (Qualifikation) delegiert werden können (Blutentnahmen, IV-Injektionen, Kurzinfusionen etc.),
- ▶ Nicht übertragbare Tätigkeiten (PEG, ZVK anlegen etc.).

Delegierte Leistungen werden dem Arzt zugerechnet, sodass Ärzte auch insoweit leitend und eigenverantwortlich tätig sind (gemeinsame Stellungnahme BÄK und KBV vom 29.08.2008, DÄB 2008, A2137). Neben diesen allgemeinen Regelungen existieren Kataloge mit Anhaltspunkten für delegierbare Leistungen (z. B. häusliche Krankenpflege-Richtlinie bzw. Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Tätigkeit an nichtärztliches Personal nach Anlage 8 des Bundesmantelvertrages). Sie finden dort ihre Grenzen, wo ein expliziter gesetzlicher Arztvorbehalt geregelt ist (z. B. Infektionskrankheiten § 24 IfSG, Schwangerschaftsabbrüche § 218 StGB, Anordnung von Röntgenstrahlen § 23, 24 RöV oder § 41 StrlSchV, Verabreichung von Arzneimitteln § 48 AMG und § 13 BtMG). Jenseits dieser

Richtlinien und Gesetze gibt es aber keine gesetzlichen Maßgaben zur Arbeitsteilung im Rahmen der Delegation. Also sind Verrichtungen delegationsfähig, die nicht wegen ihrer Schwierigkeit bzw. Gefährlichkeit oder wegen der Unvorhersehbarkeit von Reaktionen ärztliches Fachwissen voraussetzen (vgl. BGH in NJW 1975, 2245 ff.).

In diesem Zusammenhang kommt es entscheidend auf die Qualifikation der Angestellten an. Angesichts höherer Qualifikationen und neuer Berufsfelder sind die Grenzen heute weiter zu ziehen. Gemäß § 1 Absatz 1 Satz 2 KrPflG spielt die Ausbildung eine zentrale Rolle bei der Beurteilung der Delegierbarkeit: Personen mit einer Erlaubnis nach Satz 1, die über eine Ausbildung nach § 4 Absatz 7 verfügen, sind im Rahmen der darin vermittelten erweiterten Kompetenzen zur Ausübung der heilkundlichen Tätigkeit berechtigt.

Bei erweiterten Delegationen tragen Ärzte nach wie vor die Anordnungs- und Anweisungsverantwortung (BGH vom 10.01.1984 – IV ZR 158/82) und müssen dabei die Gefahrgeneignetheit der durchzuführenden Tätigkeit, die Schutzbedürftigkeit der Patienten auch unter Berücksichtigung der Komplikationsdichte und etwaige Behandlungsschwierigkeiten sowie die Qualifikation des nichtärztlichen Personals, an das die Tätigkeit delegiert werden soll, berücksichtigen. Sie haften demgemäß für ihre Auswahl. Das nichtärztliche Personal wiederum hat dann die Übernahme- und Durchführungsverantwortung (vgl. z. B. OLG Stuttgart vom 20.08.1992 – 14 U 3/92; OLG Köln vom 02.12.1992 – 27 U 103/91). Der Delegat trägt die Verantwortung dafür, dass die Leistung ordnungsgemäß durchgeführt wird. Andernfalls besteht eine Remonstrationspflicht, wenn die Leistung nicht entsprechend erbracht werden kann.

Delegation und Qualifikation

Somit hängt die persönliche Delegationsfähigkeit auch vom gesetzlichen Ausbildungsberuf bzw. der weiter erlangten Qualifikation ab. Eine Delegation kommt aber auch bei Nichtvorliegen eines abgeschlossenen Ausbildungsberufs dann in Betracht, wenn es eine entsprechende Einzelfallprüfung der Mitarbeiter gibt in Bezug auf die konkret zu delegierende Leistung und eine ordnungsgemäße Erbringung sichergestellt ist. Soweit aus medizinischer Sicht keine Bedenken bestehen, kann der

Jörg Hohmann

Rechtsanwalt, Kanzlei für Gesundheitsrecht
 Prof. Schlegel Hohmann Diarra & Partner
 Brandstwierte 4, 20457 Hamburg
 Tel.: 040 3910697-0
 Fax: 040 3910697-10
 jh@gesundheitsrecht.com
 www.gesundheitsrecht.com



Foto: Hohmann

Rahmen aus juristischer Sicht also weit gesteckt werden. Dann bleibt als Kriterium die Kenntnis der durchführenden Fachkraft.

Durchführende nichtärztliche Fachkräfte sind ordnungsgemäß auszuwählen, es ist eine transparente Beweisbarkeit der fachlichen Qualifikation sicherzustellen. Damit kann im Einzelfall die infrage gestellte Delegation pariert werden. Daneben muss jedoch immer am konkreten Patienten in Ansehung der zu erbringenden Leistung oder Qualifikation der MFA eine Einzelfallentscheidung getroffen werden. Hilfreich sind die jüngst erstellten Delegationskataloge der verschiedenen Fachgesellschaften. Sofern ein solcher Katalog die einzelne Leistung nicht beinhaltet, hilft eine individuelle Stellenbeschreibung im Hinblick auf das Tätigkeitsspektrum, die von beiden Vertragsparteien gegengezeichnet werden kann. Dieses Delegationskonzept sollte dann vorsorglich auch der Haftpflichtversicherung bekanntgegeben werden.

Überwachungspflichten

Trotz ordnungsgemäßer Auswahl des Delegaten obliegt dem Praxisinhaber die Überwachung der delegierten Leistungen. Dazu wird teilweise die Anwesenheit in den Praxisräumlichkeiten gefordert (vgl. LSG NRW vom 15.03.1995 – L 11 KA 41/96). Die Durchführung ärztlich angeordneter Leistungen, die indes keine Gefahr begründen, darf durch entsprechend qualifiziertes Personal aber auch dann erfolgen, wenn Ärzte so erreichbar sind, dass sie kurzfristig in der Praxis erscheinen können. Im Übrigen wird eine gelegentliche Stichprobenkontrolle hinsichtlich der korrekten Ausführung der Leistungen erwartet.

Fortbildungskosten/Absicherung für die Praxis

Wenn ein Arbeitgeber die Kosten für die Fortbildungen übernimmt, möchte er in der Regel gern sicherstellen, dass sich die Arbeitnehmer anschließend nicht auf die Suche nach einem besser dotierten Job machen. Hier gibt es – zumindest in engen Grenzen – die Möglichkeit, eine Rückzahlungsvereinbarung abzuschließen. In solchen Fällen können im Falle einer Kündigung durch den Arbeitnehmer die übernommenen Kosten ganz oder teilweise zurückgefordert werden, soweit Fortbildungen vergütet wurden, die eine Chancenverbesserung auf dem Arbeitsmarkt eröffnen. Die Rückforderungen müssen aber verhältnismäßig sein (etwa bei einer achttägigen Fortbildung maximal sechs Monate Bindungsdauer). Die Regelungen müssen vor Beginn der Fortbildung schriftlich vereinbart werden und Rückzahlungsmodalitäten (Staffelung zur Bindungsdauer) beinhalten. ◀

Fortbildung: Termine für das Praxisteam
6. März 2024 bis 11. Mai 2024, Stuttgart
Fachzertifikat – Ambulantes Operieren
für Medizinische Fachangestellte
und Medizinisches Assistenzpersonal

70-Stunden-Kurs auf Basis des Curriculums der BÄK, Inhalte unter anderem: Rechtliche, medizinische und strukturelle Grundlagen, präoperatives Management, Infektionsprophylaxe, Medizinprodukte, Umgang mit Patienten und Angehörigen, Patientenbeobachtung, Best Practice inkl. Prüfung

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

11. März 2024, Online-Veranstaltung**16. September 2024, Online-Veranstaltung****2. Dezember 2024, Online-Veranstaltung****Abschlusskolloquium Hygienebeauftragte MFA**

Nach den Richtlinien der DGKH. 5 Online-Lernmodule, 1 Tag Abschlusskolloquium (Online oder 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. März 2024, Berlin**26. April 2024, Berlin****Injektionslehre/Spritzenschein**

Injektionsarten und -orte, Injektionstechniken und -materialien, Komplikationen und Ablehnungskriterien, 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

29. April 2024, Online-Veranstaltung
Abschlusskolloquium bundesweiter Blended-Learning-Kurs
Aufbereitung von Medizinprodukten

Zertifizierter Kurs nach dem Curriculum der Bundesärztekammer. 8 Online-Lernmodule, 1 Tag Abschlusskolloquium (Online oder 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

22. bis 24. Mai 2024, Berlin**19. bis 21. Juni 2024, Berlin****Sachkunde Aufbereitung von Medizinprodukten**

Rechtliche und normative Regelungen, Mikrobiologie und Epidemiologie, personelle sowie baulich-technische Voraussetzungen, Personalhygiene und Arbeitsschutz, Risikobewertung, Aufbereitungszyklus, Organisation und QM, Hygieneplan und Betriebsanweisungen, 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

Einstieg jederzeit möglich, Online-Veranstaltung**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, Goethestraße 66, 80336 München, Tel.: 089 45228090
 Fax: 089 452280950, info@pkv-institut.de, www.pkv-institut.de



Jünger J. et al. (Hg.): Heilkunst Reloaded.
Stuttgart: Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2024. 374 Seiten, kartoniert, 59,95 Euro



Joisten C. (Hg.): Repetitorium Sportmedizin.
Heidelberg: Springer Verlag, 2023. 497 Seiten, kartoniert, 49,99 Euro



Haverich, A.: Der menschliche Faktor.
Köln: Bastei Lübbe Verlag, 2023. 286 Seiten, gebunden, 22 Euro



Laube, W.: Bewegungsmangel.
Heidelberg: Springer Verlag, 2023. 450 Seiten, gebunden, 99,99 Euro

Heilkunst Reloaded

Unabhängig von den Rahmenbedingungen der jeweiligen Zeit war das Leben der Menschen stets auch von Leid und Krankheit begleitet. Pionierinnen und Pioniere haben einiges gewagt, um dieses Leid zu lindern und Menschen besser vor Krankheiten schützen zu können. Sie unternahmen riskante Operationen, erforschten kleinste Strukturen, erkundeten die Seele des Menschen und deckten den Einfluss von Umweltfaktoren auf die Gesundheit auf.

Das vorliegende Buch lenkt die Aufmerksamkeit auf die vielen Akteurinnen und Akteure aus Politik, Gesellschaft und Wissenschaft im Gesundheitswesen, welche die patientenorientierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sichern und verbessern wollen. Auf ebenso unterhaltsame wie wissenschaftlich fundierte Weise wurden 50 bedeutende Meilensteine der Medizin- und Gesundheitsgeschichte sowie in der Historie gewachsene, organisationale Kooperationen zusammengetragen und gebündelt.

Fazit: Ein anregendes Lesebuch für alle, die sich für Geschichte, Errungenschaften und Fortschritte sowie vereinzelte Irrwege der Medizin interessieren. Außerdem ein Plädoyer für eine Medizin, die nicht nur auf naturwissenschaftlichen Säulen steht, sondern den Begriff ‚Heilkunst‘ verdient.

Repetitorium Sportmedizin

Seit mehr als 100 Jahren widmet sich die Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) dem Ziel, Bewegung und Sport als integralen Bestandteil der Gesundheitsförderung in Prävention, Rehabilitation und Therapie in der Gesellschaft zu etablieren. Im Mittelpunkt stehen Menschen jeden Alters, unabhängig von Gesundheitszustand und Leistungsfähigkeit. Aufgrund der heutigen Lebensumstände steigt die Zahl der eher inaktiven Personen allerdings ebenso wie die Rate nicht übertragbarer Erkrankungen.

Das vorliegende Buch vermittelt die Grundlagen und Besonderheiten des Querschnittsfaches Sportmedizin. Die Inhalte orientieren sich an dem aktualisierten (Muster)Kursbuch der BÄK für die Zusatzweiterbildung ‚Sportmedizin‘, wobei neben der Energiebereitstellung, Trainings- und Leistungsdiagnostik, die spezifischen sportmedizinischen Aspekte in der Prävention und Therapie der wichtigsten chronischen Erkrankungen vorgestellt werden. Weitere Themenfelder sind Sporttauglichkeitsuntersuchungen, Sportunfälle sowie Ernährung, Doping und ethische Aspekte

Fazit: Das Buch eignet sich zur Prüfungsvorbereitung, ist aber auch ein wertvoller Begleiter für alle sportmedizinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte.

Der menschliche Faktor

Am vermehrten Auftreten chronischer Erkrankungen trägt auch die moderne Medizin eine Mitschuld. Davon ist der Transplantationsmediziner und Herzchirurg Prof. Axel Haverich überzeugt, der sich 2023 nach 50 Jahren an der Medizinischen Hochschule Hannover in den Ruhestand verabschiedet und nun einen autobiographischen Rückblick vorgelegt hat.

Darin beschreibt er neben seinen fachlichen Erfolgen auch die Zweifel, die ihn trotz seiner unbestrittenen Expertise im Laufe seiner Karriere immer wieder plagten. Er kritisiert das immer spezialisierter ausgerichtete System und die Zeitnot bei der Versorgung, die den Blick auf die ganze Person verschleiern. Eine Politik der falschen Anreize führe zu einer Überversorgung bei Routineeingriffen und zu einer Unterfinanzierung bei komplexen Krankheitsfällen. Gleichzeitig habe die Ärzteschaft bis heute keine schlüssigen Erkenntnisse über die Entstehung von Volkskrankheiten vorlegen können. Die deutsche Chirurgie wiederum verliere aufgrund schlechter Arbeitsbedingungen den Anschluss an die internationale Spitze.

Fazit: Neben seiner kritischen Abrechnung mit dem deutschen Gesundheitssystem beschreibt der Autor auch mögliche Lösungsansätze.

Bewegungsmangel

Bewegungsmangel gilt als wichtiger Risikofaktor für fast allen chronischen Erkrankungen wie z. B. Adipositas, Diabetes, Arteriosklerose, Arthrose oder auch neurodegenerativen Veränderungen. Zur physischen Inaktivität kommt häufig noch eine kalorische Über- und Fehlernährung hinzu. Als gemeinsamer Ausgangspunkt wird die Dekonditionierung gesehen, die bei längerem Bestehen über Funktionsstörungen zu Änderungen in der Struktur führt.

Dieses Buch schildert, welche (patho)physiologischen Vorgänge im Organismus ablaufen, wenn er längerfristig nicht ausreichend bewegt wird. Es beschreibt die wichtige Rolle der Muskulatur und des sensomotorischen Systems, die mit Querverbindungen zu fast allen Organen vernetzt sind. Neue Erkenntnisse zu Reaktiven Sauerstoffspezies (ROS) und Myokinen unterstreichen die Bedeutung körperlicher Aktivität zur Erhaltung der Gesundheit. Auch präventive und therapeutische Konsequenzen werden abgeleitet.

Fazit: Sinnvolle Lektüre für alle, die degenerative Erkrankungen aufgrund mangelnder Bewegung behandeln und mehr über den physiologischen Zusammenhang der Krankheitsentstehung sowie die aktiven Konsequenzen erfahren möchten.



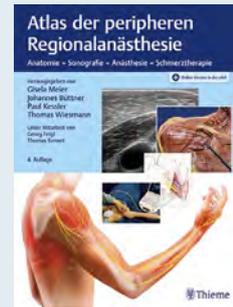
Angerer A., S. Berger: Der Digital Health Report 2023/2024. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2023. 173 Seiten, kartoniert, 59,95 Euro



Schünke, M.: Topografie und Funktion des Bewegungssystems. Stuttgart: Thieme Verlag, 2024. 4. Auflage, 392 Seiten, gebunden, 69,99 Euro



Eichinger R., K. Klink: Fasziale Schmerzen und Funktionsstörungen. Heidelberg: Springer Verlag, 2023. 478 Seiten, kartoniert, 39,99 Euro



Meier G. et al (Hg.): Atlas der peripheren Regionalanästhesie. Stuttgart: Thieme Verlag, 2023. 4. Auflage, 420 Seiten, gebunden, 149 Euro

Der Digital Health Report 2023/2024

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist eine gute Nachricht für alle, da sie bei richtiger Umsetzung die Chance auf höhere Qualität bei niedrigeren Kosten bietet. Davon sind die Autorinnen und Autoren des vorliegenden Bands überzeugt. Gleichzeitig sei diese Botschaft noch immer nicht überall angekommen, zu häufig werde noch negativ über die Digitalisierung des Gesundheitswesens berichtet.

Der vorliegende vierte Report konzentriert sich daher auf die positiven Aspekte der Digitalisierung, zeigt die vielfältigen Vorteile auf, benennt potenzielle Gefahren und skizziert Wege für die erfolgreiche Umsetzung. Dabei wird sowohl die Perspektive von Patientinnen und Patienten, Gesundheitsfachkräften, Gesundheitsorganisationen und des Gesamtsystems eingenommen. Daneben werden fünf Technologien eingeordnet, die den Transformationsweg ebnen: Künstliche Intelligenz, Internet of Things, Robotik, Augmented Reality sowie Distributed-Ledger-Technologie.

Fazit: Wissenschaftlich fundiertes Wissen für alle Praktikerinnen und Praktiker im Gesundheitswesen, die nach Antworten auf das ‚Warum?‘ und das ‚Wie?‘ der digitalen Transformation der Gesundheitsbranche suchen.

Topografie und Funktion des Bewegungssystems

Nicht nur für Physiotherapeutinnen und -therapeuten ist es elementar, die funktionelle Anatomie des menschlichen Bewegungsapparats zu kennen. Auch in Chirurgie und Orthopädie ist es entscheidend zu verstehen, wie die einzelnen anatomischen ‚Bausteine‘ dieses Systems zusammenarbeiten.

Diese funktionelle Anatomie wird im vorliegenden Buch dargestellt. Anhand anatomischer Abbildungen zeigt der Autor, welche der Strukturen – Knochen, Muskeln, Ligamente, Gelenkflächen etc. – an unterschiedlichen Bewegungen beteiligt sind und welches die Voraussetzungen dafür sind, dass dieses Zusammenspiel reibungslos funktionieren kann. Daneben verdeutlichen klinische Beispiele, welche Störungen es in diesem feinjustierten System geben kann. Einen schnellen Überblick geben Lernboxen, in denen Ursprung, Ansatz und Funktion der einzelnen Muskeln beschrieben werden. Neu in der 4. Auflage sind u. a. neue Erkenntnisse zum Aufbau, zur Funktion sowie zur Innervation von Muskelfaszien und ein Bauplan des menschlichen Körpers nach topografischen und funktionellen Gesichtspunkten.

Fazit: Ein übersichtliches Standardwerk für angehende Physiotherapeutinnen und -therapeuten, aber auch Angehörige anderer Berufsgruppen.

Fasziale Schmerzen und Funktionsstörungen

In der Arztpraxis suchen oft Menschen Rat, deren Beschwerden funktioneller Natur sind und nicht unmittelbar über Labor oder Bildgebung einer Organerkrankung zugeordnet werden können. Zahlreiche dieser Störungen wie Schmerzen, Schwindel, Tinnitus, Kloßgefühl oder ‚Fersensporn‘ haben fasziale Ursachen. Das myofasziale System sollte bei der Differenzialdiagnostik stärker berücksichtigt werden, meinen daher die Autorin und der Autor des vorliegenden Buches.

Als Ursachen für faszial bedingte Schmerzen und Funktionsstörungen beschreiben sie fasziale Knoten, Faszienketten, Triggerpunkte sowie Wechselwirkungen zwischen Schmerzursache und Schmerzlokalisierung. Weitere Themen sind fasziale Gelosen und Blockaden, Klinik und Beschwerdebilder, das Erkennen faszialer Syndrome und Schmerzmuster, kausale und dauerhaft wirksame Behandlungsansätze, Therapie des faszialen Systems und die Zusammenarbeit mit der Physiotherapie.

Fazit: Für Angehörige der Inneren und Allgemeinmedizin, Orthopädie und Chirurgie sowie Physiotherapeutie, die bereit sind, ihre diagnostischen und therapeutischen Konzepte um einen myofaszialen Ansatz zu bereichern.

Atlas der peripheren Regionalanästhesie

Das Interesse an peripheren Nervenblockaden zur intraoperativen Anästhesie, aber auch zur postoperativen Schmerztherapie ist unvermindert hoch. Das Autorenteam des vorliegenden Titels möchte Leserinnen und Leser ermutigen, sich auf Grundlage der Anatomie noch intensiver den peripheren Nervenblockaden zuzuwenden und diese zum Vorteil der Patientinnen und Patienten einzusetzen.

Schritt für Schritt schildern sie die verschiedenen Zugangswege und schmerztherapeutischen Techniken bei Plexus- und Nervenblockaden, von der Anatomie über die Nervenstimulation bis hin zu den ultraschallgesteuerten Blockaden. Zusätzlich zu den Standard-Zugangswegen bietet der umfassende Atlas auch Alternativen, mit denen erfahrene Anwenderinnen und Anwender ihr klinisches Spektrum erweitern können. Die 4. Auflage wurde ergänzt durch neue etablierte ultraschallgesteuerte Rumpfblockaden, ein aktuell überarbeitetes Kapitel zur Regionalanästhesie bei Kindern und zahlreiche neue, in der Thieme eRef abrufbare Videos.

Fazit: Eine ebenso systematische wie verständliche, anschauliche und praxisorientierte Darstellung, die den aktuellen Stand der Technik abbildet.

Februar 2024

2.–3. 2. 2024, Düsseldorf

34. Jahreskongress des Berufsverbandes für Arthroscopie (BVASK)

Themen u. a.: Ambulante ACT, Private Equity, Prozessmanagement, lange Bizepssehne, VKB-Ruptur, Meniskus Chirurgie, Rotatorenmanschette, Praxismanagement, periphere Knieinstabilitäten, Hybrid-DRG, Künstliche Intelligenz, Schulterinstabilität

Information und Anmeldung:

Kongressorganisation Agnes Koch, Breite Straße 96, 41460 Neuss

Tel.: 0173 3950642, Fax: 02131 25412, mail@bvask.de, <https://bvask-kongress.info>**BAO-Webinar zum AOP nach § 115 b SGB V**

Der BAO bietet am **14. Februar 2024 von 14 bis 15 Uhr** Vertragsärzt*innen und ihren Praxisteams ein hochaktuelles Webinar zum Thema:

Abrechnungsmanagement für Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V

Holen Sie sich unter webinar@bao.berlin Ihren Link zur Einwahl (Teilnehmerzahl begrenzt).

16.–24. 2. 2024, Seefeld (Tirol)

38. Deutsch-Österreichisch-Schweizer Kongress für Sporttraumatologie & Sportmedizin

Thema: Orthopädische Aspekte im Sport

Information und Anmeldung:

Deutsche Akademie für Sportmedizin, Hauptgeschäftsstelle

Sächsische Straße 70, 10707 Berlin, Tel.: 030 88708553, info@Med-Com.org

www.seefeld-kongress.de

24.–24. 2. 2024, Mannheim

DEDZ-Kurs: Anorektale Endosonographie

Information und Anmeldung:

edz Mannheim, Frau Siegl, Bismarckplatz 1, 68165 Mannheim

Tel.: 0621 123475-10, Fax 0621 123475-12, edz-akademie@enddarm-zentrum.de

www.enddarm-zentrum.de

26.–27. 2. 2024, Berlin

Forum Hygiene

Themen u. a.: Prävalenz und Risikofaktoren nosokomialer Infektionen, postoperative Wundinfektionen ambulant vs. stationär, Status Quo Hygiene beim ambulanten Operieren, Surveillance chirurgischer Wundinfektionen, Auswirkungen von Händedesinfektion auf das Hand-Mikrobiom

Information und Anmeldung:

Aesculap Akademie GmbH im Langenbeck-Virchow-Haus, Nadine Wichert

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

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

März 2024

8.–10. 3. 2024, Tuttlingen

Faszination Viszeralchirurgie

Themen u. a.: Erlernen u. Training grundlegender Operationstechniken am Tiermodell

Information und Anmeldung:

Aesculap Akademie GmbH, Tamara Werner, 78532 Tuttlingen

Tel.: 07461 95-1582, Fax: 07461 95-2050, tamara.werner@aesculap-akademie.de

<https://germany.aesculap-academy.com>

14.–16. 3. 2024, München

50. Deutscher Koloproktologen-Kongress (DGK)

Themen u. a.: Endoskopie, Updates für die tägliche Praxis, Patient-Reported-Outcome Measures, proktologische Operationen, Pflegesymposium, Seminar für MFA

Information und Anmeldung:

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg GmbH, Veysel Özasan

Neuwieder Straße 9, 90411 Nürnberg, Tel.: 0911 39316-41

oezasan@mcn-nuernberg.de, www.koloproktologen-kongress.de

16. 3. 2024, Düsseldorf

17. Jahrestagung der Sektion Handchirurgie der DGU

Themen u. a.: Primärvorsorgung und OP-Indikation, Osteosynthesetechniken, Frühkomplikationen und Begleitverletzungen, Spätfolgen

Information und Anmeldung:

Intercongress GmbH, Christiane Breitenbenden

Ingeborg-Krummer-Schroth-Straße 30, 79106 Freiburg

Tel.: 0179 2546270, christiane.breitenbenden@intercongress.de

<https://handchirurgie-duesseldorf.com>

18.–20. 3. 2024, Wien

Hernie Kompakt 2024

Themen u. a.: Anatomie und OP-Kurs, theoretische Grundlagen und Spezialwissen, Hospitation in Kleingruppen, Sonografiekurs, Pelvitainer TAPP und Naht

Information und Anmeldung:

Weitmeer Veranstaltung & Management, Eva Nینگel

Gartenstraße 1, 10115 Berlin, Tel.: 0228 96919-300

mehr@weitmeer-agentur.de, www.hernien-events.de

April 2024

15.–17. 4. 2024, Berlin

Aufbaukurs laparoskopische Kolorektalchirurgie

Themen u. a.: Indikationen und Kontraindikationen der OP-Verfahren, laparoskopische Sigmaresektion, anteriore Rektumresektion, Resektions-Rektopexie, Naht- und Knotentechniken, Pit-Falls, Komplikationsmanagement mittels endoluminaler Vakuumtherapie

Information und Anmeldung:

Aesculap Akademie GmbH, Nadine Wichert, 10117 Berlin

Tel.: 030 516512-50, Fax: 030 516512-99 nadine.wichert@aesculap-akademie.de

<https://germany.aesculap-academy.com>

16.–18. 4. 2024, digital

24.–26. 4. 2024, Leipzig

141. Deutscher Chirurgie Kongress

Themen u. a.: Chirurgische Onkologie, klinische Ernährung in der Chirurgie, Kinderorthopädie, Hernienchirurgie, Ausbildung in der MIC, Analgesie/Sedierung/Delir, Prähabilitation, Gendermedizin, Patientensicherheit und Fehlerkultur, Robotik, Proktologie, Lip- und Lymphödem, diabetisches Fußsyndrom, Krankenhausreform, Weiterbildungskonzepte, KI in der perioperativen Medizin

Information und Anmeldung:

wikonect GmbH, Elvira Sommerfeld, Hagenauer Straße 53, 65203 Wiesbaden

Tel.: 0611 204809-269, Fax: 0611 204809-10, <https://dck2024.de>

19. 4. 2024, Bonn

32. Fortbildungsseminar Handchirurgie der DGH

Themen u. a.: Degenerative und posttraumatische Gelenkveränderungen der Hand (Arthrose), Handgelenk, rheumatoide Arthritis der Hand, Kompartment-Syndrom

Information und Anmeldung:

Intercongress GmbH, Ana Kovac, Ingeborg-Krummer-Schroth-Straße 30,

79106 Freiburg, Tel.: 0761 69699-220, reg@intercongress.de

<https://handseminare-dgh.de/handseminar-24-1>

25.–27. 4. 2024, Baden-Baden
72. Jahrestagung der VSOU –

Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen

Themen u. a.: Trauma des Schultergelenks, Rehamanagement/Rehamedizin, Krankenhausreform, Ellenbogen, Praxiskurs Manuelle Medizin, Stoßwellentherapie, Rückfußdeformitäten, sektorenverbindende Versorgung, Kindertraumatologie, Fußballmedizin, Therapie von Knorpelschäden, komplexe Kniechirurgie, Muskel- und Sehnenverletzungen im Sport

Information und Anmeldung:

Intercongress GmbH, Anne Röttsch, Ingeborg-Krummer-Schroth-Straße 30
 79106 Freiburg, Tel.: 0761 69699-220, reg@intercongress.de
<https://vsou-kongress.de>

Mai 2024

4. 5. 2024, Berlin (Hybrid-Veranstaltung)
Praktische Proktologie 2024

Themen u. a.: Analfisteln (Sanierung mit Laser oder Radiowelle, Stammzelltherapie, perioperative Optimierung bei anorektalem M. Crohn), Digitalisierung in der Proktologie, Darmfloramodulation mit Probiotika, grüne Endoskopie, gynäkologischer vs. chirurgischer Blick auf den Beckenboden, anorektaler Kontinenzapparat

Information und Anmeldung:

Kurzlink zum Veranstalter: tinyurl.com/praktische-proktologie

15.–17. 5. 2024, Bremen
Deutscher Wundkongress DEWU

Themen u. a.: Diabetisches Fußulkus, Kompressionstherapie, Ödemmanagement, Kaltplasmatherapie, Heilkundeübertragung, professionelle Beziehungsgestaltung, Telemedizin, Lymphologie und Wundheilung, Akademisierung der Pflege, Vakuumtherapie, Akne inversa, KI in der Wundbehandlung,

Information und Anmeldung:

Congress Bremen M3B GmbH, Tanja Heinemann
 Findorffstraße 101, 28215 Bremen, Tel.: 0421 30800-15
dewu@bremen-tourism.de, <https://deutscher-wundkongress.de>

Juni 2024

8. 6. 2024, Hannover
Ultraschall in der Anästhesie –
Aktuelle Verfahren und Hands-on Workshops

Themen u. a.: Nervenblockaden und Gefäßpunktionen mit Linearschallkopf, sonographische Beurteilung von Herz, Lunge und Abdomen für perioperative Fragestellungen, Einsatz in der Notfallmedizin

Information und Anmeldung:

Aescalap Akademie GmbH, Nicole Hennig
 10117 Berlin, Tel.: 030 516512-30, Fax: 030 516512-99
nicole.hennig@aescalap-akademie.de
<https://germany.aescalap-academy.com>

10.–11. 6. 2024, Tuttlingen
Basiskurs Chirurgische Nahttechniken

Themen u. a.: Naht- und Knotentechniken, Nadel- und Nahtmaterialkunde, Hautverschlusstechniken, Ligatur, praxisnahe Übungen

Information und Anmeldung:

Aescalap Akademie GmbH, Tamara Werner
 78532 Tuttlingen, Tel.: 07461 95-1582, Fax: 07461 95-2050
tamara.werner@aescalap-akademie.de
<https://germany.aescalap-academy.com>

Juli 2024

20. 7. 2024, Mannheim
DEDZ-Basiskurs: Proktologie

Information und Anmeldung:

edz Mannheim, Frau Siegl, Bismarkplatz 1, 68165 Mannheim
 Tel.: 0621 123475-10, Fax 0621 123475-12, edz-akademie@enddarm-zentrum.de
www.enddarm-zentrum.de

31. 7.–2. 8. 2024, Tegernsee
14. Tegernseer Schulter- und Ellenbogenkurs

Information und Anmeldung:

Intercongress GmbH, Ana Kovac, Ingeborg-Krummer-Schroth-Straße 30
 79106 Freiburg, Tel.: 0761 69699-220, reg@intercongress.de, <https://tese-kurs.de>

September 2024

13.–15. 9. 2024, Berlin
NARKA 2024

Information und Anmeldung:

Congress Compact 2C GmbH, Gina Isemann, Sarah Koprowski
 Joachimsthaler Straße 31–32, 10719 Berlin
 Tel.: 049 30 88727370, Fax: 030 887273710, info@congress-compact.de
<https://narka-live.de>

Nicht verpassen! Bundeskongress Chirurgie 2024



**BUNDESKONGRESS
 CHIRURGIE 2024**
 BNC · BAO SEKTORENUNABHÄNGIG
 FACHÜBERGREIFEND
 CHIRURGEN · ANÄSTHESISTEN · OPERATEURE
GEMEINSAM STARK

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

www.bundeskongress-chirurgie.de

Kompressionstherapie

Neue Strumpfvarianten für die posttraumatische und postoperative Therapie



Foto: medi

Der medizinische Kompressionsstrumpf medi Rehab one ist neuerdings in den Varianten Schenkelstrumpf und Wadenstrumpf wahlweise mit offener und geschlossener Fußspitze erhältlich. Darauf hat die Firma medi hingewiesen. Gerade bei der konservativen oder postoperativen Therapie von Sprunggelenksverletzungen oder Achillessehnenrupturen ermöglicht der Wadenstrumpf mit offener Fußspitze besonders einfaches und komfortables An- und Ausziehen. Dies sei ideal für Patient*innen mit hoher Schmerzempfindlichkeit und/oder bei Verletzungen mit ausgeprägten Schwellungen.

medi Rehab one wurde speziell zur posttraumatischen und -operativen Kompressionstherapie zur Reduktion und Vermeidung von Schwellungen entwickelt, etwa bei Supinationstraumata am Sprunggelenk, Ligament-Verletzungen am Knie oder Frakturen. Die medi Sprunggelenk- und Knieorthesen können mit medi Rehab one kombiniert werden. Vorteile von medi Rehab one sind:

- ▶ medi Rehab one ist ein medizinischer Kompressionsstrumpf der Klasse 1 mit einem definierten graduierten Druckverlauf von distal nach proximal. Er weist bereits ab dem Mittelfußbereich eine angenehme Kompression auf. Der Druck von außen auf das Gewebe reduziert Schwellungen oder wirkt ihnen entgegen.
- ▶ Die spezielle Stricktechnologie mit Mikro-Plüsch sorgt für extraleichtes Anlegen, die eingestrickte Positionierungshilfe am Knie beim Schenkelstrumpf für die einfache, korrekte Handhabung.
- ▶ Der Strumpf ist im sensiblen Beuge- und Oberschenkelbereich dünn und besonders atmungsaktiv. Weiter bietet thermoregulierender Merino-Plüsch im Mittel- und Vorfußbereich hohen Tragekomfort.
- ▶ Beide Strumpfvarianten sind in 5 Größen und 2 Längen erhältlich. Bei der geschlossenen Fußspitze bietet der größenindividuelle Vorfuß eine optimale Passform. Im Lieferumfang der Variante mit offener Fußspitze ist eine Anziehhilfe enthalten.

Kontakt: medi Kundencenter, Tel.: 0921 912-977, arzt@medi.de, www.medi.biz/rehab-one



Foto: nordiska

Mobiler OP-Tisch

Schnelle und effektive Behandlung von Patienten

In den letzten Jahren hat die Ambulantisierung in deutschen Krankenhäusern zunehmend an Bedeutung gewonnen. Viele Kliniken haben damit begonnen, stationäre Behandlungen in die ambulante Versorgung zu verlegen. Dies hat zu kürzeren Wartezeiten und effektiveren Behandlungen für Patienten geführt und dazu beigetragen, die Kapazitäten der Krankenhäuser besser zu nutzen. Wie die Firma nordiska mitteilt, spielen mobile OP-Tische hierbei eine wichtige Rolle, da sie eine schnelle und effektive Behandlung von Patienten ermöglichen.

Der ambulante OP-Tisch LX40 von nordiska sei hierbei die ideale All-In-One Lösung für moderne ambulante OP-Einrichtungen: von der Vorbereitungsphase vor der OP, über den Transport zum Eingriff, der Operation als solche bis zur Nachsorge präsentiert sich der LX40 als perfektes Produkt für den gesamten Zyklus einer ambulanten OP.

Kontakt: www.nordiska.de

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



Deutscher Kongress Orthopädie Unfallchirurgie (DKOU)

Schneller zurück im Training dank Orthese – was sagt die wissenschaftliche Evidenz?

Welchen Beitrag Orthesen zur Heilung von Sportverletzungen leisten, ist international umstritten. Ihr Einsatz hängt von der Verletzung, von patientenindividuellen Faktoren, aber auch von den Modalitäten der Kostenerstattung ab. Innovationen in der Orthopädietechnik stammen häufig aus dem Gebiet der Exoprothesen.

Interview: Antje Thiel

Der Orthopäde und Unfallchirurg Prof. Christoph Lutter leitet an der Orthopädische Klinik und Poliklinik der Universitätsmedizin Rostock die Sektion Sportorthopädie. Beim diesjährigen DKOU berichtete er in einer Sitzung zum Stellenwert von Orthesen im Sport über den peri- und postoperativen Einsatz dieser orthopädischen Hilfsmittel bei Sportverletzungen.

Welches sind die wichtigsten Funktionen von Orthesen in der Therapie von Sportverletzungen?

Lutter: Es gibt mittlerweile eine schier unüberschaubare Vielfalt an Orthesen. Meist verbindet man allerdings stabilisierende und gelenkführende Hilfsmittel mit dem Begriff. Ihre Aufgabe ist es, die Gelenkfunktion zu unterstützen, auf diese Weise Schmerzen zu lindern und nach einer Operation im Rahmen der Nachbehandlung die Rückkehr zu Sport und Arbeit zu erleichtern.

Bei welchen orthopädischen Indikationen kommen Orthesen typischerweise zum Einsatz?

Lutter: Typische Indikationen sind z.B. die postoperative Nachbehandlung bei patellofemorale Knorpelschäden. Aber auch nach Knorpelzelltransplantationen kommen sie zum Einsatz, um die Kräfte zu limitieren, die auf das Kniegelenk wirken. Auch in der konservativen Therapie von Knieinnenbandverletzungen kann man Orthesen nutzen, um die Bewegungsumfänge einzuschränken. Und auch eine Ruptur des hinteren Kreuzbands heilt mit einer Orthese oft sehr gut. Dabei wirken, wie so oft in der Orthopädie, einfache mechanische Prinzipien – etwa, wenn es darum geht, Bänderstümpfe nah zueinander zu bringen, damit sie heilen können.

Was sagen die Fachgesellschaften und die aktuelle wissenschaftliche Forschung zum Nutzen von Orthesen bei Sportverletzungen?

Lutter: In Europa werden nach Operationen am Vorderen Kreuzband (VKB) oftmals Orthesen angewandt, in anderen Ländern – insbesondere im angloamerikanischen Raum – hingegen weniger angesichts geringerer Kostenerstattung. Die Studienlage ist dabei nicht eindeutig, was den Nutzen postoperativer Orthesen angeht. Die deutsche Gesell-

schaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin (GOTS) ist jedoch davon überzeugt, dass es unter anderem aus biomechanischer Sicht sinnvoll ist, Orthesen einzusetzen. Aus meiner Sicht profitieren Patienten dabei sehr von der externen Stabilisierung, verbesserter Propriozeption und einer Art ‚Gedächtnisstütze‘ durch eine Orthese, insbesondere wenn nach einer Verletzung die Muskeln atrophieren sind.

Welche Rolle spielen patientenspezifische Parameter bei der Entscheidung für oder gegen eine Orthese?

Lutter: Das hängt ganz klar vom Patiententyp ab. Junge Sportler wollen schnell wieder fit werden und haben ehrlicherweise auch genau die Anatomie, bei der Konfektionsorthesen auch gut passen. Doch mittlerweile hat die Industrie die Passform von Orthesen auch für andere Körperformen – also z.B. Patienten mit kräftigeren Oberschenkeln – deutlich verbessert.

Mit welchen Entwicklungen und Innovationen ist in den kommenden Jahren auf dem Markt für Orthesen zu rechnen?

Lutter: Künftig werden zunehmend Sensoren und andere elektronische Komponenten in Orthesen mit eingebaut werden, die dann als Smart Devices Daten sammeln und übertragen können. Das wird die postoperative Nachsorge und Therapiesteuerung deutlich erleichtern. So kann der Arzt nicht nur per Video das aktuelle Gangbild des Patienten beurteilen, sondern auch anhand der ausgelesenen Orthesendaten den Heilungsverlauf besser beurteilen. Daneben rechnen wir auch damit, dass künstliche Intelligenz (KI) in absehbarer Zukunft in die Orthopädietechnik Einzug halten wird. So könnte ein KI-gesteuerter Algorithmus auf Basis der gesammelten Daten beispielsweise die Winkeleinstellung der Orthese optimieren. Besonders intensiv wird hierzu auf dem Gebiet der Exoprothesen für Sportler mit amputierten Gliedmaßen geforscht, doch die neuen Technologien lassen sich dann auch auf Orthesen für die postoperative Nachbehandlung nach Sportverletzungen übertragen.

Ein weiteres Thema in der Sitzung beim DKOU war das ‚Technodoping‘ durch Orthesen oder Einlagen. Welche Positionen wurden hier vertreten?

Lutter: Zurzeit wird insbesondere im Laufsport viel über Technodoping diskutiert. Aktueller Anlass ist ein neuer Laufschuh der Firma Nike, der dank einer Carbonsohle austrainierten Sportlern Leistungssteigerungen von 5% ermöglicht. Aus meiner Sicht ist eine solche Spezialsohle allerdings nicht als Doping einzustufen. Doch in Wettkämpfen entscheidet hierüber je nach Sportsparte der Schiedsrichter oder der jeweilige Sportverband.

Seit dem Wirbel um den Sprint-Läufer Oscar Pistorius vor 25 Jahren wird darüber gestritten, ob bestimmte Exoprothesen Para-Sportlern einen Wettbewerbsvorteil verschaffen und deshalb als Technodoping zu werten sind. Auch das war bei Ihrer DKOU-Sitzung Thema ...

Lutter: Im Para-Sport wird das Thema Technodoping tatsächlich noch deutlich kontroverser diskutiert als bei Sportlern ohne Behinderung. Hierzu hat meine Ko-Referentin Prof. Anja Hirschmüller, die als

Führt den Effekt von Orthesen auf einfache mechanische Prinzipien zurück:

Prof. Christoph Lutter

vom Universitätsklinikum Rostock



Foto: Uniklinik Rostock

Sportärztin das deutsche Team der Para-Radsportler betreut, in ihrem Vortrag interessante Einblicke vermittelt. Wir Sportorthopäden sind uns zwar generell darin einig, dass man Para-Sportler nicht unnötig reglementieren, sondern sie mit innovativer Orthopädietechnik und guter medizinischer Betreuung bestmöglich unterstützen sollte. Doch es ist auch klar, dass Sportler aus Industrienationen in diesem Punkt gegenüber Sportlern aus weniger privilegierten Ländern im Vorteil sind. Dieser Faktor muss bedacht und bei von Seiten der Verbände diskutiert und in ein entsprechendes Regelwerk gegossen werden. ◀

Verletzungen und Erkrankungen des Kniegelenks: Wie helfen orthopädische Hilfsmittel?

Ende Juni 2023 haben die Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin (GOTS) und die Europäische Herstellervereinigung für Kompressionstherapie, orthopädische Hilfsmittel und digitale Gesundheitsanwendungen (eurocom) eine Broschüre herausgegeben, in der Orthopäden und Unfallchirurgen den aktuellen Wissensstand in der konservativen und postoperativen Behandlung ausgewählter Diagnosen und den effektiven Einsatz orthopädischer Hilfsmittel darstellen. Hierzu zählen Indikationen wie die schmerzhafte Gonarthrose ebenso wie Bandrupturen.

Es ist das Anliegen der Autoren, den aktuellen Wissensstand in der konservativen Behandlung von ausgewählten Knieverletzungen und -erkrankungen darzustellen. Denn die konservative Versorgung von Erkrankungen und Verletzungen der Stütz- und Bewegungsorgane ist in Deutschland und somit auch im deutschen Ausbildungssystem anders geregelt als in vielen Nachbarstaaten. Wie die Autoren betonen, unterscheidet sie sich sogar grundsätzlich von der in anderen EU-Staaten und den USA. Doch spätestens seit der Zusammenlegung der beiden Fächer Unfallchirurgie und Orthopädie würden konservative Therapieansätze in der Aus- und Weiterbildung junger Ärzte nur noch lückenhaft vermittelt. Gerade auch im Bereich der Orthopädietechnik als einer Domäne der deutschen Orthopädie fehlten Konzepte für die Ausbildung des Nachwuchses.

Das erste Kapitel beschreibt die präoperative Anwendung von achskorrigierenden Orthesen um nachfolgend den operativen Erfolg besser beurteilen zu können (sog. ‚Brace-Test‘). Anschließend erfolgt eine Übersicht über die wissenschaftliche Evidenz zum Hilfsmittelleinsatz bei Gonarthrose. Der darauffolgende Artikel beschreibt detailliert die konservative Therapie der hinteren Kreuzbandruptur, die primär als eine Domäne der konservativen Therapie gilt. Da der Therapieerfolg immer auch von der Mitwirkung des Patienten abhängt, stellt der letzte Beitrag die postoperative Hilfsmittelversorgung nach Knie-OP in diesen Kontext. Damit gibt das Booklet den aktuellen Stand der Hilfsmittelversorgung bei diesen Verletzungen/Erkrankungen wieder. Die angeführte Literatur möge dabei zum weiteren Studium inspirieren. Die Broschüre umfasst 36 Seiten und kann auf der Internetseite von Eurocom kostenlos heruntergeladen werden.

Zum Download der Broschüre:

www.eurocom-info.de/service/publikationen

Sportmedizin

Verletzungen im Spitzensport ganzheitlich und interdisziplinär behandeln

Eine ganzheitliche Behandlung der Wirbelsäule dient der Funktionsverbesserung des Zentralen Nervensystems und kann die Regulation und Regeneration des Körpers erleichtern. Insbesondere in der Sportmedizin gewinnt dieser Ansatz an Bedeutung, weil er neben akuten Verletzungen auch Störungen der Biomechanik adressiert.

Von Dr. Matthias Meier

Sportverletzungen sind im Profisport ein allgegenwärtiges Phänomen, das Athleten und ihre Teams gleichermaßen betrifft. Sie können den Höhepunkt einer Karriere unterbrechen, den Fortschritt eines Teams hemmen und den Traum von Gold in den Hintergrund rücken. Doch welche Faktoren führen zu diesen Verletzungen? Die Ursachen können von Überlastung und Ermüdung bis zu unerwarteten Zusammenstößen auf dem Spielfeld reichen.

Ursachen und Einflüsse von Sportverletzungen

Im Bereich des Hochleistungssports sehen sich Athleten regelmäßig vor der Herausforderung, ihre körperlichen Grenzen zu testen und dabei gleichzeitig Verletzungen vorzubeugen. Überlastungsschäden und Unfallverletzungen sind die hauptsächlichen Risikofaktoren, die Athletenkarrieren unvorhersehbar beeinflussen können. Ob es sich um akute Traumata oder chronische Beschwerden aufgrund von Übertrainings handelt – die Auslöser sind so vielfältig wie die Sportarten selbst. Zusätzlich wird die Situation durch die psychologische Komponente und den Druck zur raschen Rückkehr ins Training oder in den Wettkampf erschwert, was oft eine nachhaltige Heilung beeinträchtigt. Umso bedeutsamer ist eine ausgewogene Kombination von Belastung, Prävention und angemessener Rehabilitationszeit, um die Widerstandsfähigkeit der Athleten zu stärken und Rückfälle zu verhindern.

Dualität des Sports: Zerstörung und Regeneration

Sport ist ein zweischneidiges Schwert. Einerseits bietet er zahlreiche Vorteile für die Gesundheit, fördert die körperliche Fitness und stärkt den Geist. Andererseits geht mit intensivem Training oft eine Zerstörung von Geweben einher: Durch Belastung entstehen Mikroverletzungen in Muskeln, Sehnen oder anderen Strukturen. Doch diese ‚Verletzungen‘ sind notwendig, denn sie signalisieren dem Körper, dass Reparatur und Verstärkung benötigt werden.

Während des Schlafs tritt der Körper in einen regenerativen Modus ein, in dem beschädigtes Gewebe repariert wird und oft stärker nachwächst. Das autonome Nervensystem, das eng mit Wirbelsäule und dem Becken

verbunden ist, spielt eine Schlüsselrolle in diesem Prozess. Es steuert die Reparatur und Regeneration, indem es Signale an die betroffenen Bereiche sendet. Wer diesen natürlichen Rhythmus von Belastung und Erholung missachtet, riskiert ernsthafte Verletzungen. Neben hartem Training benötigt der Körper also auch ausreichend Zeit zur Erholung.

Verbindung zwischen Biomechanik und Verletzungen

Die Biomechanik des menschlichen Körpers ist ein komplexes System aus Bewegung und Struktur, das in einem ständigen Gleichgewicht gehalten werden muss. Wenn dieses Gleichgewicht gestört wird, können Verletzungen auftreten. Bei einem Triathlet mit einseitigen Achillessehnenbeschwerden etwa treten die Schmerzen in der Sehne auf, obwohl die eigentliche Ursache oft in einer Störung der Biomechanik des Beckens liegt. Von hier aus stammen die Nerven, die die Achillessehne steuern. Wenn das Becken nicht korrekt ausgerichtet ist, kann dies zu einer ungleichmäßigen Belastbarkeit und letztlich zu Verletzungen führen.

Dieses Prinzip lässt sich auf den gesamten Körper übertragen: Eine Fehlstellung oder Dysfunktion in einem Bereich kann weitreichende



Patientin vorher mit chronischen Kopfschmerzen und Kiefernspannungen. Steile Halswirbelsäule ohne physiologische Kurve.



Gleiche Patientin nach 30 Behandlungen. Normale Struktur der Halswirbelsäule mit physiologischer Kurve. Keine Symptome mehr.

Auswirkungen auf andere Teile des Körpers haben. Daher ist es entscheidend, nicht nur die Symptome, sondern auch die zugrunde liegenden biomechanischen Probleme zu behandeln. Durch die Verbesserung der Biomechanik von Wirbelsäule und Becken können die Nerven effektiver arbeiten, was zu einer schnelleren Regeneration und Heilung von Verletzungen führt. Es ist also nicht nur die äußere Belastung, die zählt, sondern vor allem die innere Belastbarkeit des Gewebes.

Moderne Ansätze in Behandlung und Rehabilitation

Innovative Behandlungskonzepte und personalisierte Rehabilitationsstrategien sind Kernelemente in der zeitgemäßen Betreuung verletzter Profisportler. Die Umsetzung maßgeschneiderter Therapiepläne, die auf die spezifischen Bedürfnisse der Athleten abgestimmt sind, kann die Heilung optimieren und beschleunigen. Der Fokus sollte auf einer umfassenden Bewertung der Verletzungen liegen und die Auswirkungen auf die sportlichen Aktivitäten minimieren. Hochentwickelte Rehabilitationsgeräte und gezielte Bewegungstherapie, gepaart mit einer adäquaten Schmerztherapie, gewährleisten die Wahrung der Muskelstrukturen und die schnelle Wiedererlangung der sportlichen Funktionalität. Fallbeispiele zeigen den Erfolg solcher differenzierter Vorgehensweisen in der Praxis und heben die Bedeutung des zielgerichteten Einsatzes moderner Therapiemethoden hervor.

Bedeutung der Kontinuität im Training

Kontinuität im Training ist für Profisportler nicht nur ein Schlüssel zum Erfolg, sondern auch zur Aufrechterhaltung ihrer körperlichen Integrität. Jeder Sportler weiß, dass regelmäßiges und konsistentes Training die Grundlage für Fortschritte und Höchstleistungen bildet. Doch darüber hinaus hat die Kontinuität auch einen tieferen Wert: Sie ermöglicht dem Körper, sich an wiederholte Belastungen anzupassen und stärker zu werden. Bei Triathleten, die sich mit den unterschiedlichen Belastungen von Schwimmen, Radfahren und Laufen auseinandersetzen müssen, ist dies besonders deutlich. Wenn jedoch die Regenerationsphase vernachlässigt wird oder Störungen in der

Dr. Matthias Meier

Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

Privatpraxis für Orthopädie, Prävention und Rehabilitation
Ehinger Straße 25
89077 Ulm
info@impulse-hm.de
www.impulse-hm.de



Foto: Meier

Biomechanik nicht adressiert werden, kann dies zu Verletzungen führen. Eine längere Trainingspause, sei es durch Verletzung oder andere Gründe, kann die Leistungsfähigkeit erheblich beeinträchtigen. In einem Sport wie dem Triathlon, in dem die Konkurrenz oft nur Sekunden auseinander liegt, kann dies den Unterschied zwischen einem Podiumsplatz und dem Verpassen der Qualifikation bedeuten.

Gesundheitssystem im Wandel

Heutzutage gewinnt der ganzheitliche Ansatz in der Betreuung von Profisportlern an Bedeutung: Weg von der isolierten Behandlung einzelner Verletzungen, bewegt man sich hin zu umfassenderen Betrachtungsweisen, die die physische und psychische Gesundheit der Athleten miteinbeziehen. Dieser Wandel ist von zentraler Bedeutung für die Sportmedizin, welche nun stärker die Interdependenzen zwischen den verschiedenen medizinischen Fachrichtungen sowie der Sportwissenschaft berücksichtigt. Ein interdisziplinär abgestimmtes Vorgehen unter Beteiligung verschiedener Gesundheitsberufe ermöglicht es, Athleten umfassend zu betreuen und so die Heilung bestehender Verletzungen zu optimieren sowie präventiv tätig zu werden. Diese fortschreitende Integration fördert nicht nur eine verbesserte Patientenversorgung, sondern birgt auch das Potenzial zur Kostensenkung innerhalb des Gesundheitssystems durch die Reduktion von behandlungsbedingten Ausfallzeiten und langwierigen Therapieverfahren.



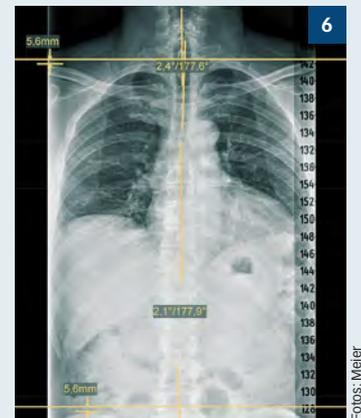
45-jähriger Patient mit Bandscheibendegeneration am Segment L5/S1 und Schmerzen beim Krafttraining.



Deutliches Wachstum der Bandscheibe nach 30 Behandlungen. Patient hier schmerzfrei.



58-jähriger Mann mit Knieschmerzen und Taubheitsgefühlen in den Füßen. Seitliche Auslenkung der Lendenwirbelsäule und Beckenschiefstand sichtbar.



Nach 30 Behandlungen fast gerade Lendenwirbelsäule und geringerer Beckenschiefstand. Patient beschwerdefrei.

Fotos: Meier



Deutscher Kongress Orthopädie Unfallchirurgie (DKOU)

Meniskus chirurgie: Umgang mit degenerativen und traumatischen Läsionen

Foto: Pixabay

Bei welchen Meniskusverletzungen ist bereits primär eine operative Versorgung angezeigt? Wann sollte man sich lieber gedulden und der konservativen Therapie eine Chance geben? Und warum ist die wissenschaftliche Evidenz manchmal auch trügerisch? Darüber sprachen Experten von der AGA im Rahmen einer DKOU-Sitzung.

Von Antje Thiel

Mit zunehmendem Alter steigt auch die Zahl der degenerativen Meniskusläsionen in der Bevölkerung. Ob sie besser konservativ oder vorzugsweise operativ versorgt werden sollten, ist seit etlichen Jahren Gegenstand von Diskussionen in Orthopädie und Unfallchirurgie. Für besonders viel öffentliches Aufsehen sorgte im Jahr 2014 die randomisierte kontrollierte FIDELITY-Studie aus Finnland, wonach die Ergebnisse nach arthroskopischer Meniskusteilresektion nicht besser waren als die nach einer Scheinoperation [1].

Seit Veröffentlichung dieser Studie wurden immer wieder Zweifel an der Effektivität der arthroskopischen Meniskusteilentfernung geäußert. Auch Kostenträger und Gesundheitsorganisationen stellten das Verfahren seither regelmäßig infrage. Dennoch erfreut sich das operative Vorgehen nach wie vor großer Beliebtheit, wie eine Kurz-Umfrage des Berliner Kniespezialisten und Sporttraumatologen Prof. Wolf Petersen im Plenum einer Sitzung der Arbeitsgemeinschaft Arthroskopie (AGA) beim Deutschen Kongress Orthopädie Unfallchirurgie (DKOU) am 26. Oktober 2023 in Berlin ergab.

Widersprechen Präferenzen der wissenschaftlichen Evidenz?

Er präsentierte seinen Kolleginnen und Kollegen den Fall eines 45-jährigen Patienten, der über mediale Gelenkschmerzen klagte und seit drei Monaten nicht mehr joggen konnte. Ein positives Meniskus-

zeichen und die Magnetresonanztomographie (MRT) sprachen gleichermaßen für einen Meniskusriss. Für die Mehrheit der Anwesenden war klar, dass sie einen solchen Patienten lieber operieren als konservativ behandeln würden. Steht diese intuitive Präferenz also im Widerspruch zur wissenschaftlichen Evidenz?

Prof. Petersen beantwortete diese Frage mit einem klaren Nein. Die operative Versorgung habe weiterhin ihre Berechtigung. Allerdings: „Die Presse greift Studien wie diese auf, wissenschaftliche Informationen werden einseitig heruntergebrochen“, betonte er mit Blick auf drastische Schlagzeilen wie „Aus für die Kniespiegelung?“, mit der z. B. die Berliner Morgenpost über die FIDELITY-Studie berichtet hatte. Sein Fazit: „Wir müssen uns mit der Evidenz auseinandersetzen.“ Und dies bedeute auch, sich intensiver mit der Methodik und Aussagekraft von Studien zu beschäftigen.

Wechselrate als wesentliches Studienergebnis begreifen

Vor allem gelte es zu berücksichtigen, dass sich aus der Gruppe der initial konservativ behandelten Patientinnen und Patienten im Verlauf der Zeit gut ein Drittel doch operieren lässt, weil ihre Beschwerden persistieren. Umgekehrte Wechsel von der operativ behandelten Gruppe in die konservativ behandelte Gruppe sind logischerweise nicht zu verzeichnen. In Bezug auf die Intention To Treat (ITT) bedeute das, dass nach zwölf Monaten beide Verfahren in etwa gleichauf liegen. Dies

gelte im Großen und Ganzen auch für alle weiteren Studien, die im Verlauf der vergangenen Jahre die arthroskopische Meniskusteilresektion der konservativen Therapie (Übungs- bzw. Physiotherapie) verglichen haben. In den meisten von ihnen ergaben sich keine klinisch relevanten Unterschiede zwischen den Methoden, aber Crossover-Raten zwischen 19 und 41% [2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9].

„Wir müssen die Wechselrate also nicht als ein Nebenprodukt, sondern als eine wesentliche Erkenntnis der Studie begreifen, sonst kommt es zu Verzerrungen“, erklärte Prof. Petersen. Der Umgang mit der Studienmethodik kam auch in der Diskussion zur Sprache: „Am Ende vergleichen wir ja in allen Studien wegen des Crossovers eine Mischung aus konservativ-operativen mit operativen Methoden. Die Daten zum Methodenwechsel kann man aber leider oft nur im kleingedruckten Nachwort der Studie lesen, obwohl es wichtige Ergebnisse sind“, ergänzte ein Teilnehmer.

Methodische Herausforderungen chirurgischer Studien

Im Grunde werde in derartigen Studien in erster Linie verglichen, welches Therapieverfahren wie häufig versagt, stimmte ihm Prof. Petersen zu. „Daher sollte man vielleicht zunächst einmal nach den Prognosefaktoren schauen, bevor man sich an das Design einer neuen Studie macht.“ Daneben verwies er auf ein weiteres methodisches Problem, das bei chirurgischen Studien – anders als bei Untersuchungen zu einer medikamentösen Therapie – nur schwer zu umgehen ist: „Eine Pille ist hochstandardisierbar, eine Arthroskopie hingegen nur bedingt. Daher müssten wir unsere Prozesse eigentlich möglichst stark standardisieren – doch genau das findet in den Studien meist nicht statt.“

Mit Blick auf die Ausgangsfrage, ob degenerative Meniskusläsionen eher von einer operativen oder einer konservativen Therapie profitieren, kam Prof. Petersen zu ganz ähnlichen Schlüssen wie bereits in seiner 2015 im veröffentlichten systematischen Übersichtsarbeit [10]. Demnach können viele nichttraumatische Meniskusläsionen initial ohne Operation behandelt werden – allerdings sei nach drei bis sechs Monaten nicht mehr mit einer Besserung zu rechnen. „Etwa 30% der Patienten scheinen nach fehlgeschlagener physiotherapeutischer Behandlung von einer arthroskopischen partiellen Meniskektomie zu profitieren“, sagte er. Es gebe auch Hinweise darauf, dass Patienten mit Lappenrissen oder Radiärrissen zu dieser Gruppe gehören.

Der Referent mahnte aber zur Vorsicht bei der Interpretation kontrollierter klinischer Studien im Rahmen der evidenzbasierten Medizin – etwa in Bezug auf Selektions-Bias und Heterogenität der Methode. Bereits der Begründer der klinischen Epidemiologie in den USA, Alvan R. Feinstein, hatte darauf hingewiesen, dass die Heterogenität komplexer Objekte ein zentrales Problem der evidenzbasierten Medizin ist. Prof. Petersen plädierte deshalb dafür, die evidenzbasierte Medizin für chirurgische Verfahren neu zu definieren.

Rampen- und Wurzelläsionen am besten einzeitig versorgen

Ein weiteres Thema der Sitzung war das Behandlungsspektrum bei traumatischen Meniskusverletzungen, über die der Münchener

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

Spezialist für Kniegelenks- und Sprunggelenkschirurgie, Prof. Philipp Niemeyer einen Überblick vermittelte. Insbesondere im Zusammenhang mit Rupturen des vorderen Kreuzbands (VKB) gebe es eine hohe Inzidenz dieser Verletzungen. Von diesen Akutverletzungen sei der laterale häufiger als der mediale Meniskus betroffen. Als weitere Prädiktoren nannte Prof. Niemeyer männliches Geschlecht, Alter unter 30 Jahre, hochenergetische (Kontakt)Verletzungen und einen erhöhten Body Mass Index (BMI).

„Das sind nicht immer sofort interventionspflichtige Verletzungen“, betonte der Referent. Doch es gebe eine Reihe von Komplexverletzungen, die mit einer VKB-Ruptur assoziiert sein können. Hierzu zählten posterolaterale Wurzelaustrisse ebenso wie posteromediale Rampenläsionen, Komplexrisse oder (eingeschlagene) Korbhenkelrisse.

Bei posteromedialen Rampenläsionen empfahl Prof. Niemeyer grundsätzlich eine arthroskopische Untersuchung des posteromedialen Segments, „denn im MRT sieht man nicht alles“. Die Sensitivität der MRT liege bei Rampenläsionen lediglich bei 53 bis 84%. Bei der Versorgung von Rampenläsionen sei die arthroskopische Seit-zu-Seit-Rampennaht der Technik von vorne überlegen. Wurzelrisse wiederum sind in seinen Augen „wirklich relevante Knieverletzungen. Dafür muss man die Anatomie gut kennen.“ Für die Nachbehandlung von Wurzelläsionen hätten sich die Teilbelastung (15 kg) über einen Zeitraum von sechs Wochen und eine schrittweise limitierte Flexion (etwa 45° und 90° für jeweils drei Wochen) bewährt. Bei Rampenläsionen könne man in Bezug auf die Belastung in Streckung etwas großzügiger vorgehen.

„Wenn Wurzel und Rampen frühzeitig adressiert werden, haben sie eine gute Prognose. Das Einheilungspotenzial auch von komplexen Verletzungen auf der Außenseite ist größer als man oft denkt“, erklärte Prof. Niemeyer. Den Trend zur einzeitig kombinierten Versorgung von Meniskus und VKB begrüßte er: „Auf diesem Weg kann man sehr viele Meniskusläsionen zur Heilung bringen.“ Es sei zwar bislang unklar, ob diese positiven Ergebnisse auf die biomechanische Stimulation durch die Bohrkanäle oder auf andere Effekte zurückzuführen sei. „Man weiß es nicht. Aber ich plädiere auf jeden Fall dafür, es zu probieren“, sagte der Referent. ◀

Literatur

Zu den Literaturverweisen gelangen Sie online über den Kurzlink <https://tinyurl.com/2cm5pvac> bzw. indem Sie den nebenstehenden QR-Code scannen.





NEPAL © VISUM / Penos 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