

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



### Phlebologie

## Alles im Fluss? Aktuelle Standards und neue Konzepte zur Therapie von Venenerkrankungen

#### Bundeskongress Chirurgie

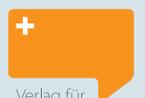
Politischer Nachmittag: Übergang vom Studium zum Arztberuf ist ein Kulturschock

#### SpiFa-Fachärztetag

Neue Reformgesetze: „Es fehlt nicht an Konzepten, sondern am Willen zum Konsens!“

#### Krankenhaushygiene

Forum Hygiene: Von der bloßen Surveillance zur gelebten Verantwortung





**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 17.

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

# Inhalt

## Berufspolitik

### Leitartikel BNC

Alte Denkmuster über Bord werfen und zukunftsfähige Strukturen schaffen

8

### Leitartikel BAO

Gesundheitspolitik gefährdet bedarfsgerechte medizinische Daseinsvorsorge

10

### Bundeskongress Chirurgie

Politischer Nachmittag: Übergang vom Studium zum Arztberuf ist ein Kulturschock

14

### Bundeskongress Chirurgie

Gute Zukunftsaussichten für Chirurginnen und Chirurgen in Klinik und Niederlassung

18

### SpiFa-Fachärztetag

„Es fehlt nicht an Konzepten, sondern am Willen zum Konsens!“

20

## Regional

### Ansprechpartner

Kontakt zu den Geschäftsstellen und Regionalverbänden von BNC und BAO

24

### Meldungen

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

25

## Service

### Aktuelles zum Arztrecht

EuGH: Ärzte müssen Kopie der Patientenakte gratis herausgeben

28

### Aktuelles zum Arztrecht

Rechtliche Einordnung zu ärztlichen Fernbehandlungen

30

### Praxisteam

Erfolgreiche Führung jenseits von Nilpferden und Mobbing

32

## Medizin

### Phlebologie

Interventionelle Therapie der Stammvarikose: Von der Indikation bis zum Eingriff

39

### Phlebologie

Aktuelle Trends in der Behandlung und Abrechnung bei Varikosis

42

### Phlebologie

Ulcus cruris venosum an der Sektorengrenze – was ist ambulant möglich?

45

### Bundeskongress Chirurgie

Herniensymposium: Neue Standards für Netz, Naht, Antibiose und Histologie?

48

### Forum Hygiene

Von der bloßen Surveillance zur gelebten Verantwortung

50

## Verschiedenes

### Editorial

Abschied vom gedruckten Magazin – Fokus auf digitale Mitgliederkommunikation

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

34

### Termine

Kongresse, Seminare und Workshops für die fachärztliche Weiterbildung

36

### Industrie

Nachrichten und Produktneuheiten unserer Partner aus der Industrie

38

Titelbild: iStockphoto.com/Pascual Fernandez Comez; Titelbildrecherche: Schelli



## Smartes Praxiscontrolling - die intelligente Lösung im Healthcare-Bereich -

Praxisübergabe Kostentransparenz  
Praxisstrategie Praxissteuerung  
Liquiditätssteigerung Praxisverkauf  
Behandlungskosten  
Smartes Praxiscontrolling Praxisübernahme  
Wertschätzung Fallpauschalen

**Alles, was Sie für die Hybrid-DRG Verhandlungen brauchen!**



# Editorial

## Abschied vom gedruckten Magazin – Fokus auf digitale Mitgliederkommunikation

Liebe Leserinnen und liebe Leser,

dieses Heft ist die letzte gedruckte Ausgabe der gemeinsamen Verbandszeitschrift ‚Chirurgen Magazin +BAO Depesche‘ von BNC und BAO. Künftig wollen sich beide Verbände in erster Linie auf ihre digitale Mitgliederkommunikation konzentrieren, aber auch ein zweimal jährliches Printprodukt in neuer Gestalt ist in Planung.

Die Gründe dürften Sie kaum überraschen, schließlich ist der Printjournalismus überall auf dem Rückzug. Selbst das Deutsche Ärzteblatt schwenkte Anfang 2024 auf eine nunmehr zweiwöchige statt zuvor wöchentliche Erscheinungsweise um. Es ist in den vergangenen Jahren infolge von Energiekrise, gestiegenen Papier- und Druckkosten und immer höheren Versandgebühren schlicht sehr teuer geworden, Zeitschriften zu drucken und zu verschicken. Gleichzeitig informieren sich immer mehr Menschen vorzugsweise online über alles, was in der Welt passiert. Und gerade bei politischen Nachrichten hinkt ein vierteljährlich erscheinendes Printprodukt in puncto Aktualität naturgemäß den Möglichkeiten des Internets hinterher.

Für mich persönlich markiert die Einstellung dieses Magazins das Ende einer beinahe 25-jährigen Ära. So lange nämlich begleite ich diese Zeitschrift bereits als verantwortliche Redakteurin. Ich habe in dieser Zeit eng mit allen BNC- und BAO-Vorständen zusammengearbeitet, die Aktivitäten von Gesundheitsministerinnen und -ministern jeglicher Couleur verfolgt, die Diskussionen um die Förderung des ambulanten Operierens beobachtet und in ungezählten Artikeln in diesem Magazin zusammengefasst. Ich blicke sehr gern auf diese lange Zeit zurück und bin mir zugleich sicher, dass wir uns an anderer Stelle wiederlesen werden. Bis dahin: Machen Sie es gut!



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 7.200 Exemplaren (2.2024) gedruckt und hat eine verbreitete Auflage von 7.122 (Druck) und 4.500 (ePaper) Exemplaren (2.2024). Entsprechende Nachweise sind bei der Redaktion erhältlich.

Erscheinungsweise: vier Ausgaben pro Jahr

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

## Operieren in der Schwangerschaft

## DGOU veröffentlicht Positivliste mit unbedenklichen chirurgischen Tätigkeiten

Zusammen mit der Initiative ‚Operieren in der Schwangerschaft‘ (OPiDS) hat die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) eine Liste mit über 40 Tätigkeiten herausgegeben, die unter Einhaltung von Schutzmaßnahmen von schwangeren Ärztinnen durchgeführt werden dürfen. Die Operationen seien mit dem Mutterchutzgesetz vereinbar, teilte die DGOU mit. Damit setze die Fachgesellschaft ihren Kurs fort, junge Chirurginnen in ihrer Weiterbildung und Karriere zu unterstützen. „Die Positivliste ist ein großer Erfolg für schwangere Ärztinnen in Weiterbildung und im Verlauf ihrer beruflichen Karriere. Denn die Frauen erhalten häufig pauschal ein betriebliches Beschäftigungsverbot, weil die vorhandenen Möglichkeiten in der Klinik nicht ausgeschöpft werden oder Unsicherheit besteht“, sagte DGOU-Präsident Prof. Andreas Seekamp.

Die Positivliste könne schwangeren Ärztinnen und Beteiligten wie Personalrat, Chefarzt, Arbeitsschutzbeauftragten etc. als Entscheidungshilfe dienen. Sie orientiere sich an den Vorgaben der gesetzlich vorgeschriebenen Gefährdungsbeurteilung. Die möglichen Tätigkeiten umfassen das unfallchirurgische und das orthopädische Spektrum wie arthroskopische Eingriffe, Weichteiloperationen und Endoprothetik. „Wir schließen damit eine Lücke, nicht nur bei der Weiterbildung schwangerer Ärztinnen. Auch andere Fachgesellschaften haben Positivlisten veröffentlicht und somit ebnen wir gemeinsam



Foto: iStock / Natalija Rajsic

den Weg für eine Weiterbeschäftigung in der Schwangerschaft. In Zeiten von Fachkräftemangel kann damit das Potenzial der gut ausgebildeten Ärztinnen genutzt werden“, sagt Dr. Maya Niethard, Gründerin und Projektleiterin der Initiative OPiDS.

**Kontakt:** [www.dgou.de](http://www.dgou.de), [www.opids.de](http://www.opids.de)

## Infektionsschutz

## Weniger Wundinfektionen bei Hautantiseptik mit Jod-Povacrylex

Für den Schutz vor Wundinfektionen bei der chirurgischen Behandlung von Extremitätsfrakturen ist offenbar die Wahl des passenden Hautdesinfektionsmittels entscheidend. Dies geht aus einer Studie hervor, in der die Wirksamkeit und Sicherheit der präoperativen Hautantiseptik bei Verwendung einer Mischung aus Jod-Povacrylex und Alkohol mit der von Chlorhexidin-Gluconat und Alkohol verglichen wurde.

Insgesamt wurden 6.785 Patientinnen und Patienten mit geschlossenen Frakturen sowie 1.700 weitere mit offenen Frakturen einbezogen. Primärer Endpunkt waren Infektionen im Operationsgebiet. Es zeigte sich, dass die Hautantiseptik mit Jod-Povacrylex vor der chirurgischen Therapie geschlossener Frakturen mit weniger postoperativen Wundinfektionen (2,4% der Fälle) einherging als die Verwendung von Chlorhexidin (3,3% der Fälle). Bei offenen Frakturen traten in der Jod-Gruppe in 6,5% der Fälle Wundinfektionen auf, in der Chlorhexidin-Gruppe lag die Rate bei 7,3%. Die Häufigkeit schwerwiegender unerwünschter Ereignisse war in beiden Gruppen ähnlich.

**Quelle:** N Engl J Med 2024;390:409-420; DOI: 10.1056/NEJMoa2307679

## Plastische und rekonstruktive Chirurgie

## Kopf- und Gesichtshaut intraoperativ mit dem 3D-Drucker herstellen

Forschende der Pennsylvania State University haben einen Drucker entwickelt, der während einer Operation direkt auf den zu reparierenden Körperteilen neue Haut erzeugt, etwa im Gesicht, auf der Brust oder am Kopf. Selbst Haarfollikel ließen sich dabei produzieren, sodass auch auf Kopfhaut wieder Haare sprießen könnten. Zumindest im Rattenexperiment zeigte sich der 3D-Drucker erfolgreich.

Rekonstruktive chirurgische Eingriffe im Gesicht oder am Kopf führten häufig zu Narbenbildung oder dauerhaftem Haarausfall. Die neue Technik sei daher ein Schritt in Richtung einer natürlicheren und ästhetisch ansprechenderen Kopf- und Gesichtsrekonstruktion beim Menschen, erklärte Projektleiter Prof. Ibrahim T. Ozbolat. Zuvor hatte sein Team bereits im Labor neue Haut per 3D-Druck hergestellt. Nun sei es erstmals gelungen, ein vollständiges lebendes System aus mehreren Hautschichten einschließlich Unterhaut intraoperativ zu produzieren. Hierfür nutzen die Forschenden eine aus menschlichem Fettgewebe gewonnene Matrix als Grundlage einer ‚Biotinte‘ für den 3D-Druck.

**Kurzlink zur Meldung der Penn State University:** [www.tinyurl.com/5n7wdnh2](http://www.tinyurl.com/5n7wdnh2)

## Gesundheitspolitik

## Tragende Säulen der Versorgung kritisieren Kurs der Ampel-Koalition

Der 11. April 2024 war kein leichter Tag für Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach (SPD). Denn an diesem Tag stellten in der Bundespressekonferenz die Spitzen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) ihre Kritikpunkte an der Gesundheitspolitik dar. Alle vier Institutionen eint die Sorge darum, „ob Menschen in Deutschland auch in Zukunft noch flächendeckend und wohnortnah Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und Apotheken finden werden.“

KBV-Chef Dr. Gassen betonte: „Die Tatsache, dass wir heute bereits zum zweiten Mal in dieser Legislaturperiode gemeinsam auf diesem Podium sitzen, und dass dieses Mal auch die Krankenhäuser dabei sind, sollte den Ernst der Lage deutlich machen, in der sich unser Gesundheitswesen befindet.“ Mit Blick auf den jüngsten Gesetzentwurf zur Reform der Krankenhäuser warnte er, dieser greife massiv in die ambulante Versorgung ein. Durch den Plan, künftig sogar hausärztliche Versorgung zentral an umgewandelten Krankenhäusern stattfinden zu lassen, werde sich der Hausärztemangel in der Fläche weiter verschärfen, noch mehr Praxen würden schließen. „Dabei ist in Fachkreisen allgemein anerkannt, dass gerade dort, wo Krankenhäuser umstrukturiert oder gar geschlossen werden, massiv in ambulante Strukturen investiert werden muss“, erklärte Dr. Gassen weiter. „Den Gesetzentwürfen aus dem Hause Lauterbach ist eines gemeinsam: Versorgung wird zentralisiert und standardisiert – und zwar mit Standards, die völlig jenseits der Versorgungsrealität liegen.“

## Nachhaltigkeit

## Ambulantes Operieren – auch für den Klimaschutz ein Gewinn

Viele Narkosegase sind hochwirksame Treibhausgase. Um ihren Einsatz zu reduzieren, hat die Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK) ihren besonderen Versorgungsvertrag ‚Ambulantes Operieren‘ mit der Micado Health Care GmbH angepasst: Demnach sind alle teilnehmenden Anästhesistinnen und Anästhesisten verpflichtet, die Handlungsempfehlungen zur ökologischen Nachhaltigkeit der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGA) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) einzuhalten. Dazu zählt insbesondere der Einsatz klimaschonender Narkosegase, wann immer dies medizinisch möglich ist.

„In vielen Fällen können klimaschädliche Narkosegase einfach ersetzt werden – und das ohne Nachteile für Patientinnen und Patienten. Umweltfreundlichere Narkosegase sind somit eine gute und nachhaltige Alternative“, erklärte Franziska Beckebans von der SBK dazu. Generell seien ambulante Operationen deutlich weniger CO<sub>2</sub>-intensiv als vergleichbare stationäre Eingriffe. Würden dann



Gabriele Regina Overwiening (ABDA), Martin Hendges (KZBV), Dr. Andreas Gassen (KBV) und Dr. Gerald Gaß (DKG) am 11.4.2024 in der Bundespressekonferenz

Scharfe Kritik bei allen Organisationen rief die immense Bürokratielast hervor, die unter der Ampel-Regierung nochmals zugelegt habe. Gleichzeitig sehen sie die Freiberuflichkeit als Kernelement der ärztlichen, zahnärztlichen und apothekerlichen Versorgung sowie die Trägervielfalt in der Krankenhauslandschaft in Gefahr. Zudem vermischen sie den echten inhaltlichen Austausch des Ministeriums mit denjenigen, die die Menschen tatsächlich versorgen.

**Kontakt:** [www.kbv.de/html/68768.php](http://www.kbv.de/html/68768.php)

noch vermehrt umweltfreundliche und recyclebare Materialien eingesetzt, habe die ambulante Operation einen klaren ökologischen Vorteil. Ungeachtet dessen profitierten natürlich auch die Patientinnen und Patienten von ambulanten Eingriffen: Diese bedeuteten oft weniger Stress, kürzere Krankenhausaufenthalte und eine schnellere Genesung, heißt es in einer Mitteilung der SBK. Es entstünden weniger Kosten, und der Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen sinke. Das komme der gesamten Versichertengemeinschaft zugute. Beckebans kündigte daher an: „Auch in Zukunft werden wir weitere Möglichkeiten für eine nachhaltigere Versorgung ausschöpfen – im Sinne unserer Versicherten, der Versichertengemeinschaft und unseres Planeten“.

Insgesamt werde der besondere Versorgungsvertrag ‚Ambulantes Operieren‘ mit Micado von 44 Betriebskrankenkassen angeboten.

**Kontakt:** [www.sbk.de](http://www.sbk.de), [www.micado-online.de](http://www.micado-online.de)

## Anästhesie

## Politische Neuausrichtung: BDA verlässt zum Jahresende den SpiFa

Der Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA) hat angekündigt, seine Mitgliedschaft im Spitzenverband Fachärzte (SpiFa) zum Jahresende 2024 zu beenden. Als Grund nannte er eine Neuausrichtung seiner gesundheitspolitischen Aktivitäten. Die Einführung der Hybrid-DRGs führe zu einem neuen innerärztlichen Verteilungskampf. Der Gesetzgeber habe es versäumt, den Rahmen für eine sachgerechte Aufteilung der Pauschale zu setzen. „Auch übergeordnete Verbände wie der SpiFa haben die Zeit nicht genutzt, um eine erfolgte Einigung zur Aufteilung der Pauschalabrechnung zwischen dem BDA und dem Berufsverband Deutscher Chirurgie zu übernehmen, bzw. zu unterstützen“, erklärt BDA-Vizepräsident Dr. Frank Vescia.

In den vergangenen Monaten habe der Verband im Rahmen der anstehenden Krankenhausreform vergeblich um eine Sichtbarkeit seines Fachgebietes gekämpft. Man habe sich in Gremien der Selbstverwaltung endlosen und erfolglosen Diskussionen stellen müssen, warum u. a. Zuschlagsziffern zur Förderung des ambulanten Operierens oder eine Instrumentenaufbereitung auch für die Anästhesiologie berechenbar sein müssen. Der BDA betonte aber, dass der Austritt nicht als Bruch zu verstehen sei. Man werde weiterhin für gemeinsame Anliegen und Interessen der Fachärzteschaft eintreten und hier „allen Beteiligten eine inhaltliche Kooperation anbieten“, erklärt BDA-Präsidentin Prof. Grietje Beck. „Insbesondere unterstützt der BDA auch weiterhin die fachärztlichen Entwicklungen auf europäischer Ebene durch seine Arbeit im Europaausschuss des SpiFa.“

Kurzlink zur Mitteilung des BDA: [tinyurl.com/3sjs4tt4](https://tinyurl.com/3sjs4tt4)

## Individuelle Gesundheitsleistungen

## Virchowbund: „Eine aktuelle GOÄ ist der beste Patientenschutz“

Wenn es nach dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung Stefan Schwartz (SPD) ginge, würden eine ganze Reihe Individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) verboten – obwohl sie als Selbstzahlerleistungen nicht aus dem solidarisch finanzierten GKV-Topf bezahlt werden. Dies sollte für alle IGeL gelten, die der IGeL-Monitor nicht nur als überflüssig, sondern sogar als schädlich einstuft. Als Beispiele nannte Schwartz die Ultraschalluntersuchung zur Krebsfrüherkennung an Eierstöcken und Gebärmutter, die mit vielen falsch-positiven Befunden und in der Folge unnötigen Eingriffen einhergehe.

Hierzu erklärte der Bundesvorsitzender des Virchowbundes, Dr. Dirk Heinrich: „Medizinische Leistungen werden in Arztpraxen nicht im rechtsfreien Raum erbracht. Die Grundlage hierfür ist die vom Staat erlassene Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).“ Allerdings stamme diese Gebührenordnung in wesentlichen Teilen aus dem Jahre 1982. Für eine novellierte GOÄ hätten Ärzteschaft und Kostenträger in den vergangenen Jahren viel Vorarbeit geleistet, eine aktuelle Gebührenordnung liege also auf dem Tisch der Politik.

„Wenn es der Patientenbeauftragte also mit dem Patientenschutz ernst meint, dann sorgt er dafür, dass die novellierte GOÄ endlich von Bundesgesundheitsminister und Parteikollegen Karl Lauterbach umgesetzt wird“. Populistische Forderungen nach einem IGeL-Verbot in den Praxen dagegen gingen am eigentlichen Problem vorbei und fielen gar nicht in seinen Zuständigkeitsbereich. Sie seien „politische Nebelkerzen und ein plumper Versuch, sich auf Kosten der Ärzteschaft zu profilieren“, kritisierte Dr. Heinrich.

Link: [www.virchowbund.de](http://www.virchowbund.de)

## Einfach gesunde Beine mit Mikroschaum

## [Varizen-Sklerotherapie]

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

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



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

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

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



**kreussler**  
PHARMA

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

Leitartikel BNC

# Alte Denkmuster über Bord werfen und zukunftsfähige Strukturen schaffen

Nicht nur beim Bundeskongress Chirurgie, auch in zwei Online-Veranstaltungen des BNC war die Abrechnung mit Hybrid-DRG eines der beherrschenden Themen. Doch von mindestens ebenso zentraler Bedeutung ist die zukunftsfähige Neuordnung der chirurgischen Weiterbildung im Verbund zwischen beiden Sektoren.

Von Jan Henniger

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

unser letzter Kongress in Nürnberg war wieder ein voller Erfolg mit über 1.000 Teilnehmenden. Es war ein Kongress, bei dem permanent diskutiert wurde. Das Thema an unserem großen Politischen Nachmittag war mit dem Vizepräsidenten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Stefan Hofmeister, und der Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, Dr. Susanne Johna, hochkarätig besetzt. Der Geschäftsführer des Spitzenverbands Fachärzte (SpiFa), Robert Schneider, brachte die fachärztliche Komponente ein. Thema Nummer 1 war einfach die Hybrid-DRG mit all ihren Facetten (siehe Kasten Seite 16).

Jetzt ist es klar: Die Hybrid-DRG kommt, und die Ausgestaltung ist weitestgehend klar. Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sind dabei, die Wege für eine Abrechnung frei zu machen. Manche eher implantatlastigen Eingriffe werden Sie weiter im EBM erbringen, damit Ihre Kosten gedeckt werden. Eingriffe, die sich für Sie rechnen, können Sie jetzt über Hybrid-DRG abrechnen, z. B. über Ihre KV oder unseren Partner Sanakey Contract.

## Viele Ankündigungen, wenig Umsetzung

Welche neuen Eingriffe dazukommen, steht noch nicht fest, aber es werden nicht besonders viele sein. Auf dem Fachärztetag des SpiFa (siehe Bericht Seite 20f.) hat unser Minister sein fachärztliches Herz entdeckt und möchte noch Gutes tun. So richtig glaube ich es nicht, da

er wieder viel ankündigt und dann erst über die Umsetzung und den Nutzen nachdenkt. Wir als BNC haben für die Mitglieder unseres Verbands zwei Online-Veranstaltungen zur Abrechnung mit Hybrid-DRG durchgeführt und festgestellt: Es gibt immer etwas Neues, das nicht bedacht wurde und erst im Praxistest sichtbar wird.

Die Krankenhausreform ist auf alle Fälle nicht mit vielen Gedanken an die niedergelassenen Fachärzteschaft gefüllt, sondern eher mit Gedanken zur Öffnung der Krankenhäuser. So sollen Versorgungseinrichtungen in strukturschwachen Regionen gegründet werden, die ggf. auf ambulantes Honorar zugreifen können, obwohl sie dem stationären Sektor zugeordnet werden. Dies soll bis zur Zulassungspflicht für Institutsambulanzen für Allgemeinmedizin gehen.

Besonders logisch ist dies nicht, da auch dort die Kolleginnen und Kollegen fehlen werden, die dort arbeiten sollen. Auch wird das Thema Weiterbildung wieder nicht in die Planung mit einbezogen. Wie die Kolleginnen und Kollegen weitergebildet werden sollen, die dort arbeiten, ist mir nicht klar. Die Landesärztekammern sind gerade, was das Thema Verbundweiterbildung angeht, noch im Tiefschlaf. Weiterbildung wird auf dem Deutschen Ärztetag daher zentrales Thema sein. Ich hoffe, dass dort nicht das gewohnte Chaos herrscht, welches jede konstruktive Arbeit verhindert.

Ohnehin wäre es sinnvoll, diesen Ärztetag einmal etwas zu koordinieren und ins 21. Jahrhundert zu führen. Die Flut an Anträgen, die niemand mehr lesen und verstehen kann und die sich dauernd wiederholen, nimmt ohnehin niemand mehr ernst.

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@bncevd.de



Foto: Henniger

Für uns Chirurgen und Chirurgen wird die Versorgung der Patientinnen und Patienten in der Fläche weiterhin die große Herausforderung sein. Wie können wir es schaffen, die Generation der Generalistinnen und Generalisten, die jetzt in Rente geht, zu ersetzen und die Versorgung der Bevölkerung weiter zu gewährleisten, wenn es zunehmend nur noch Spezialistinnen und Spezialisten gibt, die sich andere Strukturen wünschen? Wie können wir die Attraktivität unseres Faches steigern und die jungen Kolleginnen und Kollegen motivieren?

**Weiterbildung und Versorgung in der ambulanten Schiene**

Das geht nur, wenn wir Strukturen schaffen, in denen sich unser Nachwuchs wohlfühlt, aber auch gefordert ist. Weiterbildung und Versorgung gehört in die ambulante Schiene. Der Duktus, dass man im Krankenhaus alles lernt und auf das Facharzt sein vorbereitet ist muss endlich dem Realitätscheck unterzogen werden (siehe Bericht Seite 16f.). Die rückwärtsgewandten Kolleginnen und Kollegen sowie Angestellten in Kammern, KVen, Regierungen usw. sollten endlich Platz machen für Menschen, die gestalten und nicht nur verhindern wollen.

Dazu brauchen wir Sie. Mischen Sie sich ein! Wenn Sie Ihre Praxis verkaufen wollen, sorgen Sie dafür, dass Ihr Nachfolger bzw. Ihre Nachfolgerin politisch ist und sich in den Verbänden engagiert. Wir vom BNC werden immer Ihre Interessen in den Kammern, KVen und in der Politik vertreten. Dazu brauchen wir aber auch Ihren Rückhalt. Das gilt auch bei der Durchsetzung Ihrer Interessen! Wenn die Politik sich nicht weiter auf die Ärzteschaft zubewegt, sind weitere Protestmaßnahmen unumgänglich. Diese wird die Bevölkerung dann auch spüren müssen und dies kann auch in regionalen Protesten münden.

**Neue Wege in der Mitgliederkommunikation**

Dies war übrigens der letzte Leitartikel in gewohnter Form und in dieser Zeitschrift, die nach Erscheinen dieser Ausgabe eingestellt wird. Die Zeit ist schnelllebig geworden: Wenn man etwas schreibt und dann drucken lässt, ist es schon beinahe wieder veraltet, wenn es bei Ihnen ankommt. Deshalb werden wir als BNC versuchen, Sie in Zukunft über unsere sozialen Medien schneller und punktgenauer zu informieren. Wir werden an einem Print-Titel festhalten, welcher künftig aber nur noch zweimal im Jahr erscheinen wird.

Da dies das letzte Chirurgen Magazin ist, welches von Antje Thiel verlegt und redaktionell betreut wird, möchte ich mich auch gerne bei ihr bedanken. Sie hat es als Nichtchirurgin geschafft, eine Zeitschrift

zu verlegen, welche zugleich fachlich interessant, politisch aktuell und medizinesellschaftlich auf dem neuesten Stand war. Sie hat es geschafft, mit Chirurgen umzugehen, die ja bekanntlich immer alles besser wissen, und deren Themen auch einer nichtchirurgischen Welt zugänglich gemacht. Viele Themen hat sie bereits angesprochen, bevor wir sie überhaupt auf dem Schirm hatten. Wir hoffen, dass das neue Chirurgen Magazin und auch die Newsletter und Informationen in den sozialen Netzwerken von ähnlicher Qualität sind. Wir werden weiter verbunden sein.

Ihnen wünsche ich ein schönes Frühjahr, Ferien zum Erholen und viel Kraft für Ihre Patientinnen und Patienten, Angestellten und Ihre Familien.

Mit den besten kollegialen Grüßen, Ihr Jan Henniger

1. Vorsitzender des BNC



**Radiofrequenzablation von Krampfadern**

Mehrere Kathetergrößen für die Behandlung von Kollateral-, Perforans- oder Saphena-Venen verfügbar. Alles mit einem Gerät!



- Effektive Behandlung von chronischer Veneninsuffizienz
- Kann in der Tagesklinik oder ambulant durchgeführt werden
- Schnelle Genesung und Rückkehr zu normalen Aktivitäten

## Leitartikel BAO

# Gesundheitspolitik gefährdet bedarfsgerechte medizinische Daseinsvorsorge

Die Taten von Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach hinken seinen Ankündigungen weiterhin deutlich hinterher. Passend zum 100. Todesjahr des deutschsprachigen Schriftstellers in diesem Jahr nehmen Organisation und Wirken des Berliner Ministeriums immer stärker kafkaeske Züge an.

Von Dr. Christian Deindl

**Liebe Kolleginnen und Kollegen,**

längst sind systemrelevante patientennahe Akteure des Gesundheitswesens zu Marionetten der Marotten eines überforderten Ministers und der Partei-Ikone des politischen Peter-Prinzips geworden. Lauterbachs jüngste Entgleisung gegenüber der DKG, die er medienwirksam in die rechtsradikale Ecke stellt, exakt zum Zeitpunkt, als gerichtlich über Verfassungsfeindlichkeit und ein Parteienverbot verhandelt wird, beschleunigt den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen und erhöht weiter die Abwanderung ins respektvollere Ausland.

Wieso schaffen es trotz des unerschöpflichen Vorrats an menschlicher Vielfalt und klugen Köpfen nur die dem Peter-Prinzip Treuergebnsten, in politische Schlüsselpositionen zu gelangen? Nur wer unübersehbare Probleme negiert oder sie ins krasse Gegenteil verwandelt, glaubt auch fest daran, sie damit gelöst zu haben. So wird die schrumpfende Ärzteschaft zur Kaste der unbeliebten Großverdiener umbenannt, um deren Erhalt man sich erst gar nicht kümmern sollte. Aber wehe, die Praxen haben nicht 24/7 geöffnet oder vor der Kliniknotaufnahme fehlt nachts der ausgerollte rote Teppich. Mit 30 Jahren Verspätung wird die Anhebung der Zahl der Medizinstudienplätze angedacht, um den Schwund an Statisten auszugleichen, ohne überholte Strukturen angehen zu müssen. Statt Masterplan 2020 wird voraussichtlich ab 2027 die so gar nicht neue Approbationsordnung greifen.

## Als Feigenblatt installierte Regierungskommission

Lauterbach lässt sich per nicht abstimmungspflichtiger Rechtsverordnungen eine Blankovollmacht für Ermächtigungsgesetze seiner Wahl ausstellen. Das bedeutet den Wegfall parlamentarischer Kontrollen und somit der Gewaltenteilung, wenn sich die Exekutive ihre eigenen Gesetze genehmigt. Eine als Feigenblatt installierte Regierungskommission darf im Gegenzug ungeniert die Interessen ihrer Arbeit- und Auftraggeber aus Konzernen oder großen Klinikstrukturen artikulieren. In ihren Worthülsen finden sich allenfalls Spuren von Versorgungsqualität oder Patientensicherheit, um keinerlei allergischen Reaktionen im Bundesgesundheitsministerium (BMG) auszulösen.

Die aktuell gastierende Regierungsbühne ist aus gesundheitspolitischer Sicht vom anfänglich belächelten Kasperltheater inzwischen zum anerkannten Hochrisikotrakt geworden – ohne im Grundgesetz verankerten Brandschutz, ohne lösungsorientierte Fluchtwege oder den vorgeschriebenen Plan B. Denn Plan A, der Koalitionsvertrag, ist schnell dem ständigen koalitionsinternen Zündeln zum Opfer gefallen, darin enthaltenes Konfliktpotenzial konnte seine explosive Kraft entfalten. Das bisher größte Opfer: eine gelungene Gesundheitsreform. Deren Erfolgsformel muss nach BAO-Verständnis wie folgt lauten:

### Gesundheitsreform

- = Krankenhausreform + Ambulantisierung
- + transsektorale prä-/poststationäre Patientenversorgung
- + Entlassungsmanagement
- + Ambulantes Operieren mit Hybrid DRG und Sachkostenerstattung
- + sektorengleiche Qualitätssicherung
- + intersektorale Notfallversorgung
- + sektorenverbindende Weiterbildung

Statt dieser Logik zu folgen, wurde der Reformgedanke zum eigenen Andenken und jeder BMG-Gesetzentwurf zum Nachruf, wenn nicht zur üblen Nachrede für alle noch im Gesundheitswesen aktiven verbliebenen Gesundheitsberufe. Deren Interessensvertreter zählen sich selbst seit geraumer Zeit zum gesundheitspolitischen Establishment und bieten Scheinlösungen für Probleme an, deren Ursache sie oft selbst sind. Nachzulesen in deren gesammelten Werken wie EBM oder GÖÄ. Beides Nachschlagwerke, wie man eine hochmotivierte Ärzteschaft nach anspruchsvollem Studium, komplexer Facharztausbildung und optionaler Subspezialisierung um den Lohn ihrer lebenslangen weit überdurchschnittlichen Leistungs- und Lernbereitschaft bringt.

Der zum Durchatmen und zur mentalen Erfrischung gedachte Pausengong zur Ampelhalbezeit ist längst verklungen, Teile des Publikums haben bereits den Heimweg angetreten, und die Politakteure ließen die Verschnaufpause ungenutzt verstreichen. Frei von jeglicher Inspiration kamen sie auf die Berliner Schaubühne zurück und fingen ihr faden stereotypes Stück wieder von vorne an. Mehr gibt der als

Drehbuch gedachte, schnell bis zur Unleserlichkeit zerfledderte und nur noch als Asche symbolisch existierende Koalitionsvertrag nicht her. Statt des im Teil Zwei mit Spannung erhofften Bürokratieabbaus trägt der Kanzler demonstrativ seine Dauerrequisite Aktentasche. Bringt er Unterlagen vor dem Datenschutz in Sicherheit oder nur außer Landes? Oder gar die unerledigten Hausaufgaben seiner Regierung? Wenn dieses Stück so weiter geht, liegt Berlin demnächst nicht mehr an der Spree, sondern endgültig am Blaumilchkanal, dessen erster Spatenstich unstrittig am BMG und seinem obersten Behördenleiter, neuerdings mit Generalstabsministerallüren und Hang zur Farbe Blau, zu verorten ist.

Lauterbach als anerkannter Polarisierungsexperte fährt unbeirrt fort, ein Versorgungsloch nach dem anderen in unserm Gesundheitssystem zu fabrizieren. Seine Bühne gleicht einer egozentrischen Scheibe mit ihm als absolutistischem Mittelpunkt, um den sich alles zu drehen hat. Geschickt wurden konzerneigene bzw. -nahe Lobbyisten in regierungsnahe Kommissionen platziert, folglich auch ohne Interessenskonflikte, aber um weiter Konflikte im Gesundheitssystem zu schüren und den kontinuierlichen Selbsterhöhungsprozess von Lauterbach begleitend zu unterstützen. Demnächst hat der unabhängige und paritätisch zusammengesetzte Ethikrat ausgedient, wenn das BMG sich seinen hauseigenen installiert. So verschmelzen Ethik und Monetik vollends zu einem undefinierten Machtklumpen.

### Von der Versorgungslücke zur Versorgungswüste?

Die Arbeitsteilung zwischen BMG und seinen Günstlingen hat sich bestens bewährt. Immer weniger für Patient\*innen, und schon gar nicht für Haus- und Facharztpraxen. Von niedergelassenen Fachärzt\*innen gegründete Praxen, ambulante OP-Zentren, MVZ und Praxis-kliniken gelten sowohl für Lauterbach als auch die von ihm geduldeten Nebenplayern als unerwünschte Wesen eines gesundheitspolitischen Paralleluniversums. Seit 20 Jahren wird Lauterbach nicht müde, vor freiberuflichen und selbständigen Ärzt\*innen zu warnen. Was ihm als ewigen Rufer nur noch fehlte, das war die obligatorische Wüste. Dieses Ziel hat er qua seines Amtsverständnisses in den letzten beiden Jahren geschafft. Und mit den verbliebenen Praxen und kleineren, aber ebenso versorgungsrelevanten Krankenhäusern wird er auch noch fertig.

Wollen wir weiter untätig ihn in diesem Glauben lassen? NEIN! Die Ärzteschaft muss in dieser Frage endlich zu einem gesellschaftspolitischen Gegengewicht mit gemeinwohlorientiertem Vetorecht werden. Denn noch viel schräger lässt sich die deutsche Gesundheitspolitik auf der Bundesbühne innerhalb der letzten zweieinhalb Jahre nicht beschreiben. Wäre da nicht das eine und andere vernunftbasierte Gegengewicht aus der Gesundheitsministerkonferenz, würden maximale Steillage und allerhöchste Lawinen- bzw. Erdbeerschlaggefahr vorherrschen. Denn auch das gesundheitspolitische Klima hat sich mehr als gewandelt: Soziale Kälte versus heiße Luft.

So werden zum Bestandsschutz bestimmter Gesundheitsberufe von der GKV z. B. die Berufshaftpflichtprämien übernommen, die sich daraufhin nicht zufällig innerhalb einer Dekade verdreifacht haben. Kein Wunder bei fehlender Transparenz und fehlendem Wettbewerb. Seit

### 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

ebenfalls einer Dekade warten ambulant operierende Facharztpraxen vergebens auf die Erstattung ihrer deutlich gestiegenen Hygienekosten und werden hingehalten mit leeren Verhandlungsversprechen. Dabei würde ein Ergänzungsvertrag nach § 134a SGB V und dem Beispiel der darin gewährten Betriebskostenpauschalen folgend auch bei Hygienekosten eine passende und praktikable Lösung darstellen. Ein eklatanter, nicht hinnehmbarer Verfassungsbruch ist im Umgang mit dem § 115f SGB V und der dafür erlassenen Rechtsverordnung mit ihrem chaosstiftenden Potenzial auszumachen. Ein höchstsozialrichterliches Urteil schreibt vor, der Gesetzgeber muss Gesetze so verfassen, dass die davon Betroffenen daraus die Norm und ihr Verhalten ableiten können. Lauterbach hingegen sieht sein Handeln stets als alternativlos, weshalb dieser Passus in keinem Referentenentwurf fehlen darf.

Beide Phänomene werden wider besseres Wissen gezeugnet! Der BAO weiß aus Umfragen unter seinen aus Altersgründen ausscheidenden ambulanten Operateur\*innen und Anästhesist\*innen, dass ein Drittel weder von einer Praxisübernahme noch von einem Praxisverkauf berichten kann und seine Praxen für immer geschlossen hat. Damit fällt lokal und regional eine lebenswichtige dritte Säule in der Patientenversorgung weg; kleineren peripheren und versorgungsrelevanten Krankenhäusern droht ähnliche Gefahr. Umso unverständlicher, dass vor diesem Hintergrund von diesen nicht der Schulterchluss mit Facharztpraxen und ambulanten Operateur\*innen und Anästhesist\*innen gesucht wird. Noch hält der BAO seine Hand in Richtung von einer Schließung bedrohten Krankenhausverwalter ausgestreckt. Schwerpunkt- bzw. Maximalversorger verlieren wichtige Standorte zur postoperativen Weiterversorgung in Praxen und Kliniken.

### Aus BAO-Mitteln finanzierte Versorgungsforschung

Kaum ein Gesetz ist zu Ende gedacht, berechtigte Einwände von Externen werden nicht berücksichtigt und beim Rest hat die Berliner Lobbyisten-Szene ganze Arbeit geleistet. Was als Krankenhaustransparenzgesetz gedacht war, erfüllen ambulante Operateur\*innen und Anästhesist\*innen schon seit fast einem Vierteljahrhundert per AQS1-Patientensicherheitsfragebogen. Erst jüngst wurden in Kooperation mit Prof. Winfried Meißner von der Uni Jena anonymisierte Daten über die postoperative Schmerzbehandlung nach ambulanten Operationen von über 300.000 Patienten ausgewertet und im Deutschen Ärzteblatt publiziert. Solche aufwändigen Aktionen nennt man Versorgungsforschung, die aus BAO-Eigenmitteln finanziert wurde. Vor 15 Jahren hatte der BAO ▶

ähnlich innovativ gehandelt, ein Gutachten über das Einsparpotenzial von ambulanten Operationen initiiert und Prof. Peter Oberender damit beauftragt. Dank ignoranten Nichtbeachtung wurden seit der Veröffentlichung 2010 mindestens fünf Milliarden Euro unnötig für nichtindizierte stationäre Aufenthalte ausgegeben. Finanzressourcen, mit denen der sukzessive Auf- und Ausbau ambulanter Strukturen in Praxen und Kliniken hätte erfolgen können. Die Saboteure von damals sind die ‚Experten‘ von heute! Ihr Salär erhöht die Schadenssumme.

Bereits 2010 besaß Lauterbach den nötigen gesundheitspolitischen Einfluss, um die Umsetzung der Empfehlungen von Prof. Oberender anzustoßen. Hat er nicht getan, tut er nicht und wird er weiter nicht tun. Was ist schon die Person eines der renommiertesten deutschen und internationalen Gesundheitsökonominnen gegenüber einem aufstrebenden Parteieigengewächs, das sich mit der Aura eines Wissenschaftlers umgibt, ohne Patientenbezug und patientenorientierte Fachlichkeit? Lauterbach steht nicht allein für mangelnde Wertschätzung von Gesundheitsberufen. Landesregierungen, Kommunalpolitik und Arbeitgeberverbände haben immer noch nicht verstanden, welchen hohen gesamtgesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Wert eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung im ambulanten und stationären Bereich sowie Prävention und Rehabilitation einnehmen. Neben seinem Beitrag für die Gesellschaft, den Erhalt ihres Wohlstands und sozialen Zusammenhalts bietet das Gesundheitswesen die meisten Arbeitsplätze in Deutschland – noch dazu in hochqualifizierten Tätigkeitsbereichen. Die mediale und politische Daueraufmerksamkeit gehört dennoch anderen, meist renditeorientierten Branchen.

Die Politik manipuliert die Binnenwirtschaft, indem sie hochpreisige Produkte mit Kaufprämien versüßt und einen fairen Qualitätswettbewerb ausgehebelt. Mit ähnlicher Unbedarftheit und fehlendem Unrechtsbewusstsein greift Politik in das Gesundheitswesen ein, indem sie über Jahrzehnte EBM und GOÄ einfriert, kein angemessenes Preis-Leistungsverhältnis und somit weder Planbarkeit noch Vertrauen in die Rahmenbedingungen zulässt. Eine laienhafte und ignorante Bedarfsplanung gibt den Bürger\*innen vor, welche medizinischen Bedarfe sie sich gesundheitlich noch leisten können. Zur Belohnung winken Beitragsstabilität, versteckte Gegenfinanzierung durch Leistungsrationierung, Zuzahlungen, nachgeschobene Sozialabgaben für die private Altersvorsorge und fragwürdige Besteuerung von Renten.

Arbeitgeber in Deutschland erwarten zu Wochenbeginn eine vollständige Belegschaft, ungeachtet eventuell zwischenzeitlich eingetretener gesundheitlicher Beeinträchtigungen. Dass solche nicht in produktivitätsrelevantem Ausmaß auftreten, dafür sorgt eine regelmäßige haus- und fachärztliche Betreuung bzw. Behandlung. Ebenso eine flächendeckende und wohnortnahe notfallmedizinische und stationäre Versorgung. Allein die Vorhaltung solcher lebenswichtigen Strukturen sollte allerhöchste Priorität genießen, auch weil sie an oberster Stelle der bedarfsgerechten Daseinsfürsorge stehen und unserem demokratischen Sozialstaat erst ermöglichen, seine im Grundgesetz verankerten diesbezüglichen Pflichten einzuhalten. Leider wird diese nachvollziehbare Erkenntnis weiter einem um sich greifenden Bürokratismus und

seinen übersichtlichen Bürozeiten geopfert und gleichzeitig unisono der dringend notwendige Bürokratieabbau bei jeder sich bietenden medialen Gelegenheit heraufbeschworen. Dieses dissoziative Phänomen verdient die Aufnahme in das ICD 10-Verzeichnis.

### Ganzjähriges Berliner Schrottwichteln

Nur ein intaktes, effizientes und für Patient\*innen und Mitarbeitende menschenwürdiges Gesundheitswesen macht den Standort Deutschland erst attraktiv und lebenswert. Die Ampelkoalition sollte in diesem Sinne ihre ganzjährigen (gesundheits)politischen Schrottwichteln-Aktionen unverzüglich einstellen und sich und vor allem den Leistungs- und Kompetenzträger\*innen im Gesundheitswesen mit unausgegorenen Gesetzesvorlagen das Leben nicht weiter erschweren.

Wer stoppt Sabotageaktionen wie die digitale Zwangskonnectierung deutscher Arztpraxen, die dank Spahns und Lauterbachs letzten gemeinsamen Streich in ihren eigenfinanzierten und bereits weit fortgeschrittenen digitalen Praxisinnovationen um Jahre zurück katapultiert wurden? Wen verwundert es, wenn zunehmend Kolleg\*innen sich den Ausreiseantrag aus diesem pseudodigitalen Zwangskollektivsystem selbst ausstellen? Mitten in dieses gesundheitspolitische Chaos platzt die umstrittene Cannabis-Legalisierung, die niemanden zufriedenstellt und von keinerlei Präventionsmaßnahmen begleitet wird. Es ist unverantwortlich, ein solches Projekt in die beiden linken Hände eines bislang gescheiterten Krankenhausreformators zu legen.

Deutschlands Gesundheitssystem hat kein Erkenntnisproblem, trotzdem werden ihm Millionen entzogen für Studien über bereits Bekanntes, nur um die Umsetzung der Erkenntnisse weiter hinauszuzögern. IGES-Gutachten und ESV-Projekt sind aktuell die prominentesten Opfer der Ignoranz ihrer eigenen Auftraggeber. Andere Institute mögen zwar den Begriff ‚Qualität‘ im Namen tragen und dem Steuerzahler auf der Tasche liegen, lassen aber qualitativ verwertbare Ergebnisse vermissen. Wo bleiben die überfälligen Daten zur sektorenverbindenden Qualitätssicherung? Sogar die unpünktliche Deutsche Bahn kennt den Begriff Personalwechsel. Institutsneugründungen vergrößern nur das bisherige Datenschungelcamp und den im Verhältnis zum praktischen Patientennutzen reziproken Ressourcenverbrauch.

Passend zur Jahreszeit ist Garderobenwechsel in der Gesundheitspolitik angesagt. Der Wintermief im BMG muss raus, ein Berliner Frühling muss her, alte Zöpfe gehören in die Mottenkiste. Weniger den unsteten Karl Lauterbach müssen Ärzteschaft und Gesamtgesellschaft fürchten, sondern den von ihm befeuerten Begeisterungsschwund für Gesundheitsberufe. Deshalb nicht weiter BMG-Ermächtigungen blind Glauben schenken, ihre Inhalte nicht unreflektiert wiedergeben und nicht mit voreilem Gehorsam politischen Erwartungshaltungen genügen. Dafür bedarf es nämlich keines Studiums und noch weniger einer Facharztausbildung. Mehr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und in die Unabhängigkeit des Arztberufes sind angesagt. ◀

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

# Operateure und Anästhesisten im BAO

ambulant, interdisziplinär, freiberuflich

BAO BUNDESVERBAND AMBULANTES OPERIEREN E. V.

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



## Der BAO engagiert sich für die

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

## Der BAO bietet seinen Mitgliedern

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

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

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

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

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

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

## Bundeskongress Chirurgie 2024

# Politischer Nachmittag: Übergang vom Studium zum Arztberuf ist ein Kulturschock

Seit nunmehr 25 Jahren findet jedes Frühjahr in Nürnberg der Bundeskongress Chirurgie statt. Eine lange Tradition hat auch der Politische Nachmittag am ersten Kongresstag. Beim diesjährigen – mit über 1.000 Teilnehmenden sehr gut besuchten – Jubiläumskongress übten hochkarätige Gäste Kritik an der aktuellen Gesundheitspolitik.

Von Antje Thiel

„Vielen Politikern ist nicht klar, dass sichere Medizin ein sicheres Umfeld braucht. Das aber haben wir aktuell nicht.“ Mit diesen Worten eröffnete der stellvertretende BNC-Vorsitzende, Dr. Frank Sinning, den Politischen Nachmittag am 23. Februar 2024. Stattdessen hätten Arztpraxen mit den hohen Ansprüchen vieler Patientinnen und Patienten zu kämpfen, während die Honorare stagnieren, die Digitalisierung Ressourcen frisst statt einspart, Medizinische Fachangestellte berechnete Lohnforderungen stellen und der ärztliche Nachwuchs sich nur schwer für die Arbeit im niedergelassenen Sektor begeistern lässt.

„Unser Gesundheitssystem ist komplexer geworden. Der Nachwuchs, der unseren Job in Zukunft machen soll, muss an vielen Fronten Probleme lösen“, brachte Dr. Sinning es auf den Punkt. Einige dieser Probleme sprach auch der ehemalige bayerische Staatsminister für Gesundheit, Klaus Holetschek (CSU), an, der seine persönliche Teilnahme krankheitsbedingt absagen musste und per Videobotschaft zugeschaltet wurde. In seinen Augen hat Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach an etlichen Stellen den falschen Weg eingeschlagen. „Das Personal und die Menschen in Gesundheitswesen sind

wichtig“, betonte er. Um sie im System zu halten, bräuchte man u. a. steuerfreie Gehaltskomponenten, einen deutlichen Bürokratieabbau und einen Vertrauensvorschuss für diejenigen, die aktiv im Gesundheitswesen arbeiten und daher genau wissen, wovon sie sprechen.

## Brisante Mischung aus Wut und Resignation

Die anschließende Podiumsdiskussion wurde vom Chefredakteur des Ärztenachrichtendienstes (änd), Jan Scholz, moderiert. Mit der aktuellen Gesundheitspolitik zeigte sich keiner der Podiumsgäste zufrieden, wenngleich aus unterschiedlichen Gründen. So berichtete Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), er erlebe derzeit eine brisante Mischung aus Wut und Resignation, außerdem enormen Zuspruch zu den aktuellen Protesten: „Wir lieben unseren Beruf, würden unseren Kindern aber mittlerweile nicht mehr dazu raten, ihn ebenfalls zu ergreifen.“ Wenn junge Ärztinnen und Ärzte aus dem Studium in die Versorgung kommen, erlebten sie einen echten Kulturschock: „Da geht es nicht um Patienten, sondern um Belegungszahlen.“ Er betonte allerdings, man dürfe im Gesundheitswesen nicht alles schlecht reden, sondern müsse



Fotos: Thiel

Auf dem Podium beim traditionellen Politischen Nachmittag wurden von Ärztemangel über Digitalisierung, Bürokratieabbau, Weiterbildung und Ambulantisierung die großen gesundheitspolitischen Fragen dieser Tage diskutiert



Dr. Stephan Hofmeister (KBV), Robert Schneider (SpiFa), Dr. Susanne Johna (BÄK), Dr. Tobias Hermann (AOK), Jan Henniger (BNC), Jan Scholz (änd) und Dr. Frank Sinning (BNC) nach der Podiumsdiskussion

vielmehr punktuell klare Verbesserungsvorschläge unterbreiten. Dem entgegenete Robert Schneider, noch amtierender Hauptgeschäftsführer des Spitzenverbands Fachärzte (SpiFa): „Ich fange keine Diskussion über eine Umgestaltung an, solange nicht alle ärztlichen Leistungen bezahlt und entbudgetiert werden.“ Neben den hausärztlichen Praxen, die nun auf eine Entbudgetierung hoffen dürfen, gebe es auch viele primär versorgende fachärztliche Praxen, die täglich viele Patientinnen und Patienten versorgen: „Es ist nicht vermittelbar, dass nur 80 % ihrer Leistungen bezahlt werden.“

### Budgetierung ungeeignet in Zeiten von Mangel

Dieser Forderung stimmte auch Dr. Hofmeister zu: „Budgetierung ist ein dauerhafter Rabatt, das muss man einmal klar festhalten.“ Budgetierung sei allenfalls sinnvoll in Zeiten von Überfluss, wenn es zu viele Leistungserbringer gebe, „nicht in Zeiten von Mangel“. Anstatt die ambulanten Leistungserbringer auszubremsen, sollte man vielmehr das große Potenzial des ambulanten Systems nutzen: „Das hat man während der Pandemie gesehen, da wurde das meiste geleistet.“ Allerdings seien die Praxen als dezentrale Strukturen nur schwer kontrollierbar, „das gefällt der Politik halt nicht“.

Als weiteres Ärgernis identifizierten die Podiumsgäste die allgegenwärtige Bürokratie. So erklärte Dr. Susanne Johna, Vorsitzende

### 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

des Marburger Bundes und Vizepräsidentin der Bundesärztekammer: „Wenn es um Dokumentation geht, sollte man sich immer fragen, ob die Daten tatsächlich gebraucht werden oder nicht längst an anderer Stelle vorliegen. Dann erst können wir über Digitalisierung reden.“ In den einschlägigen Gremien bekomme sie oft zu hören, dass es auf ein paar Kreuzchen mehr oder weniger doch nicht ankomme. „Mag sein, aber es summiert sich!“, sagte Dr. Johna, „würde man die Bürokratielast halbieren, entspräche das einem Äquivalent von 35.000 Vollzeitstellen.“

Dem stimmte auch Dr. Tobias Hermann, Geschäftsbereichsleiter Stationäre Versorgung der AOK Bayern, zu: „Wir brauchen die Digitalisierung – aber nicht als Instrument, um immer mehr Daten zu erheben, das beschäftigt uns nur und nutzt den Patienten nicht.“ Viele Kliniken ▶

## Berufshaftpflichtversicherung

### Besondere Branchenlösungen für die Chirurgie – marktführend in Preis und Leistung

Legen Sie Ihren Haftpflichtversicherungsschutz in die Hände von Expertinnen und Experten mit umfassendem Branchen-know-how. Wir beraten Sie zu bestehenden Risiken, entwickeln optimale Absicherungskonzepte, übernehmen den Einkauf des Versicherungsschutzes zu bestmöglichen Bedingungen und Preisen und die laufende Betreuung der Versicherungsverträge. Dabei setzen wir uns insbesondere dafür ein, dass die Versicherer ihren Pflichten stets vertragsgerecht, zügig und in Ihrem Sinne nachkommen. Selbstverständlich agieren unsere Mitarbeitenden dabei stets transparent.

### Kundennutzen steht für uns an erster Stelle

Als Kooperationspartner von fachärztlichen Berufsverbänden und akademischen Fachgesellschaften gestalten wir nachhaltige Branchenlösungen für die Chirurgie mit ganz besonderen Schwerpunkten. In Zeiten steigender Preise sorgen wir mit exklusiven Angeboten für stabile Versicherungsbeiträge und Planungssicherheit.

Brauchen Sie eine Beratung oder erhöht Ihr Versicherer den Preis? Nehmen Sie Kontakt zu uns auf, wir beraten Sie gern!



**Ecclesia med GmbH**  
Ecclesiastraße 1 – 4 • 32758 Detmold  
Telefon +49 5231 603-0  
info@ecclesiaMED.de  
www.ecclesiaMED.de

ECCLESIA  
MED

LEBEN  
RETTEN.  
WERTE  
SCHÜTZEN.

müssten für die Digitalisierung erst ertüchtigt werden: „Bei Gebäuden aus den 1970ern kollidiert der Wunsch nach WLAN gelegentlich mit den Auflagen zum Brandschutz.“ An dieser Stelle betonte Dr. Hofmeister, dass Ärztinnen und Ärzte sich der Digitalisierung nicht grundsätzlich verweigern: „Wir waren einer der ersten Berufe, die überhaupt Computer genutzt haben, noch lange vor den Architekten oder Juristen. Aber wir stehen auch nicht nachts vor den Gematik-Stores Schlange, wenn ein neuer Konnektor rauskommt.“ Bislang seien die digitalen Prozesse nicht überzeugend: „Wir haben ein schlecht gemachtes E-Rezept, bei dem man für's Ausstellen 15 statt zuvor fünf Sekunden braucht.“

### Keine Zwangsmaßnahmen für den ärztlichen Nachwuchs

Schlanke und funktionierende Prozesse sind insbesondere angesichts des unbestrittenen Ärztemangels wichtig. Dieser hat seinen Ursprung bekanntlich nicht allein darin, dass Deutschland in den vergangenen Jahren zu wenig Medizinstudienplätze vorgehalten hat. Auch der Wunsch, im Angestelltenverhältnis und mit reduzierter Stundenzahl zu arbeiten, trägt dazu bei. Von der Idee, angesichts der hohen Ausbildungskosten die Vergabe eines Medizinstudienplatzes mit der Verpflichtung zu verknüpfen, im Anschluss mindestens auf einer 75 % Stelle zu arbeiten, hielten die Podiumsgäste allerdings nichts. Der Wunsch nach ausgeglichener Work-Life-Balance sei ein gesamtgesellschaftliches Phänomen, meinte Dr. Hermann: „Zwang bringt nichts. Sonst gehen die Leute ins Ausland, wo auch Ärzte gebraucht werden.“

Dr. Hofmeister wurde noch deutlicher: „Staatlichen Zwang zur Berufsausübung hatten wir in einem Teil Deutschlands schon einmal, das ist ein ganz abschüssiges Feld. Ich möchte nicht von einem Arzt behandelt werden, der unter Zwang arbeitet. Es ist unsäglich, dass diese Diskussion immer wieder angestoßen wird!“ Und auch Dr. Johna reagierte spitz: „Wir müssen schauen, warum so viele Ärztinnen und Ärzte in Teilzeit arbeiten wollen! Viele haben schon in der Weiterbildungszeit Kinder, es gibt aber keine Kinderbetreuung, die mit dem Arztberuf vereinbar ist.“

Aber nicht nur aus diesem Grund müsse die ärztliche Weiterbildung von Grund auf neu strukturiert werden. So erinnerte Dr. Hofmeister daran, dass viele klinische Entitäten nur noch ambulant vorkommen: „Man muss während der Weiterbildung auch in ambulanten Strukturen arbeiten, um sie kennen zu lernen.“ Allerdings sei die Finanzierung der ambulanten Weiterbildung nicht zufriedenstellend geklärt: „Aktuell bezahlen wir die Ausbildung unseres Nachwuchses selbst, das ist nicht in Ordnung“, kritisierte der KBV-Vize.

### Ambulantisierung: Ehrlichkeit statt ungedeckter Schecks

Wie also geht es weiter mit der Ambulantisierung des Gesundheitswesens? Die Podiumsgäste waren sich einig, dass es unerheblich ist, ob eine Operation im Krankenhaus, in einer Praxisklinik oder einer ambulanten Praxis durchgeführt wird – Hauptsache, es herrschen überall die gleichen Bedingungen. Und genau daran hapert es weiterhin, wie Dr. Hofmeister schilderte: „Wir brauchen Kalkulationssiderheit. Ich finde die Diskussion über ärztliche Honorare ermüdend. Niemand behauptet, dass wir am Hungertuch nagen – aber wir führen Betriebe, die nach marktwirtschaftlichen Regeln geführt werden müssen.“ Der Sicherstellungsvertrag sehe vor, dass Ärztinnen und Ärzte nicht streiken dürfen und die Versorgung aufrechterhalten müssen. „Doch diesen Vertrag hat die Politik gebrochen“, mahnte er unter dem Applaus des Publikums.

Auch für Dr. Johna war klar, dass es eine Gegenfinanzierung geben muss, wenn Praxen einen Versorgungsauftrag übernehmen: „Sonst lastet die demografische Entwicklung allein auf den Schultern derer, die die Versorgung aufrechterhalten.“ Als Krankenkassenvertreter warf Dr. Hermann ein, dass es natürlich keine unbegrenzte Vergütung geben könne: „Aber klar ist auch, dass nicht alles für alle immer zur Verfügung steht – das muss die Politik der Bevölkerung vermitteln.“ Woraufhin Dr. Hofmeister ergänzte: „Man muss manchen Menschen auch einmal den Unterschied zwischen Bedarf und Bedürfnis erklären.“

Und das Fazit des Moderators Scholz: „Wir brauchen mehr Ehrlichkeit statt ungedeckter Schecks.“

## Hybrid-DRG: Praktische Tipps für Abrechnung und Materialbeschaffung bei Leistungen nach § 115f SGB V

Anfang März haben sich Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband auf eine Abrechnungsvereinbarung für die Hybrid-DRG nach § 115f SGB V geeinigt (siehe Kurzlink [tinyurl.com/hybridrdg](https://tinyurl.com/hybridrdg)). Demnach gibt es weder einen Zwang, diese Abrechnungsvariante zu verwenden, noch einen Ausschluss der Abrechnung nach § 115b SGB V oder Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM). Ende März einigten sich KBV, GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft außerdem auf eine Erweiterung des Leistungskatalogs nach § 115f SGB V (siehe Kurzlink [tinyurl.com/leistungskatalog115f](https://tinyurl.com/leistungskatalog115f)). Damit kommen nun insgesamt 94 zusätzliche operative Prozeduren dazu.

Zum Zeitpunkt des Bundeskongresses allerdings tappten auch Insider noch weitgehend im Dunkeln, entsprechend spekulativ ging es in weiten Teilen einer entsprechenden Sitzung zu. Dabei war das Interesse am Thema so groß, dass längst nicht alle Teilnehmenden einen Sitzplatz fanden. Während viele Interessierte auf dem Boden hockten oder am Rand des Saales standen, wurde ihnen aber immerhin eines klar: Für Nutzung der Hybrid-DRG braucht es neue Abrechnungstools. Während es für einen einzelnen Berufsverband zu aufwändig wäre, eigene Grupper zu entwickeln, steht der Spitzenverband Fachärzte (SpiFa) als

fachübergreifender Verband, der mit Sanakey über eine eigene Managementgesellschaft verfügt, in diesem Punkt bereits in den Startlöchern, wie Sebastian Jonas-Dieke als Geschäftsführer der Sanakey Contract GmbH erläuterte.

Und auch für das heikle Thema des Sprechstundenbedarfs (SSB) im Zusammenhang mit der Abrechnung nach § 115f SGB V sind bereits Lösungen in Sicht, wie der Vorsitzende der ANC Nordrhein, Dr. Manfred Weisweiler, berichtete: „Die Materialbeschaffung beim § 115f erscheint mir problematisch. Denn wir haben es in unseren Praxen mit SSB, Praxisbedarf und Sachkosten zu tun. Wenn wir den SSB von den Krankenkassen erstattet bekommen, die Krankenhäuser aber nicht, dann geht das nicht lange gut.“ Er riet seinen Kolleginnen und Kollegen zu Lieferanten, die im Zweifelsfall ex post genau aufschlüsseln können, was an SSB an welchem Patienten verwendet wurde. Eine Möglichkeit seien OP-Sets wie die der Genossenschaft Niedergelassener Chirurgen (GNC) Nordrhein, der man neuerdings auch ohne Beitritt zur ANC Nordrhein beitreten könne. Dies mache den Bezug zumindest in Nordrhein möglich. Die GNC-Einkaufsgemeinschaft organisiere die OP-Sets mit SSB und Praxisbedarf seit vielen Jahren im Konsens mit Selbstverwaltung und Kassen. In anderen KV-Bereichen müsse hier aber ggf. nachverhandelt werden.

Bitte einsenden an den

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

per Mail an [info@bncev.de](mailto:info@bncev.de)

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



oder indem Sie diesen QR-Code scannen.

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

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

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

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

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

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

## Bundeskongress Chirurgie 2024

# Gute Zukunftsaussichten für Chirurginnen und Chirurgen in Klinik und Niederlassung

Das Junge Forum ist seit Jahren fester Bestandteil des Bundeskongresses und richtet sich an Studierende sowie junge Ärztinnen und Ärzte, die noch überlegen, in welchem Fachgebiet sie ihre Weiterbildung absolvieren wollen. Für die Chirurgie ist vor allem die sektorenverbindende Weiterbildung von besonderem Interesse.

Von Dr. Heinz Rödl



Foto: Rödl

Prof. Michael Kranzfelder von der Nürnberger Diakoneo Klinik Hallerwiese bei der Präsentation seines modernen Konzepts für die Umsetzung der Weiterbildungsrichtlinie

Am ersten Kongresstag, Freitagnachmittag im Sitzungssaal Riga, fand unter dem Motto ‚Von Assistenten für Assistenten‘ eine Sitzung zur sektorenverbindenden Weiterbildung im stationären wie im ambulanten Sektor statt. Geladen hatte der BNC unter Beteiligung der Koordinationsstelle Fachärztliche Weiterbildung (KoStF) sowie Vertretern aus Klinik und Niederlassung. Das rege Interesse von zirka 30 Studentinnen und Studenten, Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung bzw. aus dem Krankenhaus und in der Niederlassung sowie Vertretern der Pharmaindustrie verdeutlichte die Aktualität des Themas.

Im ersten Teil präsentierte Dr. Dagmar Schneider die KoStF und auch ihr allgemeinmedizinisches Pendant, die Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin (KoStA) aufgebaut und bis März 2024 geleitet hat, das Konzept. Gemeinsam von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und der Bayerischen Landesärztekammer wurden 2020 auch für die fachärztliche Weiterbildung eine Verbundweiterbildungsmöglichkeit geschaffen (siehe auch CMBD 1.2024). Hierbei stellte Dr. Schneider die Rahmenbedingungen dar und konnte bereits auf große Erfolge im Bereich der Allgemeinmedizin verweisen.

Die hervorragende Finanzierung in Höhe von etwa 5.400 Euro monatlich für die Anstellung von Ärztinnen und Ärzten in Weiter-

bildung verdeutlicht, dass das Konzept auch für den fachärztlichen Bereich von großem Interesse ist. Eine Antragstellung kann zweimal im Jahr erfolgen, die möglichen Genehmigungen wurden bislang nicht ausgeschöpft. Hier bestehen noch genug Möglichkeiten für interessierte Weiterbildungsverbände, ebenfalls in die sektorenverbindende Weiterbildung einzusteigen.

## Weiterbildung zukunftsfähig gestalten

Im zweiten Teil präsentierte Prof. Dr. Michael Kranzfelder als Vertreter der Kliniken ein außerordentlich modernes Konzept für die Umsetzung der Weiterbildungsrichtlinie im Krankenhaus. Er betonte hierbei auch die Möglichkeit der Klinik, gemeinsam mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten im Verbund zu agieren. Die Verbundweiterbildung sei eine Chance, Weiterbildung unter den schwierigen politischen und betriebswirtschaftlichen Bedingungen zukunftsfähig zu gestalten.

Im dritten Teil berichtete der niedergelassene Kollege Dr. Heinz Rödl aus dem Praxisalltag und den sich daraus ergebenden Möglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte, bereits in ihrer chirurgischen Weiterbildung den Tätigkeitsbereich der Chirurgie im ambulanten Setting zu erlernen. Die Einbindung als junge Chirurgin bzw. junger Chirurg in

**Dr. Heinz Rödl**

Vorsitzender der ANC Oberpfalz  
 Facharzt für Allgemeinchirurgie, Spezielle  
 Unfallchirurgie, D-Arzt  
 Krankenhausstr. 12, 93149 Nittenau  
 Tel.: 09436-90 22 94, Fax: 09436-90 20 94  
 info@chirurgie-roedl.de  
 www.chirurgie-roedl.de



Foto: Rödl

die niedergelassene Tätigkeit ermöglicht es, die verschiedenen Fachausrichtungen – wie zum Beispiel Hernienchirurgie, Venenchirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie – in der Praxis kennen zu lernen. Insbesondere aber auch das berufsgenossenschaftliche Verletztenverfahren wird hier von der Pike auf gelernt. Dies gilt auch für eine Vielzahl kleiner und mittlerer Eingriffe des Routinealltags, von der Wundversorgung bis zur Finger- und Fußchirurgie. Mittlere Eingriffe können unter direkter Anleitung im persönlichen Kontakt mit dem Ausbilder gut erlernt werden. Dabei wird natürlich das gesamte Bild vom Erstkontakt, der Anamnese, Diagnostik und Diagnose bis hin zur chirurgischen Therapie und hoffentlich zur Ausheilung betreut und damit aber auch die gesamte Verantwortlichkeit gesehen. In diesem Gesamtblick erhält die Chirurgie ihre auch innerhalb der Gesellschaft exponierte Besonderheit. Die niedergelassenen Chirurgeninnen und Chirurgen freuen sich auf die jungen Ärztinnen und Ärzte und erwarten sie in den etwa 3.500 deutschen Praxen zur Ausbildung.

In der anschließenden regen Diskussion konnten den jungen Kolleginnen und Kollegen die hervorragenden Zukunftsaussichten für angehende Chirurgeninnen und Chirurgen im Krankenhaus und im niedergelassenen Bereich aufgezeigt werden. Diese Überzeugungsarbeit ist umso wichtiger, als dass in den kommenden zehn Jahren etwa 50 Prozent der aktuell praktizierenden Chirurgeninnen und Chirurgen ihre Tätigkeit aufgeben und in den Ruhestand wechseln werden.

Daraus ergibt sich ein hoher Bedarf der Gesellschaft für diesen eminent wichtigen medizinischen Bereich. Hier kann die Zukunft nur für das Berufsbild der Chirurgie sprechen. Moderne Ausbildungskonzepte sollten den Bedürfnissen der jungen Kolleginnen und Kollegen angepasst sein. Hier versprechen die Bayerische Landesärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung, die gesetzlichen Krankenversicherungen, die Krankenhäuser und auch die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, ihre Hausaufgaben zu machen.

**Großer Informationsbedarf zum niedergelassenen Bereich**

Das Junge Forum präsentiert sich modern und informativ und hat einen festen Platz im Rahmen des Bundeskongresses gefunden. Der Informationsbedarf der jungen Kolleginnen und Kollegen ist auch für den niedergelassenen Bereich vorhanden. Die Beteiligten aus Institutionen, Krankenhaus und der niedergelassenen Ärzteschaft kommen dem gerne und intensiv nach und freuen sich schon darauf, sich auch im nächsten Jahr hier präsentieren zu können. ◀

**Zukunftsforum Studierende: Welche Perspektiven bietet die Chirurgie in Krankenhaus und Niederlassung?**

Foto: Rödl

Dr. Frank Sinning, Dr. Anke Mittelstädt und Jan Henniger warben um Interesse an der chirurgischen Weiterbildung

Auch am zweiten Kongresstag gab es eine eigene Sitzung für den ärztlichen Nachwuchs, die sich dieses Mal explizit an Studierende richtete und deren Interesse am Fachgebiet Chirurgie wecken sollte. Etwa 20 junge Frauen und Männer saßen im Publikum, um von den beiden niedergelassenen Chirurgen Jan Henniger aus Frankfurt und Dr. Frank Sinning aus Nürnberg (erster und zweiter Vorsitzender des BNC) sowie der Klinikärztin Dr. Anke Mittelstädt aus Erlangen etwas über die Zukunftsaussichten in der Chirurgie zu erfahren. Es war eine Werbeveranstaltung in eigener Sache, denn schließlich entscheiden sich aktuell viel zu wenige Nachwuchsärztinnen und -ärzte für eine Karriere in der schneidenden Zunft.

„Das Bild von uns Chirurgen in der Öffentlichkeit hat etwas Heroisches, aber auch Anstrengendes und Blutiges“, sagte Henniger. Was das Fachgebiet beim Nachwuchs unattraktiv mache, seien in erster Linie harte Dienstpläne, in denen auf Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung keine Rücksicht genommen werde. „Doch die Haltung der Weiterbilder ändert sich zurzeit, da wächst auch eine neue Generation nach.“ Dr. Mittelstädt meinte dazu: „Dieser Wandel muss stattfinden, denn ein Großteil der Medizinstudierenden ist weiblich.“ Für sie war bei der Wahl ihres Fachgebiets die innere Stimme entscheidend: „Wenn man sich im OP wohlfühlt, sollte man das durchziehen. Bei mir war es Liebe auf den ersten Blick.“ Und Dr. Sinning ergänzte: „Wenn man in der Weiterbildung eine gute Basis schafft und Sicherheit gewinnt, dann hat man wunderbare Entwicklungsmöglichkeiten, dann ist es einfach nur schön.“ Die drei Vortragenden waren sich einig, dass die Zukunft der chirurgischen Weiterbildung dabei in Weiterbildungsverbänden liegt. „Die Chirurgie verändert sich durch die Ambulantisierung stark, vieles kann man in Krankenhaus gar nicht mehr lernen. Aber auch eingewachsene Zehennägel müssen versorgt werden. Das zu versorgen ist, lernt man in ambulanten chirurgischen Praxen – und es ist sehr befriedigend, wenn Patienten nach so einem Eingriff glücklich und schmerzfrei sind“, berichtete Henniger. Doch ambulante Chirurgie geht über das Spektrum kleiner Eingriffe weit hinaus, wie Dr. Sinning betonte: „Wir können ambulant eigentlich alles operieren, so lange das Setting stimmt.“

Henniger riet den Medizinstudierenden im Saal: „Denken Sie rechtzeitig darüber nach, in den ambulanten Bereich zu wechseln, bevor Sie der Klinikalltag ausbrennt. Sie werden in Niederlassung auf Leute treffen, die in ihrem Spezialgebiet vieles besser können als ihre Kollegen in den Kliniken. Der Job in der Niederlassung lässt sich auch gut mit dem Familienleben vereinbaren.“ Das selbstbestimmte Arbeiten ist auch für Dr. Sinning ein entscheidender Vorzug: So sei es auch im Alter möglich, schrittweise die Arbeitszeit zu reduzieren und sich auf ausgewählte Operationen zu konzentrieren. Die Werbeaussagen verhallen nicht ungehört: Auf die Frage, wer nun eine Weiterbildung in der Chirurgie anstrebe, hoben tatsächlich einige der Studierenden ihre Hände.

**Bericht:** Antje Thiel

## SpiFa-Fachärztetag 2024

# „Es fehlt nicht an Konzepten, sondern am Willen zum Konsens!“

Dass Bundesgesundheitsminister Lauterbach der Ärzteschaft dankte und vollmundig neue Gesetze zum Wohl aller Beteiligten ankündigte, konnte die Podiumsgäste nicht so recht überzeugen. Denn sie wären gern früher in die Entwicklung von Konzepten zur überfälligen Transformation des Gesundheitswesens einbezogen worden.

Von Antje Thiel

Es waren klare Forderungen, mit denen der Vorsitzende des Spitzenverbands Facharzt (SpiFa), Dr. Dirk Heinrich, den diesjährigen Fachärztetag am 14. März 2024 in Berlin eröffnete: „Wir können uns weitere scheinbar Reformen nicht leisten.“ Die geplante Krankenhausreform müsse einhergehen mit einer zügigen Reform des Notfalldienstes und klaren Regeln für Ambulantisierung und neue Strukturen des hybriden Arbeitens zwischen Kliniken und Praxen.

Vor allem aber müsse es für Ärztinnen und Ärzte attraktiv sein, weiterhin im Gesundheitswesen zu arbeiten: „Wir arbeiten gern und wollen es auch gern länger tun – doch wenn man jeden Tag einen neuen Knüppel zwischen die Beine geworfen bekommt, hat man irgendwann keine Lust mehr“, mahnte Dr. Heinrich. Die persistierende Ungerechtigkeit in Form der Budgetierung vertragsärztlicher Leistung etwa müsse „ersetzt werden durch eine kluge und durchdachte Patientensteuerung“. Ärztinnen und Ärzte wollten sich „konzentrieren auf Patienten, die unsere Hilfe wirklich benötigen – und weg von der Behandlung bloßer Befindlichkeitsstörungen. Auch gegen Terminschwänzer müssen wir strenger vorgehen“, meinte er.

## Zu wenig Kostenbewusstsein und Eigenverantwortung

Mit seinen Forderungen nach funktionierender Patientensteuerung war der SpiFa-Vorsitzende nicht allein. So führte Karin Maag, unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), in ihrem Impulsvortrag aus: „Das Rundum-Sorglos-Paket ist nicht zu halten. Es gibt zu wenig Kostenbewusstsein und Eigenverantwortung bei den Versicherten.“ Die Budgetierung ärztlicher Leistungen sei „sicher aus der Zeit gefallen und schreckt junge Ärzte ab, ins System zu kommen. Aber die Entbudgetierung erfordert eine bessere Patientensteuerung, sonst entstehen Fehlanreize und Leistungsausweitung.“

In der anschließenden Podiumsdiskussion gab der Vorstandsvorsitzende des BKK-Dachverbands, Franz Knieps, zu bedenken, dass es im internationalen Vergleich in Deutschland nicht unbedingt zu wenig ärztliches Personal und Pflegekräfte gebe: „Doch wir haben die Prozesse von Ambulanz bis Universitätsmedizin nicht aufeinander abgestimmt.

Die Patienten irren durch das System, das bindet zu viele personelle Ressourcen.“ In der gesetzlichen Krankenversicherung gebe es auch kein unbegrenztes Leistungsversprechen, „aber die Rechtsprechung hat Dinge, die man auch zurückhaltender auslegen könnte, immer sehr weit interpretiert.“

Für den HNO-Arzt Dr. Dirk Heinrich hingegen ist das ‚unbegrenzte Leistungsversprechen‘ sehr wohl real, denn die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen werde allein davon bestimmt, was Patientinnen und Patienten selbst als Krankheit definieren. Folge sei, dass die Praxen überschwemmt werden von Menschen mit Bagatellerkrankungen und bloßen Befindlichkeitsstörungen: „Da müssen wir ansetzen, das bindet enorme Kapazitäten in den Praxen.“ Eine Eigenbeteiligung der Versicherten wäre in seinen Augen ein Instrument, um auch bei ihnen das Bewusstsein für die WANZ-Kriterien – nach SGB V müssen GKV-Leistungen wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig sein – zu fördern. „Denn WANZ gilt auch für Patienten!“, betonte er.

An die Zeit, als Versicherte via Praxisgebühr eine Eigenbeteiligung entrichten mussten, erinnert er sich dennoch nur ungerne. „Die Praxisgebühr hat nicht funktioniert, weil die Praxen nur das Inkassobüro für die Kassen waren. Wir mussten das Geld 1:1 weiterreichen.“ Stattdessen sollte das Geld da bleiben, wo auch die Arbeit erbracht wird. In sozialen Brennpunkten wie dem Hamburger Stadtteil, in dem Dr. Dirk Heinrich praktiziert, waren seinerzeit ohnehin fast alle Versicherten von der Praxisgebühr befreit – bei ihnen konnte sie also keine Steuerungswirkung entfalten. „Aber deswegen funktioniert bei uns der Gesundheitskiosk so gut, weil er auf Bildung setzt“, erklärte er, „die Menschen wissen zu wenig, wir brauchen mehr Gesundheitsbildung.“

## Zweifel an Gesundheitserziehung als ärztlicher Aufgabe

Dr. Annette Rommel, Vorstandsvorsitzende der KV Thüringen, hingegen würde gern die hausärztlichen Praxen als erste Anlaufstellen stärken: Finde die Erstkonsultation dort statt, gelinge auch die Überleitung in die geeignete Versorgungsebene. Skeptisch äußerte sich die Allgemeinmedizinerin aber in Sachen Präventionsmedizin und Gesundheitsbildung: „Eine gute Lebensweise muss zunächst woanders ▶

## Cybersicherheit

# Cyberdeckung ohne Risikofragen? Das geht! Nutzen Sie die Chance als Verbandsmitglied

Von Silke Helmsauer

Die Lage in Bezug auf Cybersicherheit in Deutschland bleibt besorgniserregend, wie aus dem Bericht des Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) für das Jahr 2023 hervorgeht. Demnach waren 66% aller Spam-Mails tatsächliche Cyberangriffe. Im Schnitt wurden jeden Tag rund eine Viertelmillion neue Schadprogramm-Varianten gefunden. Und das Bedrohungsniveau bleibt unverändert hoch.

Dabei nutzen Cyberkriminelle zunehmend Künstliche Intelligenz (KI), um zielgerichtete und überzeugende Phishing-E-Mails zu erstellen, die den Schreibstil bestimmter Personen imitieren und somit schwerer von legitimer Kommunikation zu unterscheiden sind. Daneben sind technische Schwachstellen – Softwarefehler, Konstruktionsmängel, veraltete oder unzureichend umgesetzte Sicherheitsmaßnahmen, schwache Verschlüsselung und fehlendes Sicherheitsbewusstsein – oft die Eintrittspforte für Cyberangriffe. Cyberangriffe lassen sich nie vollständig ausschließen, doch eine proaktive Sicherheitsstrategie kann das Risiko deutlich reduzieren. Für die Untersuchung des Sicherheitsniveaus und die Risikobewertung durch Versicherungsunternehmen ist ein regelmäßiger Security-Check enorm hilfreich. Als optionaler Zusatzbaustein in Ihrem Cyberversicherungskonzept gibt er Auskunft über Nutzerkonten-Sicherheit, Schutz gegen Schadsoftware, Netzwerk-Sicherheit, Patch-Management und Datensicherungskonzept.

### So geht's: Security-Check in nur wenigen Schritten

Auftakt unseres Security-Checks ist ein **Fragebogen**, in dem Praxisinhaber mithilfe eines vorgegebenen Leitfadens ihre Einschätzungen zunächst selbst abgeben. Es folgt ein **Risikodialog**, in dem diese Angaben telefonisch noch einmal persönlich besprochen werden. Für die **Analyse und Dokumentation** prüft und dokumentiert ein Analyst die technische Umsetzung von Sicherheitsaspekten per Fernverbindung. Im Rahmen **technischer Checks** werden User-Management, Anti-Virus-Software, Firewall und Patch-Management kontrolliert. Mithilfe **organisatorischer Checks** wird das Backup-Konzept der Praxis überprüft.

Sollte es trotz aller Vorsicht und Schutzmaßnahmen dennoch zu einem Cyberangriff kommen, ist die Absicherung der Praxis über eine leistungsstarke Cyberversicherung hilfreich. Unser Konzept für Verbandsmitglieder ist auf die Bedürfnisse von Arztpraxen ausgelegt und umfasst neben dem Versicherungsschutz auch bereits einige der genannten Service-Leistungen und Schulungsprogramme kostenfrei.

### Ihre Lösung: ALL-IN-ONE für Verbandsmitglieder

- ✓ Analyse der vorhandenen Schwachstellen
- ✓ Entwicklung einer klaren Sicherheitsstrategie
- ✓ Notfallpläne für den Ernstfall
- ✓ Sensibilisierung der Mitarbeitenden
- ✓ Cyberversicherung als Existenzschutz



#### HIGHLIGHT!!

### WEGFALL DER RISIKOFRAGEN

Ihr schneller Weg zur leistungsstarken Cyberdeckung

> EINFACH. SCHNELL. SICHER

Grafik: Helmsauer

Durch Gründung unserer Assekuradeur GmbH konnten wir die Inhalte des Rahmenkonzepts nochmals verbessern:

- ▶ Kostenfreies Cyber-Security-Training für Ihr Personal,
- ▶ Zweifache Maximierung der Versicherungssumme,
- ▶ Garantierte Hilfestellung im Schadenfall rund um die Uhr,
- ▶ Mitversicherung von Eigenschäden, Vermögensschäden, Wiederherstellungskosten und Drittschäden,
- ▶ Soweit gesetzlich zulässig: Übernahme von Bußgeldern,
- ▶ Deckung z. B. für die berufliche Nutzung privater Smartphones,
- ▶ Betriebsunterbrechungs-Leistung gilt auch bei technischen Störungen und wird um Mehrkosten erweitert,
- ▶ Internet-Diebstahl, Cyber-Spionage, Cyber-Erpressung,
- ▶ Sicherheitsanalyse: Cyber-Security-Check.

#### Informationen und persönliche Beratung:

Helmsauer Gruppe, Dürrenhofstraße 4, 90402 Nürnberg  
Cyber-Hotline 0911-9292 18, [service@helmsauer-gruppe.de](mailto:service@helmsauer-gruppe.de)  
[www.helmsauer-gruppe.de](http://www.helmsauer-gruppe.de)

gefördert werden. Es kann nicht Ärzten auferlegt werden, Gesundheits-erziehung zu betreiben, dafür reicht die Zeit nicht. Das ist Aufgabe von Elternhäusern und Schulen.“

Einig waren sich die Expertinnen und Experten auf dem Podium darin, dass es beim Zugang zur Notfallversorgung einer strikten Patienten-steuerung bedarf. So erklärte Dr. Dirk Spelmeyer, Vorstandsvorsitzender der KV Westfalen-Lippe, die Praxisgebühr sei damals zwar zurecht abge-schafft worden. Doch bei einer unnötigen Inanspruchnahme der Not-fallversorgung, wenn eigentlich nur eine Befindlichkeitsstörung vorliegt,

#### Keynote von Prof. Karl Lauterbach: **Einladung zu Austausch und Diskussion im ‚Change Hub‘ des BMG**



Foto: SpiFa

In diesem Jahr war der Bundesgesundheitsminister der Einladung zum SpiFa-Fachärztetag persönlich gefolgt und sprach nach der Eröffnung durch Dr. Dirk Heinrich die Keynote. Mit Blick auf die vielen angekündigten Gesetze aus seinem Haus gab er zu: „Ich fühle mich in diesen Tagen oft wie in einem Change Hub, weil an so vielen Reformen parallel gearbeitet wird.“ Angesichts der aktuellen Probleme appellierte er an die Bereitschaft aller Beteiligten, sich „ein Stück weit zu einigen“.

So sei davon auszugehen, dass bis 2040 vermutlich 50.000 Ärztinnen und Ärzte fehlen. „Als wir vor zehn Jahren erstmals angesichts des drohenden Ärztemangels mehr Medizinstudienplätze gefordert haben, ist nichts passiert. Daher müssen wir nun überbrücken.“ Ebenso wenig sei es bislang gelungen, ein funktionierendes Vorbeugesystem zu installieren. Doch damit nicht genug: „Wir haben immer noch dieselbe Sektorengrenze wie vor 20 Jahren. Auch die Digitalisierung wird seit 20 Jahren aufgeregt diskutiert und kommt nicht voran.“ Prof. Lauterbach betonte, er wünsche sich funktionierende Systeme: „Ich bin nicht so weit von der Praxis entfernt wie oft behauptet wird. Ich habe Studienfreunde, die in der Niederlassung praktizieren und weiß daher, wie es aussieht, wenn der Facharzt auf den Knien vor dem Konnektor liegt und den Minister verflucht.“

Es folgte ein Überblick über die geplanten Reformvorhaben im Krankenhaus wie im ambulanten Sektor, in dem der Minister sich in rasantem Tempo an den einschlägigen Buzzwords wie Vorhaltefinanzierung, Spezialisierung, Entbürokratisierung, MDK-Kontrollen, Fehlbelegungsabgaben, Facharztstandard und Entbudgetierung entlanghangelte. „Ich mache die Reformen, die notwendig sind“, zeigte er sich überzeugt.

Mit Blick auf das Versorgungsstärkungsgesetz – für das mittlerweile ein heiß diskutierter Referentenentwurf vorliegt – versprach Prof. Lauterbach neben der angekündigten Entbudgetierung von Kinder- und Jugendärzten auch eine Honorarreform und den weitestgehenden Verzicht auf Arzneimittelregresse: „Das ist aus der Zeit gefallen. Eine solche Kultur des Misstrauens möchte ich persönlich mit Ihnen nicht pflegen.“ Das Gesetz sei fertig und in der Endabstimmung mit der Regierung, auch die Notfallreform sei „weitestgehend fertig“. Weiterhin sei ein Gesetz zur Bürokratieentlastung im Gesundheitswesen geplant. Hierfür habe man schon Ideen gesammelt, „Sie werden aber Gelegenheit haben, weitere Vorschläge einzubringen.“, versprach der Minister und beendete seine Keynote mit der Ankündigung: „Wir werden uns im Change Hub des BMG treffen und diskutieren!“

sollte es eine Gebühr geben: „Wir müssen verhindern, dass die Massen an Patienten nicht mehr gehandelt werden können. Und das geht nur durch Disziplinierung und Veränderung im Gesamtsystem.“

Dass Versicherte mittels Gebühren diszipliniert werden, bezeichnete SpiFa-Chef Dr. Dirk Heinrich allerdings als unwahrscheinlich: „Das wäre eine gefühlte Zumutung für Patienten – und der will die Politik die Bevölkerung nicht aussetzen.“ Dem entgegnete Karin Maag vom G-BA: „Natürlich ist es eine Zumutung für Patienten und Ärzte. Wir verlangen, dass sie ihre Bequemlichkeit aufgeben.“ Doch dass Veränderungen unumgänglich sind, sei angesichts überfüllter Arztpraxen und Notaufnahmen mittlerweile auch in der breiten Bevölkerung angekommen. „Mich ärgert es unendlich, was die Politik macht“, sagte sie. „Es geht schließlich nicht um neue wissenschaftliche Erkenntnisse. Diese Dinge sind doch alle bekannt, man muss sich nur endlich an den Tisch setzen und Lösungen entwickeln.“

#### **Selbstverwaltung muss an einem Strang ziehen**

Ähnlich schätzte auch BKK-Vertreter Franz Knieps die Lage ein: „Es fehlt nicht an Konzepten, sondern am Willen zum Konsens.“ Allerdings bevorzuge Minister Lauterbach den Weg, Spitzenwissenschaftler mit der Erarbeitung neuer Konzepte zu beauftragen anstatt mit den Akteuren selbst zu sprechen. Dr. Annette Rommel ergänzte hierzu: „Lauterbach hat der Selbstverwaltung von Anfang an kein Vertrauen geschenkt, sie als Lobbyisten abgeurteilt und klargestellt, dass er sich nur von Wissenschaftlern beraten lässt.“ Doch sogar als unparteiisches Mitglied im G-BA macht man offenbar die Erfahrung, dass man nur schwer zum Minister durchzudringt: „Ich würde mir Gehör wünschen, aber mit uns spricht der Minister auch nicht“, berichtete Karin Maag.

Angesichts der mangelnden Kommunikationsbereitschaft von Prof. Lauterbach sei es daher umso wichtiger, dass die Selbstverwaltung an einem Strang zieht, meinte Franz Knieps: „Wir sollten ein Interesse an unserem freiheitlichen, selbstverwalteten Gesundheitswesen haben, damit es nicht in eine Lauterbach'sche Staatsmedizin abdriftet, aber auch nicht in eine Abzockermentalität, wie sie Finanzinvestoren vorschwebt.“ Dem konnte SpiFa-Chef Dr. Dirk Heinrich uneingeschränkt zustimmen: „Wir sollten den Ruf nach der Politik tunlichst vermeiden, denn der ist grundsätzlich falsch. Vielmehr sollten wir unsere Privilegien, innerhalb der Selbstverwaltung Dinge zu regeln, auch tatsächlich nutzen. Das ist mein dringender Appell an alle, die in der Selbstverwaltung Verantwortung tragen.“

Doch das scheint leichter gesagt als getan: „Wir sind uns auf dem Podium in vielen Fragen einig, aber das gilt nicht für die Selbstverwaltung als Ganzes“, meinte Karin Maag und nannte als Beispiel die Krankenhausreform. Hier werde die Deutsche Krankenhausgesellschaft weiter auf Finanzmittel von den Bundesländern pochen, die ihrerseits anderswo nach Geldquellen suchen. Wenn die Krankenkassen dann mauern und argumentieren, dieses Geld könne nicht von den Versicherten kommen, „dann wird es schwierig Lösungen zu entwickeln. Wir sind keine große glückliche Familie, wir müssen also aktiv nach Ausgleich suchen zwischen den verschiedenen Interessen.“

# HARTMANN



Hilft. Pflegt. Schützt.

## Das digitale Plus für Ihren Bestand.

Mit **PUSH®**  
Order Premium  
schnell  
und einfach  
bestellen

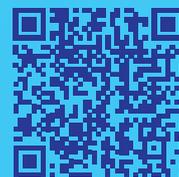


### **PUSH®** Order Premium

- +** Ein System für Ihren Materialbedarf – mit Zugriff auf Produkte aller Hersteller
- +** Zeitsparendes Bestellverfahren – automatisierte Bestellprozesse und Standardisierung für eine effiziente Materialbeschaffung

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

Erfahren Sie hier mehr über  
**PUSH®** Order Premium.



**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**  
Theatinerstr. 29  
80333 München  
Telefon 089 221050

**ANC Oberfranken**

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

**ANC Oberpfalz**

**Dr. Heinz Rödl**  
Krankenhausstraße 12  
93149 Nittenau  
Telefon 09436 902294

**ANC Rheinland-Pfalz**

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

**ANC Schleswig-Holstein**

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

**ANC Schwaben**

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

**ANC Südbaden**

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

**ANC Südwürttemberg**

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

**ANC Unterfranken**

**Dr. Harald Hererich**  
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

Westfalen-Lippe

## Ärzttekammer und KV fordern: Patientensteuerung darf kein Schlagwort bleiben

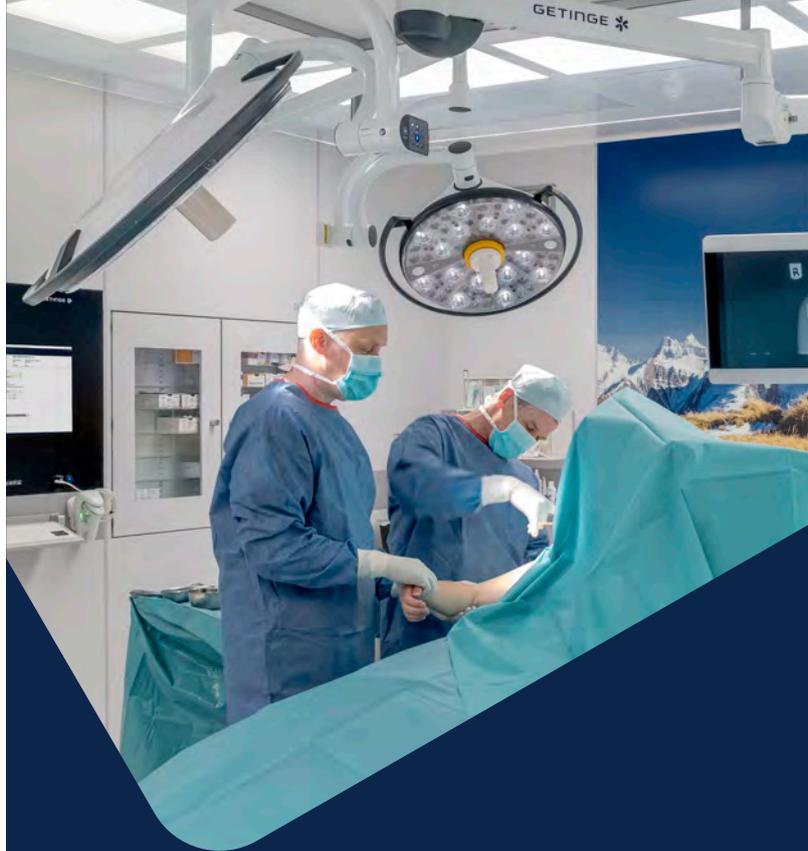
In einem Ende März 2024 vorgestellten gemeinsamen Positionspapier mit dem Titel ‚Notfallversorgung aus sektorenübergreifender Perspektive‘ haben sich die Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL) und die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) für eine konsequente Patientensteuerung in der ambulanten und stationären Notfallversorgung ausgesprochen und einen entsprechenden Konzeptvorschlag vorgelegt. Diese entlastete Ärztinnen und Ärzte, die sich dann ihren Kernaufgaben widmen könnten – in der niedergelassenen Praxis, im Krankenhaus und im Rettungsdienst.

„Patientensteuerung darf kein bloßer Appell bleiben“, forderte ÄKWL-Präsident Dr. Hans-Albert Gehle, „und darf auch keine zusätzlichen Anreize für Strukturausweitungen setzen, die weder finanziell noch im Hinblick auf die dafür erforderlichen personellen Ressourcen zu stemmen sind.“ Die Öffentlichkeit müsse zielgerichtet über die Funktionsweise des Gesundheitswesens und dabei vor allem über die Notfallversorgung informiert werden. Wünschenswert sei auch eine Vernetzung von vorhandenen Strukturen wie dem ärztlichen Bereitschaftsdienst unter 116 117 und dem Notruf 112, um ein Nebeneinander zu vermeiden.

Nach Ansicht von ÄKWL und KVWL seien keine grundlegenden Strukturveränderungen im Hinblick auf eine anforderungsgerechte Notfallversorgung notwendig. Vergleichsweise geringe Anpassungen müssten allerdings konsequent umgesetzt werden, um eine tatsächliche Steuerung der Inanspruchnahme von Notfallstrukturen zu erreichen. Als eine der entscheidenden Schnittstellen der medizinischen Notfallversorgung nannten sie die Patientenservice-Hotline 116 117, der mithilfe der Software ‚SmED‘ (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland) die Behandlungsdringlichkeit und den passenden Behandlungsort ermitteln könne.

Dr. Dirk Spelmeyer, Vorstandsvorsitzender der KVWL erklärte hierzu: „Der Patientenservice 116 117 hat eine entscheidende Lotsenfunktion. Die richtige Patientensteuerung ist unabdingbar, damit die vorhandenen Ressourcen zielgerecht in Anspruch genommen werden. Denn die ärztlichen Kapazitäten sind endlich. Daher ist es umso wichtiger, dass das Thema Patientensteuerung noch stärker in den öffentlichen Fokus rückt und wir als Gesellschaft dafür ein stärkeres Verständnis entwickeln.“ Systematische Informationsangebote müssten bereits während der Schulzeit ansetzen, so die gemeinsame Forderung von ÄKWL und KVWL. Eine durchdachte und gut organisierte Patientensteuerung ist nach Ansicht der beiden Körperschaften in allererster Linie eine Hilfestellung für die Patientinnen und Patienten, die auf diese Weise zuverlässig Kontakte finden und im Notfall an die Stelle geleitet werden, die für die Behandlung aus medizinischer Sicht am besten geeignet sei.

Kontakt: [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de), [www.aekwl.de](http://www.aekwl.de)



# Ambulantes Operieren

## Eine integrierte Gesamtlösung

Von Planung und Ausstattung bis hin zu Service und Finanzierung – wir sind Ihr strategischer Partner für Praxiskliniken und ambulante OP-Zentren. Mit maßgeschneiderten Lösungen unterstützen wir Sie dabei, höchste Versorgungsqualität zu erreichen und Ihren wirtschaftlichen Erfolg zu steigern.



Sprechen Sie uns an.  
Code scannen und  
Termin vereinbaren.  
[www.getinge.de](http://www.getinge.de)

## KV Hessen

## Leistungsmenge an das vorhandene Geld anpassen mittels Not-HVM

In ihrer Sitzung am 16. März 2024 hat die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) einen ‚Not-HVM‘ beschlossen, der die Schere zwischen erbrachten Leistungen und dem dafür verfügbaren GKV-Honorar schließen soll. Die Vorstandsvorsitzenden der KV Hessen, Frank Dastych und Armin Beck, erklärten dazu: „Die Kostenstruktur der Praxen lässt insbesondere den Betrieb einer grundversorgenden, fachärztlichen Praxis nicht mehr zu, vor allem unter Berücksichtigung der GKV-Honorare.“ Eine fachärztliche Praxis könne unter den aktuellen Honorarbedingungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht mehr rentabel betrieben werden.

Die Budgetierung, unter der die Praxen seit 30 Jahren leiden, sei aus der Zeit gefallen und gefährde die Versorgung. „Deshalb müssen wir unseren Praxen nun die Möglichkeit geben, die Leistungsmenge an das vorhandene Geld anzupassen. Dies wird durch den oben geschilderten Beschluss möglich“, meinten die beiden KV-Chefs. Sie forderten die Praxen auf, Leistungen, die nur anteilig bezahlt werden, nicht mehr anzubieten. „Wer weiter ambulante Versorgung haben will, muss für einen entsprechenden finanziellen Rahmen sorgen.“

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

## Hamburg

## Notfallversorgung: Patientensteuerung endlich kein Tabuthema mehr

Politisch und auch emotional ist die Notfallversorgung derzeit ein hochaktuelles Thema. Denn überall beklagen Patientinnen und Patienten lange Wartezeiten in den Notaufnahmen, die Kliniken sind unzufrieden mit der unzureichenden Vergütung von Notfallbehandlungen. Die Niedergelassenen wiederum müssen die Notfallversorgung bezuschussen, obwohl ihre Strukturen zu diesem Zweck nur wenig angesteuert werden. Auf Einladung der Frauenkommission der KV Hamburg diskutierten daher am 24. Januar 2024 sechs Frauen über die notwendigen Reformschritte in der Notfallversorgung der Hansestadt.

Immerhin enthält das Eckpunktepapier von Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach nach übereinstimmender Einschätzung der Frauen auf dem Podium etliche brauchbare Ansätze. So lobte die niedergelassene Kinderärztin und Sprecherin der Frauenkommission Dr. Claudia Haupt vor allem, dass die dringend erforderliche Patientensteuerung endlich kein Tabuthema mehr sei: „Die Menschen können immer weniger zwischen Gesundheit und Krankheit unterscheiden. Sie stufen sich viel zu schnell als Notfall ein und besuchen dann die Notaufnahmen der Krankenhäuser.“ Dieser Sichtweise schloss sich auch die Vizepräsidentin der Hamburger Ärztekammer, Dr. Birgit Wolff, an: „Die meisten Menschen brauchen doch einfach nur eine kurze Einschätzung, was bei bestimmten Symptomen zu tun ist.“

Das Eckpunktepapier sieht vor, dass der gemeinsame Tresen als Ersteinschätzungsstelle im Integrierten Notfallzentrum (INZ) unter der Regie des Krankenhauses steht. Für die Geschäftsführerin der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft, Dr. Claudia Brase, ist das nur logisch, denn für die Bevölkerung sei nicht ersichtlich, dass es sich bei einem INZ um ein ‚Joint Venture‘ mehrerer Institutionen handelt. „Für die Patientinnen und Patienten ist das einfach das Krankenhaus, daher sollte das Krankenhaus als Hausherr auch die Hoheit behalten.“

Aus Sicht der Niedergelassenen hingegen sollte die Regelversorgung möglichst immer Vorrang vor der Notfallversorgung haben – auch im Sinne der Behandlungsqualität: „Wir kennen unsere Patienten, ihre

Vorgeschichte und ihre Medikation. Wir können deshalb grundsätzlich eine bessere Risikobewertung vornehmen und eine passgenauere Therapie anbieten“, betonte Dr. Haupt. Dafür sei auch nicht unbedingt eine Konsultation vor Ort erforderlich: „In einem Modellprojekt für die pädiatrische Versorgung konnten wir neun von zehn Fällen per Videoberatung abschließen.“ Die KV Hamburg (KVH) wünscht sich daher, dass die Ersteinschätzung bereits stattfindet, bevor sich die Menschen überhaupt auf den Weg in einer medizinischen Einrichtung machen. „Mir geht das Eckpunktepapier hier noch nicht weit genug“, erklärte dazu KVH-Vizechefin Caroline Roos. „Wir brauchen Anreize und auch eine Verpflichtung, erst die 116 117 anzurufen, wo man Beratung und Orientierung erhält.“ Um entsprechende Angebote für die niedrigschwellige Versorgung auch außerhalb von Metropolregionen flächendeckend auszurollen, brauche es zusätzliche Investitionen, etwa in größer dimensionierte Leitstellen und eine rund um die Uhr besetzte Telefonberatung in Verbindung mit Fahrdienst.

Das Stichwort Mehrausgaben löste bei Kathrin Herbst, Leiterin der Landesvertretung Hamburg des Verbands der Ersatzkassen, als Kassenvertreterin einen wenig überraschenden Abwehrreflex aus: „Die finanzielle Lage der Krankenkassen ist prekär, Reformen müssen daher kostenneutral durchgeführt werden“, mahnte sie. Für die Politik saß die Hamburger Gesundheitssenatorin Melanie Schlotzauer auf dem Podium. Sie bemühte sich, die unterschiedlichen Perspektiven miteinander zu versöhnen: „In Wahrheit sind alle Ihre Positionen gar nicht so weit auseinander.“ Die bestehenden Differenzen müssten überbrückt werden, „denn das Gesundheitswesen in seinem derzeitigen Zustand ist hochgradig reformbedürftig. Es wird sogar von vielen als dysfunktional und nicht zugänglich empfunden.“ Auch aus diesem Grund führe – neben Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz – an einer sinnvollen Patientensteuerung kein Weg vorbei.

Kontakt: [www.kvhh.net](http://www.kvhh.net)

# AUFSTIEG STATT ABSTURZ

Gemeinsam sicher ans Ziel:  
GNC Nordrhein öffnet sich bundesweit  
und für andere Fachrichtungen



Seit 2008 stärkt die Genossenschaft niedergelassener Chirurgen (GNC) Nordrhein die wirtschaftliche Lage ihrer Mitgliedspraxen und sichert deren medizinische Qualität. Bislang war eine Mitgliedschaft nur in Zusammenhang mit einem Beitritt zur ANC Nordrhein möglich. Ab sofort können – unabhängig von einer Mitgliedschaft in der ANC Nordrhein – Kolleginnen und Kollegen aller Fachrichtungen aus dem gesamten Bundesgebiet Mitglied der GNC Nordrhein werden und von ihrer wachsenden und starken Gemeinschaft profitieren.

› **GEMEINSAMER EINKAUF:**

Praxis- und Sprechstundenbedarf zu günstigen Konditionen, rechtssicher zusammengestellte OP-Sets, auch für Leistungen nach § 115 f

› **GEPRÜFTE UND FUNKTIONIERENDE STRUKTUREN:**

Unterstützung für konservativ und operativ tätige Kolleginnen und Kollegen im Konsens mit KV und Krankenkassen

› **QUALITÄTSSICHERUNG:**

Bewährte und bezahlbare Strukturen für das Qualitätsmanagement mit gemeinsamer QM-Plattform und weiteren Dienstleistungen

› **HYGIENE- UND GERÄTEMANAGEMENT:**

Unterstützung in Bereichen wie Geräte- und Anlagensicherheit sowie Hygienemanagement

› **FORTBILDUNG UND QUALIFIKATION:**

Kostenfreie bzw. finanziell geförderte Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte sowie deren Praxisteams

› **VERHANDLUNGEN UND VERTRÄGE:**

Partnerschaften und direkt ausgehandelte Verträge mit Herstellern, Händlern und Krankenkassen zum Vorteil der GNC-Mitglieder

› **SOLIDARISCHE GEMEINSCHAFT:**

Professionelle betriebswirtschaftliche Interessenvertretung, weniger Aufwand für Administration und mehr Zeit für die medizinische Versorgung



Mehr Informationen  
und Kontaktformular unter:  
<https://gnc-nordrhein.de>

Ihr direkter Draht zu uns:

Telefon 02451 9106828, Fax 02451 9106829  
[info@gnc-no.de](mailto:info@gnc-no.de)

## Aktuelles zum Arztrecht vom BNC-Justiziar

# EuGH: Ärzte müssen Kopie der Patientenakte gratis herausgeben

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat die deutsche Regelung gekippt, wonach Patient:innen in den Praxen ab der ersten Kopie ihrer Patientenakte bezahlen müssen. Ab sofort müssen Praxen und Kliniken die erste Kopie der Patientenakte unentgeltlich herausgeben. Erst für eine zweite Kopie darf Kostenersatz verlangt werden.

Von Jörg Hohmann

Im Streitfall hatte ein Patient den Verdacht, seiner Zahnärztin sei ein Behandlungsfehler unterlaufen. Um dies überprüfen zu können, verlangte er eine Kopie seiner Patientenakte. Nach den deutschen Regelungen können Ärzt:innen und Zahnärzt:innen hierfür Ersatz für die durch das Kopieren entstehenden Kosten verlangen. Der Patient war allerdings der Ansicht, dass ihm die Aktenkopie dennoch unentgeltlich zusteht. Der Bundesgerichtshof hatte mit Beschluss vom 29.03.2022 (Aktenzeichen VI ZR 1352/20) die Angelegenheit an den EuGH verwiesen. In einem ähnlichen Fall hatte das Landgericht Dresden am 29.05.2020 (Aktenzeichen 6 O 76/20) rechtskräftig entschieden, dass eine Patientin gegen die sie behandelnde Klinik einen unentgeltlichen Anspruch auf Kopien sämtlicher Behandlungsdaten hat.

Nach Auffassung des Senats sei in der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) das Recht von Patient:innen verankert, eine erste Kopie der Patientenakte zu erhalten, grundsätzlich ohne dass ihnen hierdurch Kosten entstehen. Ärzt:innen und Krankenhäuser könnten ein Entgelt erst verlangen, wenn Patient:innen später eine weitere Kopie haben wollen.

Grund sei, dass Ärzt:innen hier datenschutzrechtlich als ‚Verantwortliche‘ für die Daten ihrer Patient:innen anzusehen seien. Als solche seien sie verpflichtet, eine erste Kopie der Daten unentgeltlich zur Verfügung zu stellen. Dabei seien Patient:innen nicht verpflichtet, ihre Anträge zu begründen.

Auch in der Akte enthaltene Dokumente müssten zur Verfügung gestellt werden, soweit diese zum Verständnis erforderlich sind. Umfasst sind danach alle Daten aus der Patientenakte, die Informationen wie beispielsweise Diagnosen, Untersuchungsergebnisse, Befunde der behandelnden Ärzt:innen oder Angaben zu Behandlungen oder Eingriffen enthalten.

Entgegenstehende Regelungen in Deutschland sind danach nicht mit der DSGVO vereinbar: „Selbst mit Blick auf den Schutz der wirtschaftlichen Interessen der Behandelnden dürfen die nationalen Regelungen dem Patienten nicht die Kosten einer ersten Kopie seiner Patientenakte auferlegen“.



Foto: Pixabay

## DSGVO statt BGB als Rechtsgrundlage

Im Konflikt des Streits stehen Patientenrechtegesetz von 2013, das Ärzt:innen nach § 630g Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) verpflichtet, dem „Patienten auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die ihn betreffende Patientenakte zu gewähren“. Nach § 603g Absatz 2 Satz 2 BGB haben Patient:innen die Kosten für eventuell anzufertigende Abschriften dem Behandelnden zu erstatten.

Auch die Berufsordnung sieht in § 10 Absatz 2 vor, dass die Patient:innen für die Duplikate zahlen. Die Höhe der Kopierkosten ist nicht konkret geregelt, in Analogie zum Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG) können Fach- und Hausarztpraxen aber für bis zu 50 Seiten 0,50 Euro je Seite vom Patienten verlangen, für jede weitere Seite 0,15 Euro.

Im Fall des EuGH berief sich der Patient aber nicht auf das BGB, sondern auf die DSGVO. Dort regelt Artikel 15 Absatz 3, dass Arztpraxen eine (erste) Kopie der personenbezogenen Daten zur Verfügung stellen müssen – und zwar unentgeltlich. Lediglich für weitere Anfertigungen könnten von den Praxen in Rechnung gestellt werden. Somit kollidiert das Recht auf kostenlose Herausgabe mit dem BGB, wonach Ärzt:innen für die Herausgabe von Kopien ein Entgelt verlangen dürfen.

Der EuGH hat diese Frage zugunsten der Patient:innen im Sinne eines unentgeltlichen DSGVO-Auskunftsanspruchs geklärt, unabhängig vom Zweck der Herausgabe (auch wenn diese die Akte für einen datenschutzfremden Zweck nutzen wollen, z.B. Prüfung eines Behandlungsfehlers, um sich bei einem anderen Arzt bzw. einer anderen Ärztin eine Zweitmeinung zu einer Diagnose einzuholen oder um eine neue Hausarztpraxis über die Krankengeschichte informieren).

Aus medizinrechtlicher Sicht waren bis dato die Beweggründe für die Kopieerstellung ausschlaggebend, darauf kommt es nicht mehr an.

### Umfang des Informationsanspruchs

Nach der DSGVO-Regelung können Patient:innen einen kostenlosen Anspruch ableiten, ob in der betreffenden Praxis ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden. Der Begriff ‚Verarbeitung‘ wird in Artikel 4 Nr. 2 DSGVO definiert und bezieht sich u. a. (mit oder ohne automatisiertem Verfahren) auf die Erhebung, die Erfassung, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Veränderung, die Verwendung und andere Tätigkeiten im Kontext personenbezogener Daten. Nach Randnummer 35 des Urteils haben Patient:innen das Recht, eine originalgetreue Reproduktion ihrer personenbezogenen Daten zu erhalten, denen eine weite Bedeutung beizumessen ist und die Gegenstand von Vorgängen sind, die als Verarbeitung durch den für diese Verarbeitung Verantwortlichen eingestuft werden müssen (vergleiche Urteil des EuGH vom 04.05.2023 – Aktenzeichen C:2023:369, Randnummer 28). Darunter fallen sämtliche Daten, die eine Praxis für den Patienten bzw. die Patientin vorhält.

Handelt es sich jedoch um „mehrere Leitz-Ordner“, kann ein Kostenerfordernis durchaus gerechtfertigt sein. So heißt es in Randnummer 36 des Urteils:

**Folglich ergibt sich aus Artikel 12 Absatz 5 in Verbindung mit Artikel 15 Absatz 1 und 3 DSGVO zum einen, dass die betroffene Person einen Anspruch darauf hat, eine erste unentgeltliche Kopie ihrer personenbezogenen Daten, die Gegenstand einer Verarbeitung sind, zu erhalten, und zum anderen, dass den Verantwortlichen unter bestimmten Bedingungen die Möglichkeit eingeräumt wird, entweder ein angemessenes Entgelt zu verlangen, bei dem die Verwaltungskosten berücksichtigt werden, oder sich zu weigern, aufgrund des Antrags tätig zu werden, wenn dieser Antrag offenkundig unbegründet oder exzessiv ist.**

Die Praxen dürfen allerdings nur die Kopien selbst in Rechnung stellen, nicht aber auch den Arbeitsaufwand des Personals bei der Anfertigung des Duplikats. Weder der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), noch die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bieten entspre-

### 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

chende Ziffern zur Abrechnung. Aufgrund dieser Entscheidung sollten Patientenakten jedoch nicht zu sehr beschränkt werden. Berufsrechtlich muss die Patientenakte den gesamten Kontakt zwischen Arzt und Patient dokumentieren. Dazu zählen nach § 630g BGB „Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen“. Besteht der Verdacht auf einen Behandlungsfehler, dient die Patientenakte als entscheidendes Beweismittel. Ärzt:innen sollten also darauf achten, die Dokumentation umfänglich zu führen.

### Weitere rechtliche Aspekte

Wichtig ist, Originalakten nicht herauszugeben. Ärzt:innen sind verpflichtet, diese zehn Jahre nach Behandlungsschluss aufzuheben. Eine Ausnahme bilden Röntgenbilder, die dürfen Praxen im Original an andere Ärzte weiterleiten (Platzhalter mit Datum und Namen einfügen).

Wird die Patientenakte nicht in Papierform – beispielsweise als Karteikarte –, sondern elektronisch geführt, dann können Ärzt:innen die Kopien auch auf einem Datenträger wie USB-Sticks oder CDs aushängen. Bei einer elektronischen Akte müssen Ärzt:innen unbedingt eine manipulationssichere Software verwenden.

Die Herausgabefrist hat sich nach dem Urteil etwas verlängert: Während § 630g BGB von „unverzüglich“ spricht, räumt die DSGVO eine Frist von vier Wochen ein.

Die Regelungen gelten ausschließlich für den jeweiligen Patienten bzw. die jeweilige Patientin und von ihnen benannte Bevollmächtigte wie Rechtsanwält:innen, sofern diese von der Schweigepflicht entbunden wurden. Wollen aber beispielsweise Erb:innen und Angehörige die Unterlagen eines bzw. einer Verstorbenen bekommen, müssen sie in jedem Fall für die Anfertigung von Abschriften zahlen, unabhängig davon, ob sie sich auf den Datenschutz oder das Patientenrecht berufen.

Es gibt jedoch auch Fälle, in denen Ärzt:innen der Bitte um Aushängung der Akte nicht nachkommen müssen – zum Beispiel nach § 630g Absatz 1 BGB aus therapeutischen Gründen oder bei „sonstigen entgegenstehenden erheblichen Rechten Dritter“. Gemeint ist hier die Gefahr von Selbst- oder Fremdgefährdung. Ärzt:innen können die Anfertigung von Kopien aber nicht einfach so verweigern, sondern müssen den Patienten eine entsprechende Begründung liefern. ◀

## Aktuelles zum Arztrecht vom BAO-Justiziar

# Rechtliche Einordnung zu ärztlichen Fernbehandlungen

Darf eine Arztpraxis – etwa über eine Videosprechstunde – ausschließlich Fernbehandlungen anbieten und auf die Vorhaltung einer zur ambulanten Behandlung geeigneten, voll ausgestatteten Praxis verzichten? Im GKV-Bereich lautet die Antwort bis dato noch eindeutig ‚Nein‘, doch in Zukunft dürfte sich der Markt liberalisieren.

Von Dr. Tobias List

Der digitale Fortschritt führt auch in der Medizin zu stetigen Neuerungen und wirft im Rahmen der Fernbehandlung immer wieder neue rechtliche Fragen auf, denen sich Ärzte in ihrem beruflichen Alltag gegenübersehen. Auch für Ärzte, die auf der Suche nach einer ergänzenden Nebentätigkeit sind, kann es attraktiv sein, sich mit dem Thema der (ausschließlichen) Fernbehandlung auseinanderzusetzen. In diesem Zusammenhang geht es vor allem um die Frage, ob eine Arztpraxis, in der ausschließliche Fernbehandlungen, etwa über eine Videosprechstunde, angeboten werden, rechtlich zulässig oder ob ein Arzt stets verpflichtet ist, eine zur ambulanten ‚Vor-Ort-Behandlung‘ geeignete, voll ausgestattete Praxis vorzuhalten.

Ogleich die gesetzliche Ausgestaltung ärztlicher Fernbehandlungen, vor allem ausschließlicher Fernbehandlungen, bisher lediglich lückenhaft ist und auch (noch) keine klärenden höchstrichterlichen Entscheidungen einzelner Rechtsfragen vorliegen, gibt es durchaus – neben gesetzlichen Ansatzpunkten – vereinzelt Rechtsprechung (z. B. Oberverwaltungsgericht Hamburg, Beschluss vom 15.12.2022 zum Thema Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen), die sich (mittelbar) mit dem weiten Thema ärztlicher Fernbehandlungen befasst und zur Klärung einiger Rechtsfragen beiträgt. Es folgt ein Überblick über den rechtlichen Status quo (ausschließlicher) Fernbehandlungen.

## Grundsätze des Berufs- und Heilmittelwerberechts

**Niederlassungsvorbehalt.** Unabhängig davon, inwieweit Ärzte ihren Patienten telemedizinische Angebote unterbreiten, besteht für sie gemäß § 17 der Musterberufsordnung für Ärzte (MBO-Ä) grundsätzlich die Pflicht zur Niederlassung in einer Praxis, sofern es die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit außerhalb von Krankenhäusern einschließlich konzessionierter Privatkliniken betrifft. Sinn und Zweck dieser Regelung ist die räumliche Erreichbarkeit des Arztes für den Patienten. Der Arzt muss sich der Allgemeinheit zur ärztlichen Versorgung zur Verfügung stellen und dabei seine Praxis entsprechend der notwendigen personellen, sachlichen und räumlichen Voraussetzungen einrichten, die es ihm ermöglichen, zu jeder Zeit



ärztliche Tätigkeit nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst auszuüben.

Vor diesem Hintergrund wird überwiegend die Auffassung vertreten, dass es die ‚rein digitale Praxis‘ nicht geben kann, mithin das ausschließliche Angebot ausschließlicher Fernbehandlung ohne Praxis berufsrechtswidrig sei. Ein Arzt soll mithin nur – ausgehend von seiner Niederlassung – zusätzlich zu seinem örtlichen persönlichen Versorgungsangebot im Sinne eines direkten Arzt-Patienten-Kontaktes auch telemedizinische Leistungen anbieten können.

**Direkter Arzt-Patienten-Kontakt als ‚Goldstandard‘.** Mit Blick auf den Inhalt und Umfang telemedizinischer Angebote bringt insbesondere § 7 Absatz 4 Satz 1 MBO-Ä etwas Licht ins Dunkel. Im Grundsatz heißt es zunächst auch hier, dass Ärzte ihre Patienten im persönlichen Kontakt zu beraten und zu behandeln haben. Zur Fort- und Weiterentwicklung telemedizinischer, digitaler, diagnostischer und anderer

vergleichbarer Möglichkeiten wurde in Satz 3 aber die Möglichkeit einer ausschließlichen Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt gewahrt wird und der Patient auch über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt wird. Es ist mithin Aufgabe des Arztes, im konkreten Einzelfall zu entscheiden, ob eine Fernbehandlung mit dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse vereinbar ist. Dass die Hürden hierfür indes hoch gesetzt sind, zeigt sich in der Begründung der Bundesärztekammer zur Neufassung von § 7 MBO-Ä: Demnach sei festzuhalten, dass der Grundsatz der ärztlichen Beratung und Behandlung im persönlichen Kontakt zwischen Arzt und Patient, das heißt unter physischer Präsenz des Arztes, zu erfolgen habe und weiterhin den ‚Goldstandard‘ ärztlichen Handelns in Beziehung zu Patienten darstellen würde.

Hiermit kommt zum Ausdruck, dass stets eine erforderliche Einzelfallprüfung für den jeweiligen Patienten erfolgen muss und nicht generell für ein bestimmtes Krankheitsbild, etwa eine Erkältung, eine Fernbehandlung angeboten werden darf. Zudem gilt die Pflicht zur Bewertung des Einzelfalls für jeden einzelnen Schritt der Beratung oder Behandlung. Ist die Diagnosestellung in ausschließlicher Fernbehandlung ärztlich vertretbar, kann es die erforderliche ärztliche Sorgfalt aber gebieten, die Beratung oder Behandlung erst nach einem unmittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt fortzusetzen.

**Hinweis:** Hier gibt es in einigen wenigen Berufsordnungen Abweichungen zu den Regelungen der MBO-Ä: Nicht alle Landesärztekammern haben die vorgestellte Ausnahmeregelung des § 7 Absatz 4 Satz 3 MBO-Ä geregelt. So sieht beispielsweise § 7 Absatz 4 Satz 2 der brandenburgischen Berufsordnung vor, dass auch bei telemedizinischen Verfahren eine unmittelbare Behandlung durch den Arzt zu gewährleisten ist, mithin eine ausschließliche Fernbehandlung auch im Einzelfall nicht möglich sein soll.

### Werbung für Fernbehandlungen ausnahmsweise zulässig

Mit dem also weiterhin geltenden Grundsatz des persönlichen Kontakts zwischen Arzt und Patient geht ein generelles Werbeverbot für Fernbehandlungen in § 9 Satz 1 Heilmittelwerbegesetz (HWG) einher. Ein Verstoß dagegen ist eine Ordnungswidrigkeit und kann mit einer Geldstrafe von bis zu 50.000 Euro geahndet werden (§ 15 Absatz 1 Nr. 6, Absatz 3 HWG). Parallel zur Liberalisierung der Zulässigkeit von Fernbehandlungen hat der Gesetzgeber zwar nach § 9 Satz 2 HWG die Werbung für Fernbehandlungen dann zugelassen, wenn sie unter Verwendung von Kommunikationsmedien erfolgt und nach allgemein anerkannten fachlichen Standards ein persönlicher ärztlicher Kontakt mit dem zu behandelnden Menschen nicht erforderlich ist. Er hat es allerdings versäumt, Klarheit in Bezug auf den ‚anerkannten fachlichen Standard‘ zu schaffen, was den Bundesgerichtshof zu seinem Urteil vom 9. Dezember 2021 (Aktenzeichen IZR 146/20) führte. Hier stellte dieser klar, dass sich Auslegung der Formulierung ‚anerkannt fachlicher Standard‘ nicht an § 7 Absatz 4 Satz 3 MBO-Ä orientiert,

### Dr. Tobias List

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht  
Zertifizierter Datenschutzbeauftragter  
KWM LAW PartG mbB

Albersloher Weg 10, 48155 Münster  
Tel.: 0251 53599-0  
Fax: 0251 53599-10  
list@kwm-rechtsanwaelte.de  
www.kwm-rechtsanwaelte.de



Foto: kwm

sondern an die insoweit wortlautgleiche Regelung des § 630a Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Zwar wird damit dem vom Gesetzgeber verfolgten Anliegen entsprochen, einen abstrakt-generalisierenden Maßstab für die Zulässigkeit der Werbung für eine Fernbehandlung zugrunde zu legen, allerdings bedeutet dies zum jetzigen Zeitpunkt, dass eine entsprechende Werbung weiterhin unzulässig sein dürfte, da es einen ‚allgemein anerkannten fachlichen Standard‘ im Sinne des § 630a Absatz 2 BGB, der primär einen Maßstab im Bereich der Haftung für Behandlungsfehler bildet, noch nicht gibt.

### Vertragsarztrecht

Während also vor allem berufsrechtlich durchaus Möglichkeiten bestehen, in Grenzen auch ausschließlich Fernbehandlungen anzubieten und durchzuführen, stellt sich die Situation für den Vertragsarzt gänzlich anders dar. Ausschließliche Fernbehandlungen sind hier nicht erlaubt. Grund hierfür ist § 95 Absatz 3 SGB V und die sich daraus ergebende Behandlungspflicht eines jeden Vertragsarztes (ausführlich hierzu die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, BSG, vergleiche BSG-Urteil vom 14.03.2001 – Aktenzeichen B 6 KA 54/00 R). Aufgrund der sich aus § 95 Absatz 3 Satz 1 SGB V ergebenden Behandlungspflicht muss ein Vertragsarzt die wesentlichen Leistungen seines Fachgebiets im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auch tatsächlich anbieten und erbringen. Würde ein Vertragsarzt sein Leistungsangebot auf die ausschließliche Fernbehandlung, etwa via Videosprechstunde beschränken, würde dies eine Limitierung seines ihm aufgrund seiner Zulassung zugestandenen Versorgungsauftrages bedeuten, mithin gegen § 95 Absatz 3 Satz 1 SGB V verstoßen.

### Fazit: Einschränkungen trotz Liberalisierungstendenzen

Die technischen Neuerungen und Möglichkeiten finden immer weiter Platz im beruflichen Alltag von Ärzten. Die gesetzlichen Regelungen gehen das Tempo des technischen Fortschritts noch nicht vollends mit. Während berufsrechtliche Liberalisierungstendenzen zu erkennen sind, schränken heilmittelwerberechtliche Regelungen die Möglichkeiten ausschließlicher Fernbehandlungen wiederum ein. Im GKV-Bereich sind ausschließliche Fernbehandlungen indes aktuell nicht erlaubt. Nichtsdestotrotz dürfte die Entwicklung nicht mehr aufzuhalten sein, sodass der gesetzliche Fortschritt stets im Auge zu behalten ist und das ärztliche Angebot in Zukunft (weiter) angepasst werden könnte. ◀

## Praxisteam

# Erfolgreiche Führung jenseits von Nilpferden und Mobbing

Die Führungsmethode sagt viel über das Arbeitsklima und das Menschenbild in einem Unternehmen aus. Ziel von Führung ist es, Mitarbeitende zu fördern, fachgerecht einzusetzen und zu motivieren. „Kurz auftauchen, das Maul aufreißen und wieder untertauchen, wie ein Nilpferd“ ist dabei ein wenig erfolgversprechender Ansatz.

Von Patricia Ley

**Der Führungsstil sollte sich an den Bedürfnissen der Mitarbeitenden, aber auch an denen der Führungskraft orientieren. Entscheidende Faktoren sind der notwendige Handlungsspielraum, die jeweiligen Kompetenzen und Fähigkeiten, der Grad der Delegation sowie die Erfahrung der Mitarbeitenden sowie der Führungskräfte.**

Ein sehr junges, unerfahrenes Team braucht mehr und detailliertere Anweisungen und fühlt sich mit einem großen Handlungsspielraum womöglich überfordert. Im Gegenzug benötigt ein erfahrenes Team mit entsprechenden Qualifikationen und höheren Delegationsrahmen mehr Handlungsspielraum und wenig Anweisung – dafür mehr Begleitung sowie Übergabe der Aufgaben und Verantwortlichkeiten, um sich nicht unterfordert zu fühlen. Wenn die Mitarbeitenden sich in ihren Kompetenzen, Bedürfnissen und im gewünschten Handlungsspielraum unterscheiden, erfordert jedes Teammitglied situativ einen anderen Führungsstil. Ärzt\*innen, medizinisches Fachpersonal, Pflegefachkräfte oder technische Assistent\*innen arbeiten tagtäglich zusammen und verfolgen dabei das Ziel, die Patient\*innen optimal zu versorgen. Ein Team definiert sich über ein gemeinsames Ziel, das gemeinsam im Zusammenschluss mehrerer Personen angegangen wird.

Eine klare Regelung der Rollen ist hierbei hilfreich. Diese sollten in den jeweiligen Stellbeschreibungen und im Organigramm der Einrichtung verschriftlicht sein. Die Stellenbeschreibung selbst sollte sich an den Qualifikationen, Fähigkeiten und Aufgaben der Mitarbeitenden orientieren. Zugleich kann sie Hilfsmittel zur persönlichen Weiterentwicklung sein. Ein erfolgreiches Team zeichnet sich aus durch

- ▶ SMARTE Ziele, die als Team festgelegt wurden,
- ▶ Offene und transparente Kommunikation,
- ▶ Vertrauen und Respekt, ungeachtet der Titel und Bildungsgrade
- ▶ Freude an lebenslangem Lernen und Weiterentwicklung,
- ▶ Dankbarkeit für unterschiedliche Meinungen, die als Chance statt als Kritik gesehen werden.

Wenn keine Harmonie im Team eintritt, ständige Diskussionen an der Tagesordnung sind oder hinter dem Rücken von Personen spekuliert

## Patricia Ley

Praxisberaterin & Dozentin  
Psychische Gefährdungsbeurteilung, Schulungen  
zu Kommunikation, Mobbing, Deeskalation

R&E – Dienstleistungen rund um QM  
Tel.: 0231 5605858  
Mobil: 0173 3505595  
ley@re-qm.de  
www.re-qm.de



Foto: Ley

wird, funktioniert das Team nicht. Mit guter Führung hingegen kann sich das Team weiterentwickeln und durch seine motivierte Arbeitsleistung dem Unternehmen die Wettbewerbsfähigkeit und notwendigen wirtschaftlichen Erträge sichern. Ein gutes Team kann auch seine Führungskraft bei der persönlichen Entwicklung fördern und fordern. Am Ende profitieren auch die Patient\*innen davon, dass die Arbeit dem gesamten Team Spaß macht. Es besteht also immer eine Abhängigkeit zwischen Mitarbeitenden und Führungskraft. Gerät sie in ein Ungleichgewicht, kann es zu ‚Bossing‘ oder ‚Boss Bashing‘ kommen. Diese amerikanischen Begriffe beschreiben eine spezielle Form des Mobbing:

- ▶ **Bossing** – geht von der Führungskraft aus und richtet sich gegen eine bzw. einen oder mehrere Mitarbeitende.
- ▶ **Boss Bashing** – geht von einem oder mehreren Angestellten aus und richtet sich gegen die Führungskraft oder eine Vorgesetztengruppe.

Mobbing selbst bezeichnet einen Verhaltensprozess in einem bestimmten (hier: beruflichen) Kontext, der über einen längeren Zeitraum – mindestens einmal wöchentlich, über sechs Monate – aufrechterhalten wird. Er geht aus von einer Person oder Gruppe, die ihr Verhalten dazu nutzt, um ein Ziel gegenüber einer Person oder Gruppe durchzusetzen. Mobbing ist eine Form der psychischen Gewaltausübung durch Schikanieren, Quälen und Verletzen. Dieses Verhalten ist zielgerichtet und wird somit systematisch ausgeführt. Wir sprechen also von direkten oder indirekten Angriffen, die durch ein ungleiches Kräfteverhältnis begünstigt werden. Die Konstellation der beteiligten

Personen kann hier sehr unterschiedlich sein: Es gibt Betroffene, den bzw. die Mobber sowie den bzw. die Möglichmacher. Bossing oder Boss Bashing erkennt man an bestimmten Verhaltensmustern, etwa:

- ▶ Manipulation von Arbeitsergebnissen oder Entscheidungen,
- ▶ Anordnung sinnloser Aufgaben,
- ▶ Verweigerung aufgrund sinnloser Aufgaben,
- ▶ Öffentliche unsachliche Kritik an Arbeitsergebnissen,
- ▶ Unsachliche Kritik an Entscheidungen,
- ▶ Ständige Kontrolle,
- ▶ Entzug notwendiger Informationen und/oder Privilegien,
- ▶ Verleumdung der Person,
- ▶ Ausgrenzung aus dem Team,
- ▶ Teambildung mit Ausgrenzung einer Person oder Personengruppe,
- ▶ Unterstellung falscher Tatsachen,
- ▶ Schlechttreden einer Person oder Personengruppe vor anderen,
- ▶ Jemanden durch gezielte Attacken zur Kündigung zwingen.

Die Auseinandersetzung mit Bossing oder Boss Bashing ist aus mehreren Gründen zentral. Zum einen sind die Zeiten des Personalüberflusses vorbei, zum anderen macht das Arbeiten in einem harmonischen Team auf beiden Seiten mehr Freude. Vor allem aber schützt es die Gesundheit. Mobbing kann weitreichende gesundheitliche Folgen nach sich ziehen. Darunter fallen negative Gefühle, Verunsicherung, Minderung von Selbstwertgefühl und Arbeitsleistung, Demotivation, Vertrauensverlust, Nervosität bis hin zu Angststörungen. Aber es kann als Abwehrreaktion auch aggressives Verhalten auftreten. Hat sich erst eine Erkrankung manifestiert, gehen damit lange Wochen der Arbeitsunfähigkeit einher, wenn nicht gar die Kündigung. Mobbing wirkt sich nicht nur im beruflichen Kontext, sondern auch im privaten Bereich aus, was über den Verlust von Lebensqualität hinausgeht.

Eine gute Intervention funktioniert nur, wenn man den Ursachen für Mobbing auf den Grund geht. Eine Möglichkeit aus dem Arbeitsschutz ist die gesetzlich geforderte psychische Gefährdungsbeurteilung. Diese dient nicht nur der Ermittlung von Über- oder Unterforderung, sie kann auch Mobbingverhalten aufdecken. Weitere Möglichkeiten sind Mitarbeitergespräche, Präventionsstrategien und Teambuilding-Maßnahmen. Auch ein vorhandener Betriebsrat kann involviert werden.

Wenn Mitarbeitende sich nicht vertrauensvoll an die Führungskraft wenden können oder aber die Führungskraft Boss Bashing erleidet, bieten externe Coaches oder Mediator\*innen bzw. die Unfallkasse/Berufsgenossenschaft (in der Regel die BGW), Beratungsstellen von Berufsverbänden oder Krankenkassen Unterstützung an. Betroffene können sich zudem an ihre\*n Hausarzt\*in wenden, ein Mobbingtagebuch führen oder sich bei Freunden oder Familie Hilfe holen.

Ein Nicht-Handeln kann auch arbeits- und zivilrechtliche Folgen haben. Mobbing selbst ist zwar kein Tatbestand im Strafrecht, einzelne Bestandteile wie üble Nachrede, Verleumdung, Nötigung oder Beleidigung hingegen schon. Wichtig ist es, nicht zu erdulden, nicht wegzuschauen, nicht mitzumachen, nicht zu tolerieren. Seien Sie nicht das Nilpferd, sondern der Fluss. ◀

## Fortbildung: Termine für das Praxisteam

**4. Mai – 22. Juni 2024, Köln**

**21. September – 9. November 2024, Nürnberg**

### 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

**22.–24. Mai 2024, Berlin**

**19.–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>

**28. Mai 2024, Online-Veranstaltung**

**19. September 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

**30. Mai 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>

**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

**Einstieg jederzeit möglich, Online**

### Zertifizierter Fernlehrgang

#### Hygiene-/Sterilgutbeauftragte(r) in Arztpraxen

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

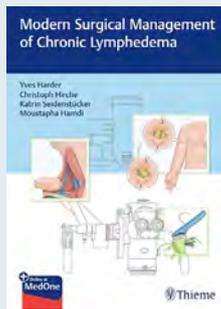
Information und Anmeldung:

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

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



**Pillemer, Roger: Handbuch der Untersuchung der oberen Extremitäten.** Heidelberg: Springer Verlag, 2023. 236 Seiten, kartoniert, 79,99 Euro



**Harder, Yves et al.: Modern Surgical Management of Chronic Lymphedema.** Stuttgart: Thieme Verlag, 2024. 256 Seiten, gebunden, 173,85 Euro



**Jäschke, Thomas (Hg.): Datenschutz, Informations- und Cybersicherheit im Gesundheitswesen.** Berlin: MWV, 2024. 452 Seiten, kartoniert, 49,00 Euro



**Bohnert, Michael: Grundwissen Rechtsmedizin.** München: UVK Verlag, 2023. 279 Seiten, kartoniert, 29,90 Euro

## Handbuch der Untersuchung der oberen Extremitäten

Neben der radiologischen Bildgebung ist die körperliche Untersuchung ein wesentliches diagnostisches Element in der orthopädischen Chirurgie. Daher ist das Erlernen der gründlichen körperlichen Untersuchung in der Ausbildung und in der späteren klinischen Praxis von größter Bedeutung.

Das vorliegende Praxisbuch, das nun in deutscher Übersetzung vorliegt, stellt alle notwendigen Informationen zur körperlichen Untersuchung der oberen Extremitäten kurz und bündig dar. Hand, Handgelenk, Ellbogen und Schulter werden in eigenen thematischen Abschnitten behandelt. Jeder Abschnitt besteht aus drei Hauptkapiteln. Diese beschreiben jeweils die muskuloskeletale Anatomie und Funktion des Gelenks und stellen die Tests sowie die Gründe für ihre Durchführung vor. Daneben beschreiben sie die systematischen obligaten Untersuchungen und die Untersuchungen bei spezifischen Gelenkerkrankungen. Zahlreiche Farbbilder im gesamten Text beschreiben und illustrieren jeden Test und jedes körperliche Zeichen.

**Fazit:** Das praktische und benutzerfreundliche ‚Handbook of Upper Extremity Examination‘ ist auch in deutscher Sprache ein wertvoller, tragbarer Leitfaden zu diesem wichtigen diagnostischen Instrument.

## Modern Surgical Management of Chronic Lymphedema

Über viele Jahre galt es als unbestritten, dass die Therapie des sekundären Lymphödems in erster Linie konservativ erfolgen sollte. Allerdings kann die lebenslange konservative Kompressionstherapie für Betroffene sehr belastend sein. Mittlerweile weiß man, dass die chirurgische Therapie in Form einer lymphovenösen Anastomose (LVA) nicht nur die Symptome verbessern, sondern Lymphödem tatsächlich in vielen Fällen beseitigen kann.

Mit aktuellen Perspektiven und Besonderheiten der chirurgischen Lymphödembehandlung beschreibt das vorliegende Buch evidenzbasierte, multidisziplinäre Ansätze zur Behandlung des chronischen Lymphödems. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf Diagnose, Evaluation und kompletter entstauer Therapie (CDT). Weiter enthält das Werk Schritt-für-Schritt-Beschreibungen der chirurgischen Eckpfeiler, einschließlich lymphovenöser Anastomose (LVA), vaskularisierter Lymphknotentransplantation (VLNT) und alternativer Techniken sowie reduktiver und lymphablativer Chirurgie.

**Fazit:** Ein umfassender Begleiter für multiprofessionelle Spezialistinnen und Spezialisten, die nach einem fundierten Verständnis der komplexen Behandlung des Lymphödems suchen.

## Datenschutz, Informations- und Cybersicherheit im Gesundheitswesen

Die digitale Transformation im Gesundheitswesen schreitet voran, womit auch das Thema Datenschutz wichtiger denn je wird. Mit der europaweiten Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) ergeben sich immer neue Anpassungen und Herausforderungen, wobei Datenschutz, Informations- und Cybersicherheit insbesondere für Unternehmen und Einrichtungen im Gesundheitswesen essenziell sind.

Die aktualisierte und erweiterte 3. Auflage des vorliegenden Praxisbuchs fasst die geänderten Rahmenbedingungen in Bezug auf Technologie und rechtliche sowie administrative Aspekte zusammen. Die Autorinnen und Autoren betrachten dabei nicht nur grundlegende Definitionen, sondern auch die Rollen der einzelnen Akteure im Gesundheitswesen und den Themenkomplex der Informations- und Cybersicherheit. Zusätzlich werden in einzelnen Exkursen die Verbindungen zu angrenzenden Bereichen des Datenschutzes praxisnah weitergedacht.

**Fazit:** Neben fundierten Hintergrundinformationen auch eine praktische Anleitung für Datenschutz- und Informationssicherheitsbeauftragte.

## Grundwissen Rechtsmedizin

Die Rechtsmedizin definiert sich als Fach, in dem medizinisches, aber auch naturwissenschaftliches Wissen und entsprechende technische Verfahren für die Beantwortung rechtlicher Fragen herangezogen werden. In der Praxis sind die Übergänge vom rein medizinischen Wissen zur angewandten Kriminalistik und zu den benachbarten Naturwissenschaften fließend.

Der Autor des vorliegenden Buches führt leicht verständlich in die Rechtsmedizin ein. Er erklärt die verschiedenen Untersuchungsmethoden sowie Wissenswertes zur Thanatologie, medizinischen Kriminalistik, forensischen Pathologie und Traumatologie. Ausführlich beschreibt er die unterschiedlichen Verletzungsarten und ihre Merkmale. Eigene Kapitel sind Verletzungen infolge von Gewalttaten oder Verkehrsunfällen gewidmet. Ein Kapitel zu den angrenzenden forensischen Wissenschaften – Anthropologie, Chemie und Toxikologie, Molekularbiologie und Genetik, Biologie, Physik, Psychiatrie und Psychologie – rundet diese Einführung ab.

**Fazit:** Ideal für Medizinstudierende, Ärztinnen und Ärzte mit kriminologischem Interesse und nicht zuletzt Juristinnen und Juristen, die sich mit diesem integrativen Fach beschäftigen wollen.



**Maier, Christoph et al. (Hg.): Schmerzmedizin.** München: Urban & Fischer Verlag, 2024. 653 Seiten, gebunden, 97,00 Euro



**Assmus, Hans und Antoniadis, Gregor: Nervenkompressionssyndrome.** Heidelberg: Springer Verlag, 2024. 283 Seiten, kartoniert, 99,99 Euro



**Luiz, Thomas et al. (Hg.): Katastrophenmedizin.** München: Urban & Fischer Verlag, 2024. 559 Seiten, kartoniert, 90,00 Euro



**Bode, Thilo et al.: Wundmanagement – Wundversorgung in der täglichen Praxis.** Stuttgart: Thieme Verlag, 2022. 275 Seiten, kartoniert, 49,99 Euro

## Schmerzmedizin

Für die Diagnostik und Therapie von Schmerzen ist eine interdisziplinäre und interprofessionelle Herangehensweise wesentliche Voraussetzung für den Erfolg. Nur wer über fach- und professionsübergreifende Kenntnisse verfügt, kann für alle Patientinnen und Patienten individuell die richtige therapeutische Strategie entwickeln.

Das vorliegende Lehrbuch, das mittlerweile in der 6. Auflage erschienen ist, hat das in den 1980er Jahren entstandene Fachgebiet der Schmerzmedizin von Anfang an begleitet. Das komplett überarbeitete und leitliniengerecht aktualisierte Werk informiert über drei Zugangswege, die durch die Schmerzmedizin führen: Pathophysiologie bzw. Mechanismen der Schmerzchronifizierung, Schmerzursachen und -syndrome (Klinik, Diagnostik, Differenzialdiagnose und Therapie) und therapeutische Methoden (medikamentös, interventionell, psychologisch, physikalisch, ergotherapeutisch) inklusive alternativer bzw. komplementärer Verfahren sowie Darstellung der Indikationen und Risiken.

**Fazit:** Ein ideales Nachschlagewerk für schmerzmedizinisch Tätige aus allen Fachdisziplinen und jeder Profession, auch Lehrende und Lernende.

## Nervenkompressionssyndrome

Nervenkompressionssyndrome lassen sich als chronische Druckläsionen peripherer Nerven, meist in fibroossären Kanälen, definieren. Die Behandlung ist abhängig von Art und Dauer der Kompression und zumindest für die beiden häufigsten Kompressionssyndrome in der Regel operativ.

Klinik, Diagnostik und Therapie aller häufigen und seltenen Nervenkompressionssyndrome sind auch in der vorliegenden 4. Auflage des Buches fundiert und detailliert beschrieben. An ihrer Behandlung wirken die Disziplinen Neurologie, Neuroradiologie sowie Operateurinnen und Operateure unterschiedlicher Fachrichtungen (Handchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Plastische Chirurgie) mit. Weitere Kapitel behandeln die elektrophysiologischen und bildgebenden Verfahren zur Diagnosestellung. Auch Sonderformen und die Abgrenzung zu fokalen Neuropathien anderer Ursache sind berücksichtigt. Die operativen Techniken sind mit zahlreichen Zeichnungen und Fotografien veranschaulicht. Videos zur sonografischen Untersuchung und zu den Operationsverfahren sind via App verfügbar.

**Fazit:** Ein wissenschaftlich fundiertes und zugleich praxisnahes Buch, das zum Thema Nervenkompressionssyndrome keine Frage offen lässt.

## Katastrophenmedizin

Infolge des demografischen und gesellschaftlichen Wandels benötigen immer mehr Menschen medizinische und pflegerische Versorgung. Diese Ausgangslage verschärft die Herausforderungen der Ressourcenrationierung bei einem größeren Schadensereignis und im Katastrophenfall.

Das vorliegende Buch gibt konkrete Handlungsempfehlungen für eine Vielzahl von Einsatzlagen. Es richtet sich an die Verantwortlichen, die auf medizinischer, medizinisch-technischer und logistischer Ebene die spezifischen Herausforderungen im Katastrophenschutz zu meistern haben. Behandelt werden Einsatztaktik, spezielle Schadenslagen, Infektionserkrankungen, Chemie- und Strahlunfälle, Ausfall kritischer Infrastrukturen, Risikoanalyse bei Großveranstaltungen, strukturelle und juristische Probleme sowie psychosoziale Krisenintervention und ethische Aspekte. Die überarbeitete und aktualisierte 2. Auflage wurde um Kapitel zur Covid-19-Pandemie, zum Einsatz in Ländern des globalen Südens sowie zur unbemannten Luftrettung mit Drohnen ergänzt.

**Fazit:** Ein breit angelegtes interdisziplinäres Werk für alle ärztlichen sowie nicht-ärztlichen Einsatz- und Hilfskräfte im Katastrophenschutz.

## Wundmanagement – Wundversorgung in der täglichen Praxis

Die Versorgung von Wunden ist ein komplexes Feld in der Medizin und erfordert Spezialwissen ebenso wie einen guten Überblick über die verfügbaren Produkte nebst ihren jeweiligen Vorzügen und Nachteilen.

Der vorliegende Handlungsleitfaden bietet einen fundierten Überblick über die Prozesse der Wundheilung und kann im unüberschaubaren und stetig wachsenden Angebot an Produkten zur Wundbehandlung als Orientierungshilfe dienen. Von Beschreibungen vieler gängiger Wundauflagen bis hin zu Therapieempfehlungen zur Behandlung verschiedener Wunden und Wundstadien vermitteln die Autorinnen und Autoren die allgemeinen Prinzipien der Wundbehandlung sowie Methoden und Produkte zur Unterstützung des Heilungsprozesses. Der Inhalt des Buches steht ohne weitere Kosten digital in der Wissensplattform eRef zur Verfügung (Zugangscode im Buch).

**Fazit:** Eine gute Grundlage zur Überarbeitung und Standardisierung des Wundmanagements im ambulanten wie stationären Bereich, die sich an Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonal und alle an der Versorgung chronischer Wunden beteiligten Berufsgruppen richtet.

## 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](https://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>

**24.–25. 5. 2024, Online / Berlin  
Zertifizierter Kurs Hygienebeauftragte/r Arzt/Ärztin,  
Abschlusskolloquium**

Modul 1 der curriculären Fortbildung „Krankenhaushygiene“ nach den Vorgaben der BÄK und des RKI. Interaktives Seminar mit Abschlusstest nach einem flexiblen E-Learning mit 22 Online-Lernmodulen.

BNC- und BAO-Mitglieder erhalten 20 % Rabatt auf die Kursgebühr

**Information und Anmeldung:**

meduplus GmbH  
Keithstraße 14, 10787 Berlin, Tel.: 030 555792550  
info@meduplus, meduplus.de

## Juni 2024

**7.–8. 6. 2024, Gürzenich Köln  
Westdeutsche Anästhesietage (WAT) 2024**

Themen u. a.: Künstliche Intelligenz in der Anästhesie, Ultraschall 2.0, interprofessionelles Arbeiten, Update Leitlinien, Update Regionalanästhesie, Blutungsmanagement unter DOAK, pharmakologisches Management bei Notfällen, Anästhesiologie in der Kinderdiagnostik, Nachhaltigkeit, Sepsistherapie, Nozirezeptionsmonitoring in der Narkoseüberwachung, ambulantes Operieren

**Information und Anmeldung:**

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg GmbH  
Sophie Auerbach, Neuwieder Straße 9, 90411 Nürnberg  
Tel.: 0911 39316-21, Fax: 0911 39316-78, [auerbach@mcn-nuernberg.de](mailto:auerbach@mcn-nuernberg.de)  
[www.regionaltagungen.de/rt/wat-kongress/index.php](http://www.regionaltagungen.de/rt/wat-kongress/index.php)

**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:**

Aesculap Akademie GmbH, Nicole Hennig  
10117 Berlin, Tel.: 030 516512-30, Fax: 030 516512-99  
[nicole.hennig@aesculap-akademie.de](mailto:nicole.hennig@aesculap-akademie.de)  
<https://germany.aesculap-academy.com>

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

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

**Information und Anmeldung:**

Aesculap Akademie GmbH, Tamara Werner  
78532 Tuttlingen, Tel.: 07461 95-1582, Fax: 07461 95-2050  
[tamara.werner@aesculap-akademie.de](mailto:tamara.werner@aesculap-akademie.de)  
<https://germany.aesculap-academy.com>

**14.–15. 6. 2024, Weimar  
Thüringer Orthopädisch-Unfallchirurgisches Symposium:  
Chirurgie in Praxis und Klinik  
Unter der Schirmherrschaft der KVT, des BVOU, des VLOU  
und der ANC Mitteldeutschland**

Themen u. a.: Endoprothetik, postoperative Nachsorge, Hygienemanagement, Osteoporose, Knorpeltransplantation, Wirbelsäulenerkrankungen, Handchirurgie, Abrechnung (EBM, BG, Hybrid-DRG)

**Information und Anmeldung:**

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar  
Tel.: 03643 559-282, Fax: 03643 559-291  
fortbildung@kvt.de, <https://tagungszentrum.kvt.de>

**18.–21. 6. 2024, Tuttlingen  
Basiskurs Laparoskopische Chirurgie**

Themen u. a.: Laparoskopische Cholezystektomie, Appendektomie, Herniotomie, praktische Übungen u. a. an Pelvi- und Perfusions-Trainern sowie virtuellen Simulations-Trainern

**Information und Anmeldung:**

Aesculap Akademie GmbH, Daniela Rank  
78532 Tuttlingen, Tel.: 07461 95-1582, Fax: 07461 95-2050  
[daniela.rank@aesculap-akademie.de](mailto:daniela.rank@aesculap-akademie.de)  
<https://germany.aesculap-academy.com>

**21.–22. 6. 2024, Hamburg  
DEDZ-Kurs: Anorektale Endosonographie**

**Information und Anmeldung:**

Akademie für anorektale Endosonographie  
Agaplesion Bethesda Krankenhaus Bergedorf, Frau K. Buchholz  
Glindersweg 80, 21029 Hamburg  
Tel.: 040 72554-1211, Fax: 040 72554-1212  
[buchholz@bkb.info](mailto:buchholz@bkb.info), [www.klinik-bergedorf.de](http://www.klinik-bergedorf.de)

## 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](mailto:edz-akademie@enddarm-zentrum.de)  
[www.enddarm-zentrum.de](http://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](mailto: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

Oktober 2024

9.–11.10.2024, Freiburg

**Freiburger Infektiologie- und Hygienekongress 2024**

Information und Anmeldung:

BZH GmbH, Deutsches Beratungszentrum für Hygiene  
Schnewlinstraße 4, 79098 Freiburg/Breisgau  
Tel.: 0761 202678-0, Fax: 0761 202678-11  
info@bzh-freiburg.de, www.bzh-freiburg.de/Hygienekongress

10.–12. 10. 2024, Hannover

**64. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie**

**28. Kongress der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Handtherapie**

Themen u. a.: Handmedizin im Spitzensport, Verzahnung von Therapie und Chirurgie, Auflösung von Sektorengrenzen

Information und Anmeldung:

Intercongress GmbH, Rita Lachowitz  
Ingeborg-Krummer-Schroth-Straße 30, 79106 Freiburg  
Tel.: 0761 69699-220  
reg@intercongress.de, https://dgh-kongress.de

19. 10. 2024, Mannheim

**DEDZ-Proktologie-Kurs, Hämorrhoidalleiden**

Information und Anmeldung:

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

22.–25. 10. 2024, Berlin

**DKOU 2024, Deutscher Kongress Orthopädie und Unfallchirurgie**

**Motto: Zukunft wollen, Zukunft machen**

Themen u. a.: Ambulant vor stationär? Digitalisierung und Big Data, Registerforschung, Standards und Leitlinien, Evidenz in konservativer und operativer Behandlung, moderne chirurgische Verfahren zum Gelenkerhalt, Nachwuchs gewinnen und halten, neue Technologien (Navigation, Robotik, VR, MR)

Information und Anmeldung:

Intercongress GmbH  
Ingeborg-Krummer-Schroth-Straße 30, 79106 Freiburg  
Tel.: 0761 69699-0, Fax: 0761 69699-11  
welcome@intercongress.de, https://dkou.org

November 2024

22.–23. 11. 2024, Frankfurt

**MuskuloSkelettal 2024: Basics und Kontroversen**

Themen u. a.: Sport und Longevity, Hand, Endoprothetik, Wirbelsäule, Knie, Kinderorthopädie & Kindertraumatologie, Physiofortbildung, MFA-Fortbildung

Information und Anmeldung:

Intercongress GmbH, Team MuskuloSkelettal  
Ingeborg-Krummer-Schroth-Straße, 79106 Freiburg im Breisgau  
celine.feillais@intercongress.de  
www.frankfurt-muskuloskelettal.de

23. 11. 2024, Mannheim

**edz-Kurs: Sklerotherapie und Gummibandligatur beim Hämorrhoidalleiden**

Themen u. a.: Diagnostik und Differentialdiagnose, Sklerotherapie und Gummibandligatur, Technik und Durchführung, Ergebnisse, Kontraindikationen und Nebenwirkungen, praktische Übungen und Falldiskussionen

Information und Anmeldung:

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

Schon vormerken: **Bundeskongress Chirurgie 2025**



**BUNDESKONGRESS CHIRURGIE 2025**  
BNC · BAO SEKTORENUNABHÄNGIG FACHÜBERGREIFEND  
CHIRURGEN · ANÄSTHESISTEN · OPERATEURE  
**GEMEINSAM STARK**

Schon einmal vormerken: Vom **21. bis 22. Februar 2025** findet in Nürnberg der nächste Bundeskongress Chirurgie statt. Informationen zu Programm, Teilnahmegebühren und Anmeldung demnächst unter

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

## Kompressionstherapie

# Optimale Unterstützung nach Riss der Achillessehne

Tim Jansen ist selbstständiger Handelsvertreter im Außendienst Orthopädie bei Firma medi GmbH & Co. KG. Er hatte sich im Oktober 2022 die Achillessehne seines rechten Fußes gerissen. Kurz nach der Operation wurde er mit dem medizinischen Kompressionsstrumpf Rehab one® von medi versorgt.

### Lieber Herr Jansen, wie kam es zur Verletzung?

**Jansen:** Ich hatte mich vor dem Fußballspielen nicht aufgewärmt. Nach fünf Minuten im Tor habe ich eine schnelle Bewegung nach vorne gemacht und dabei einen peitschenartigen Knall gehört – meine Achillessehne war gerissen. Daraufhin wurde ich im Krankenhaus operiert. Zu meiner Entlassung, drei Tage später, habe ich eine Unterschenkel-Fußorthese bekommen.

### Haben Sie dann auch den medizinischen Kompressionsstrumpf medi Rehab one getragen?

**Jansen:** Erst eine Woche nach der Operation. Der Fuß und das Sprunggelenk waren stark angeschwollen und schmerzten. Der medi Rehab one

war wie eine Erlösung für mich, da der kompressive Druck von außen auf das Gewebe meine Ödeme reduziert hat. Innerhalb weniger Tage war eine merkliche Besserung sichtbar und die Schmerzen waren kaum mehr spürbar. Zudem war der medizinische Kompressionsstrumpf einfach an- und auszuziehen sowie angenehm zu tragen. Ich habe ihn drei Monate regelmäßig von morgens bis abends getragen und weitere drei Monate nach Bedarf.

### Ist die Verletzung mittlerweile komplett ausgeheilt?

**Jansen:** Verheilt ja, aber ich merke die verletzte Stelle immer noch, vor allem bei ruckartigen Rechts-Links-Bewegungen. Deshalb setze ich nun eher auf Krafttraining im Fitnessstudio oder mache längere Spaziergänge. Durch die Verletzung habe ich gelernt, lieber regelmäßig moderat Sport zu treiben als selten und intensiv!

### Kontakt:

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



 Deutsches Rotes Kreuz

**Ihre Spende hilft!**  
www.drk.de

**Wir können so viel schaffen, wenn wir zusammenstehen.**

Deutsches Rotes Kreuz e.V.  
IBAN: DE63 3702 0500 0005 0233 07  
BIC: BFSWDE33XXX

## Therapie der Varikosis

# Empfehlungen zur schonenden und schmerzarmen Sklerotherapie

Die Flüssig- und Schaum-Sklerotherapie ist eine bei allen Varikoseformen anwendbare endovenöse Behandlungsmethode. Darauf weist die Firma Kreussler Pharma hin. Über die außergewöhnliche Vielseitigkeit hinaus bietet sie etliche weitere Vorteile, die im Laufe des Beratungsgesprächs herausgestellt werden sollten:

**Leitliniengerecht:** Die Flüssig-Sklerotherapie gilt bei Besenreisern als ‚Goldstandard‘, Schaum-Sklerotherapie ist bei größeren Varizen eine gute Alternative zu thermischen oder operativen Verfahren oder kann diese Verfahren sinnvoll ergänzen (s. AWMF-Leitlinie Nr. 037-015).

**Evidenzbasiert:** Während der langen klinischen Anwendungsgeschichte des endovenösen Verfahrens sind zahlreiche Studien und Vergleichsstudien sowie mehrere Cochrane-Analysen erschienen, die das günstige Nutzen-Risiko-Profil der Sklerotherapie bestätigen. Eine kürzlich publizierte multizentrische französische Studie bescheinigt der ultraschallgesteuerten Schaum-Sklerotherapie jetzt, bei der Behandlung von Varizen der Vena saphena parva ebenso gute klinische Ergebnisse zu erzielen und die Lebensqualität im gleichen Maße zu verbessern wie die endovenöse Laserablation.

**Schonend:** keine Anästhesie nötig, so gut wie schmerzfrei, Arbeitsfähigkeit bleibt erhalten.

**Kontakt:** [www.kreussler-pharma.de](http://www.kreussler-pharma.de)

## Phlebologie

# Interventionelle Therapie der Stammvarikose: Von der Indikation bis zum Eingriff

Bei der Wahl der geeigneten Methode zur Behandlung einer Varikose der Stammvenen gilt es, den Grad der venösen Insuffizienz, die betroffenen Venenabschnitte sowie Reflux- und Mündungstypen zu beachten. Für eine aussagekräftige präoperative Diagnostik und die Planung des Eingriffs ist die Duplexsonographie unverzichtbar.

Von Dr. Hans-Jürgen Veltman

Während das Vorliegen einer Varikose prinzipiell konservativ mittels Kompressionstherapie und ggf. einer Anpassung der Lebensgewohnheiten behandelt werden kann, erwägen wir die Indikation zur operativen oder endovenösen Sanierung beim Hinzutreten variköser Stauungsbeschwerden, der Varikophlebitis und/oder den klinischen Merkmalen der chronisch venösen Insuffizienz wie Phlebödem, schwere Corona phlebectatica paraplantaris, Hämosiderinpigmentierungen, Stauungsdermatosen, trophischen Hautläsionen bis hin zur Dermolipo-(faszio-) Sklerose, dem arthrogenen Stauungssyndrom und dem Ulcus cruris varicosum. Entsprechende klinische Befunde werden nach der CEAP-Einteilung (siehe Tab. 1) klassifiziert und sollten im Rahmen der Therapieplanung (foto-) dokumentiert werden.

Anamnestisch sollten zur Einschätzung des Risikos einer geplanten Intervention alle relevanten Begleiterkrankungen, die Medikation, der Body Mass Index (BMI) und neben der Eigenanamnese auch die Familienanamnese bezüglich zurückliegender oberflächlicher oder tiefer Thrombosen bei Familienangehörigen ersten Grades einbezogen werden. Zur Befunderhebung gehören prinzipiell der Ausschluss hämodynamisch relevanter Stenosen der Beinarterien (Pulsstatus, doppler- oder duplexsonographische Beurteilung der peripheren Arterien) und, bei klinischem Verdacht, der Ausschluss einer (Poly-)Neuropathie. Anamnese und Befund ermöglichen somit eine individualisierte physikalische und medikamentöse Thrombembolieprophylaxe. Bei erhöhtem Wundinfektionsrisiko – wie zum Beispiel beim floriden Ulcus cruris, chronischen Lymphödem und schweren entzündlichen Dermatosen im Operationsgebiet – trägt eine präoperative Single Shot-Antibiotika-Gabe zur Senkung postoperativer Wundinfektionen bei.

## Präoperative Duplexsonographie ist unverzichtbar

Dreh- und Angelpunkt der präoperativen Diagnostik vor jeder offenen Operation oder endovenösen Ablation der (Stamm-)Varikose ist die unverzichtbare und subtile Duplexsonographie zum Ausschluss (post-)thrombotischer Schädigungen der Leitvenen, zur Ermittlung der am Rezirkulationskreislauf beteiligten Venen, deren Durchmes-

ser, der proximalen- und distalen Insuffizienzpunkte und somit der Reflux-Strecken sowie der Reflux-Pathophysiologie im Vorfeld zur Planung des Eingriffs und unmittelbar präoperativ zur Befundkontrolle und zum Venenmapping der beteiligten Varizen (siehe Tab. 2). Anhand zweier Studien zur Reflux-Pathophysiologie der Vena saphena magna ▶

Tabelle 1: CEAP-Klassifikation der Varikose und chronisch venösen Insuffizienz

### C Klinische Zeichen

- C0** Keine sichtbaren oder tastbaren Zeichen einer venösen Insuffizienz
- C1** Besenreiser, retikuläre Varizen
- C2** Varikose
- C2r** Rezidivvarikose
- C3** Ödem
- C4** Hautveränderungen infolge der chronischen venösen Insuffizienz
- C4a** Pigmentierung, Ekzem
- C4b** Dermatoliposklerose, Atrophie blanche
- C4c** Corona phlebectatica paraplantaris
- C5** Abgeheiltes Ulcus cruris venosum
- C6** Florides Ulcus cruris venosum
- C6r** Rezidiv eines Ulcus cruris venosum
- CS** Symptomatisch mit Schmerzen, Spannung, Schweregefühl, Hautveränderungen
- CA** Asymptomatisch

### E Ätiologische Klassifikation

- E<sub>c</sub>** Kongenital
- E<sub>p</sub>** Primär
- E<sub>s</sub>** Sekundär (postthrombotisch)
- E<sub>n</sub>** Keine venöse Ursache identifizierbar

### A Anatomische Klassifikation

- A<sub>s</sub>** Oberflächliche Venen
- A<sub>p</sub>** Perforansvenen
- A<sub>d</sub>** Tiefe Venen
- A<sub>n</sub>** Keine venöse Lokalisation identifizierbar

### P Pathophysiologie

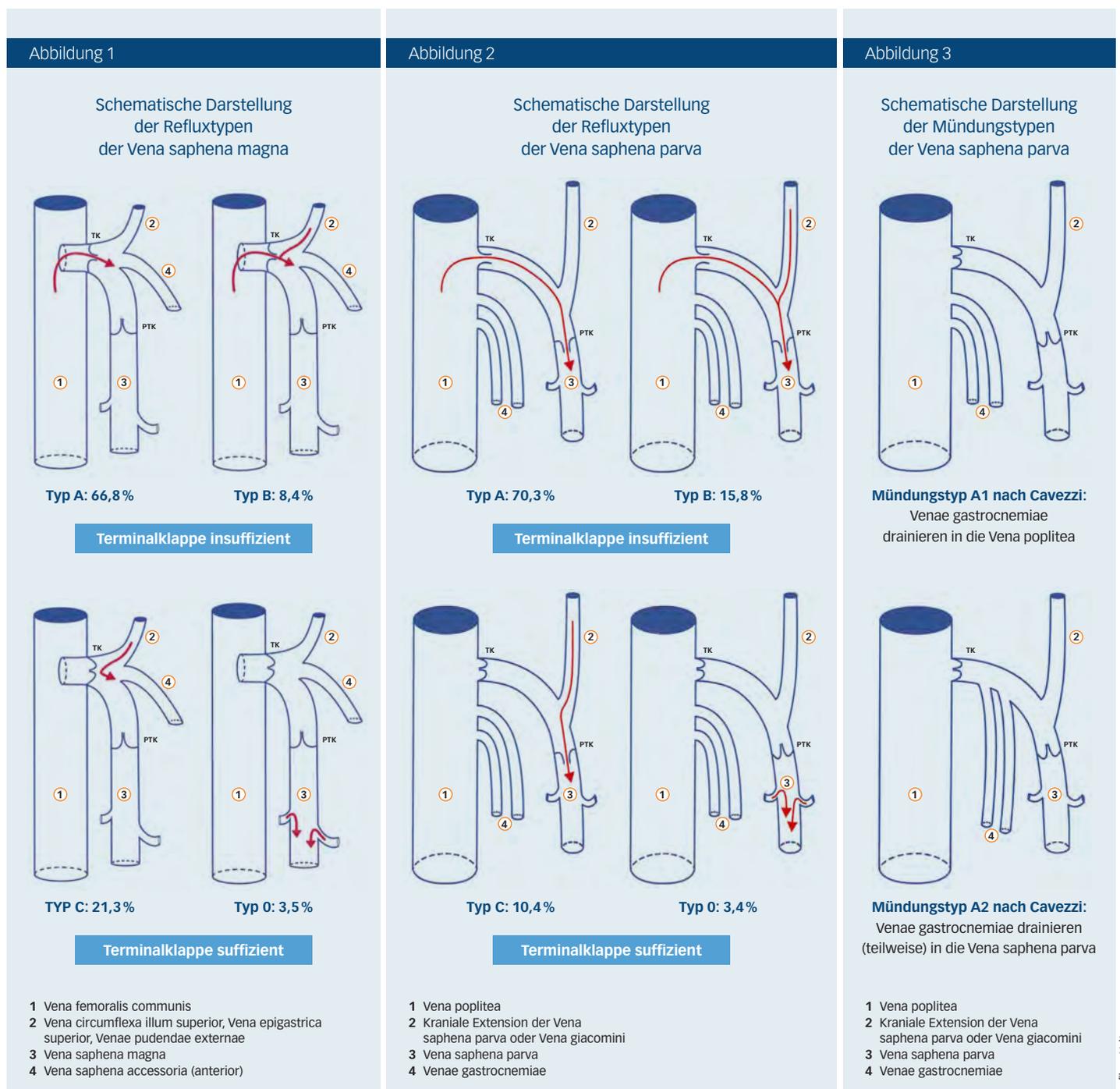
- P<sub>r</sub>** Reflux
- P<sub>o</sub>** Obstruktion
- P<sub>r,o</sub>** Reflux und Obstruktion
- P<sub>n</sub>** Keine venöse Pathophysiologie identifizierbar

und -parva [1,2] konnte gezeigt werden, dass die Reflux-Ursprünge in Abhängigkeit der Terminalklappen-Funktion differieren. Für beide Stammvenen konnten für den Fall einer insuffizienten oder suffizienten Terminalklappe insgesamt je vier verschiedene Refluxtypen definiert werden.

Im Falle der Vena saphena magna wurde in 75% der Fälle eine insuffiziente, jedoch in 25% der Fälle eine suffiziente Terminalklappe ermittelt. Bei Terminalklappeninsuffizienz zeigte sich überwiegend der Refluxtyp A (66,8%) mit Reflux aus der Vena femoralis communis in die Vena saphena magna und/oder akzessorische Saphena-Stämme. Beim Refluxtyp B (8,4%) addierte sich synchron zum saphenofemoralem Reflux ein refluiertes Volumen aus einem oder mehreren kranialen

Crossenästen (Vena epigastrica superficialis, Vena circumflexa ilium, Vena pudenda externa superficialis). Im Falle der suffizienten Terminalklappe überwog Reflux typ C (21,3%), bei welchem das refluierte Blut exklusiv aus einem oder mehreren kranialen Crossenästen stammt. Beim Reflux typ 0 (3,5%) resultierte die retrograde Auffüllung der Vena saphena magna distal der Präterminalklappe diffus aus Seitenästen und/oder Perforansvenen (siehe Abb. 1).

Die Vena saphena parva zeigte in 86% eine insuffiziente und in 14% eine suffiziente Terminalklappe. Bei Terminalklappeninsuffizienz dominierte erneut der Reflux typ A (70,3%) mit Reflux aus der Vena poplitea in die Vena saphena parva. Beim Reflux typ B (15,8%) addierte sich synchron zum saphenopoplitealen Reflux refluiertes Blut aus



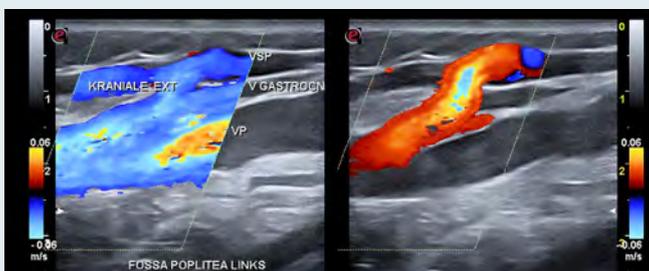
der kranialen Extension der Vena saphena parva oder Giacomini-Vene. Bei suffizienter Terminalklappe bzw. saphenopoplitealer Mündung [3] beobachteten wir erneut den Refluxtyp C (10,4%), bei welchem der Reflux ausschließlich aus der kranialen Extension der Vena saphena parva oder Giacomini-Vene stammt. Beim Refluxtyp O (3,4%) erfolgte die retrograde Auffüllung der Vena saphena parva mündungsfern diffus aus Seitenästen und/oder Perforansvenen (siehe Abb. 2).

Während die Behandlung der insuffizienten Vena saphena magna und parva beim Refluxtyp A und B absolut mündungsnah und beim Typ B ggf. inklusive dilatierter kranialer Crossenäste bzw. inklusive der kranialen Extension der Vena saphena parva oder Giacomini-Vene erfolgen sollte, trägt bei suffizienter Terminalklappe eine mündungsfernere Ligatur oder thermische Ablation zum Erhalt der kranialen Zuflüsse (Refluxtyp C) oder zum Erhalt der Crosse als funktionelle Einheit bei (Refluxtyp O).

### Mündungstypen der Vena saphena parva berücksichtigen

Im Vergleich zur Vena saphena magna zeigt die Vena saphena parva eine komplexere und variabelere Mündungsregion. Verschiedene Mündungstypen wurden bereits 2006 publiziert [4], unter welchen die Typen A1 und A2 für die mündungsnah Operation oder endothermische Ablation wichtig sind. Während beim Mündungstyp A1 alle Venae gastrocnemiae in die Vena poplitea drainieren, nimmt beim Mündungstyp A2 die Vena saphena parva mündungsnah einen Teil der Venae gastrocnemiae auf (siehe Abb. 3, 4), deren Drainage bei einer Intervention möglichst erhalten werden sollte.

Eine weitere Besonderheit der Vena saphena parva-Mündung besteht in ihrer dichten räumlichen Beziehung zum Nervus tibialis und Nervus peroneus communis. [5] Aus diesem Grund sollte eine thermische Ablation in dieser Region ausschließlich in sonographisch kontrollierter Tumescenz-Lokalanästhesie erfolgen, mittels welcher die Vena saphena parva von den Nerven sicher isoliert werden muss.



**Abbildung 4:** Farbduplexsonographische longitudinale Darstellung der Fossa poplitea. Links: distale Waden-Kompression, rechts: distale Waden-Dekompression, Reflux typ A, Mündungstyp A2. VP: Vena poplitea, V GASTROCN: Vena gastrocnemia, KRANIALE EXT: kraniale Extension der Vena saphena parva, VSP: Vena saphena parva.

### Dr. Hans-Jürgen Veltman

Facharzt für Dermatologie und Venerologie,  
Zusatzbezeichnung Phlebologie  
Praxis für Venen- und Hauterkrankungen Jena  
Post-Carré am Engelplatz 8, 07743 Jena  
Tel.: 03641 699100  
Fax: 03641 699110  
j.veltman@venenpraxisjena.de  
www.venenpraxisjena.de



Foto: Veltman

### Tabelle 2: Präoperative Diagnostik vor offener Operation oder endovenöser Ablation der (Stamm-)Varikose

Anamnese
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Varikose seit wann?</li> <li>▶ Welche Beschwerden?</li> <li>▶ Eigen- und Familienanamnese bzgl. Thrombose/Thrombophilie?</li> <li>▶ Eigen-Anamnese bzgl. Vorerkrankungen und Medikation?</li> <li>▶ Diabetes mellitus, Claudicatio intermittens, Nikotinkonsum, BMI?</li> </ul>
<b>OP-INDIKATION?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Individuelle medikamentöse Thrombembolieprophylaxe.</li> </ul>
Befunde
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Fußpulse.</li> <li>▶ Klinische Zeichen der chronisch venösen Insuffizienz (CVI) nach CEAP (Tab. 1), Varizenverlauf.</li> <li>▶ Ggf. Neuropathiestatus.</li> <li>▶ Hauterscheinungen im Rahmen der CVI (z. B. Stauungsekzem, Atrophie blanche, Corona phlebectatica paraplantaris, Ulcus cruris) oder andere (z. B. Psoriasis, atopisches Ekzem).</li> <li>▶ Ödeme? Ggf. differenzialdiagnostische Abklärung (z. B. Phlebödem, chronisches Lymphödem, medikamentös induziert/aggraviert, kardial, renal).</li> </ul>
<b>OP-INDIKATION?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ggf. perioperative Antibiose (single shot präoperativ), ggf. moderate Kompressionstherapie Klasse I bei Arteriosklerose und/oder (Poly-) Neuropathie.</li> </ul>
Apparative Funktionsdiagnostik
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ z. B. Lichtreflexionsrheographie (LRR), Phlebo-Dynamometrie) fakultativ.</li> </ul>
Doppler-Duplexsonographie
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Tiefe Beinvenen: Freiwegig? Hinweis für (zurückliegende) Thrombose?</li> <li>▶ Oberflächliche Beinvenen: – Venenmapping der am Rezirkulationskreislauf beteiligten Stamm-, Seitenast- und Perforansvenen. – Proximaler Insuffizienzpunkt und Reentry des Rezirkulationskreislaufs. – Reflux typ bei Stammvarikose der Vena saphena magna und parva. – Mündungstyp der Vena saphena parva.</li> <li>▶ Neuroanatomie der Fossa poplitea: Individuelle anatomische Lage der Nerven zur Vena saphena parva.</li> <li>▶ Periphere Arterien: Ausschluss einer relevanten Arteriosklerose.</li> </ul>
<b>OP-INDIKATION?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Welche Methode?</li> <li>▶ Wie umfangreich: Komplette oder selektive Sanierung?</li> <li>▶ Wie invasiv: Niveaugleiche Ligatur/(thermische) Ablation, Drainagen-erhaltend, Crossen-erhaltend, Stammvenen-erhaltend?</li> <li>▶ Kompressionsklasse für die physikalische- und individuelle medikamentöse Thrombembolieprophylaxe.</li> </ul>

### Literatur

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



Phlebologie

# Aktuelle Trends in der Behandlung und Abrechnung bei Varikosis

Mit den verschiedenen offenen, thermischen, chemischen oder kombinierten Verfahren stehen in der modernen Varizenchirurgie mittlerweile etliche leitliniengerechte Optionen zur Verfügung. Die Wahl der Therapie sollte sich am Refluxtyp, der Erfahrung des Operateurs und natürlich am Patientenwunsch orientieren.

Von Dr. Philipp Zollmann

Nachdem vor 100 Jahren das Babcock-Stripping als goldener Standard in die Varizen-Chirurgie eingeführt wurde und sich als einfache und sichere Operation etablierte, zeigt sich in den letzten 20 Jahren eine deutliche Trendwende zu minimalinvasiven Eingriffen. Schon die Einführung des invaginierenden Strippings Anfang der 1990er Jahre durch Oesch und die zunehmende Anwendung der Mini-Phlebektomien statt der Klapp'schen Diszisionen führte zu weniger blutigen und lymph-schonenden Operationen.

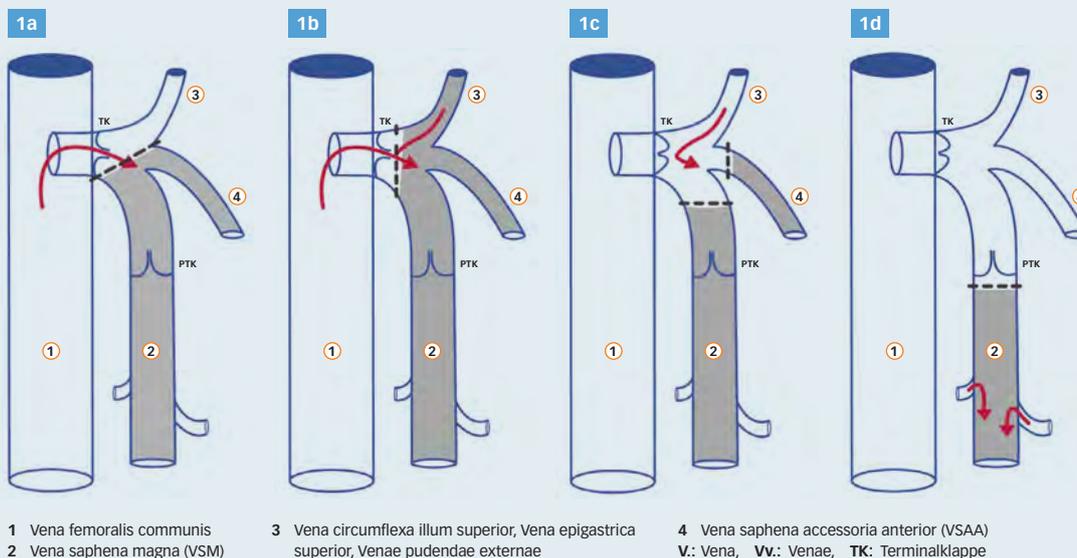
Seit der Jahrtausendwende etablieren sich unterschiedliche endoluminale Verfahren, welche die offenen operativen Verfahren zunehmend ersetzen. Dieser Tatsache wird durch die Anpassung der internationalen operativen Leitlinien sowie des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS, siehe Tab. 1) Rechnung getragen.

Voraussetzung für eine moderne Venenchirurgie ist die sichere Beherrschung des Gefäß-Ultraschalls. Vor jedem Eingriff sollte ein sogenanntes ‚Mapping‘ durchgeführt werden, d.h. dass der Reflux typ festgestellt und der exakte Verlauf des Refluxes auf der Haut markiert und damit das Vorgehen bei der Operation geplant wird. Das gilt auch für refluxive Venae perforantes.

Dabei ist zu beachten, dass in der Leiste bei 25% der Patienten die Terminalklappe suffizient ist, also normal schließt. Bei der Vena saphena parva in der Kniekehle sind es 15%. In diesen Fällen ist eine Ligatur bzw. thermische Behandlung unmittelbar an der Vena femoralis bzw. poplitea kontraindiziert, da der normale Abfluss verhindert würde (siehe Abb. 1). Im Stehen werden zusätzlich die zu entfernenden äußerlich sichtbaren Seitenäste markiert.

Für welche der unten beschriebenen OP-Methoden sich der Operateur letztlich entscheidet, hängt von der jeweiligen Erfahrung, von den technischen Möglichkeiten und natürlich auch vom Patientenwunsch ab. Letztlich sind laut europäischen und inzwischen auch den deutschen Leitlinien alle gängigen Methoden sinnvoll und wirksam.

Abbildungen 1 a–d: Therapie entsprechend Reflux typ (Magnacrosse)



**Abb. 1 a:** Typ A (femoral). TK-nahe oder vollständige Crossektomie, OP: refluxive VSM bzw. VSAA, ggf. VSAA prophylaktisch

**Abb. 1 b:** Typ B (beide). TK-nahe oder vollständige Crossektomie, OP: refluxive VSM bzw. VSAA, ggf. VSAA prophylaktisch und ggf. Verschluss kranialer Venen

**Abb. 1 c:** Typ C (kranial).TK-fern, damit physiologischer Abfluss der kranialen Venen möglich ist, OP: refluxive VSM bzw. VSAA, ggf. VSAA prophylaktisch. Keine Crossektomie!

**Abb. 1 d:** Typ O. TK-fern, damit physiologischer Abfluss der gesunden (z. B. kranialen) Venen möglich ist. Keine Crossektomie!

Grafiken: Zollmann

### Invaginierendes Stripping

Die offene Operation hat unverändert ihre Daseinsberechtigung und hat einigen Studien zufolge eine niedrigere Rezidivrate als die endoluminalen Verfahren [1,2,3]. Der Nachteil ist, dass man in der Regel eine Vollnarkose braucht und damit die Patienten nicht so schnell zu mobilisieren sind. Außerdem gibt es mehr Hämatome sowie Nerven- und Lymphbahnschädigungen, die aber durch eine schonende Durchführung der Operation vermieden werden können. Scharfrandige Stripper-Glocken sollten nicht mehr verwendet und blinde Diszisionen mit dem Klapp'schen Messer sollten nicht mehr durchgeführt werden.

### Endoluminale Eingriffe

Gemeinsames Merkmal ist, dass die insuffizienten Venen endoluminal, d. h. von innen behandelt werden. Man unterscheidet thermische (LASER und Radiowelle) und nicht thermische Verfahren (z. B. Schaumverödung und Venenkleber) (siehe Tabelle 1).

Bei den thermischen Verfahren wird durch Hitzezufuhr eine innere Gefäßschädigung provoziert, die letztlich zum Verschluss des Gefäßes führt. Da dieser Vorgang sehr schmerzhaft ist, muss grundsätzlich eine Betäubung, in der Regel durch Tumescenz-Lokalanästhesie (TLA), erfolgen. Im Gegensatz dazu sind die nicht-thermischen Verfahren nahezu schmerzfrei, da der Schaum durch eine chemische Schädigung des Endothels wirkt und der Kleber die Wand lediglich verklebt, was ebenfalls schmerzfrei ist. Das hat den Vorteil, dass Nervenschäden sicher vermieden werden können und auch im komplikationslosen Verlauf keine Schmerzen auftreten. Der Nachteil der nicht-thermischen Verfahren sind die relativ hohen Rezidivraten und die OP-technisch schlechtere Steuerbarkeit bzw. Exaktheit des Eingriffes [4].

Auffällige Seitenäste können unabhängig von der OP-Methode phlebektomiert oder verödet werden, wobei eine einzeitige Operation aus Patientensicht vorzuziehen ist.

### Dr. Philipp Zollmann

Facharzt für Chirurgie, D-Arzt,  
Zusatzbezeichnungen Phlebologie  
und Handchirurgie

MVZ Dr. Ph. Zollmann und Kollegen  
Engelplatz 8, 07743 Jena  
Tel.: 03641 699300, Fax: 03641 699399  
zollmann@jena-praxisklinik.de  
www.jena-praxisklinik.de

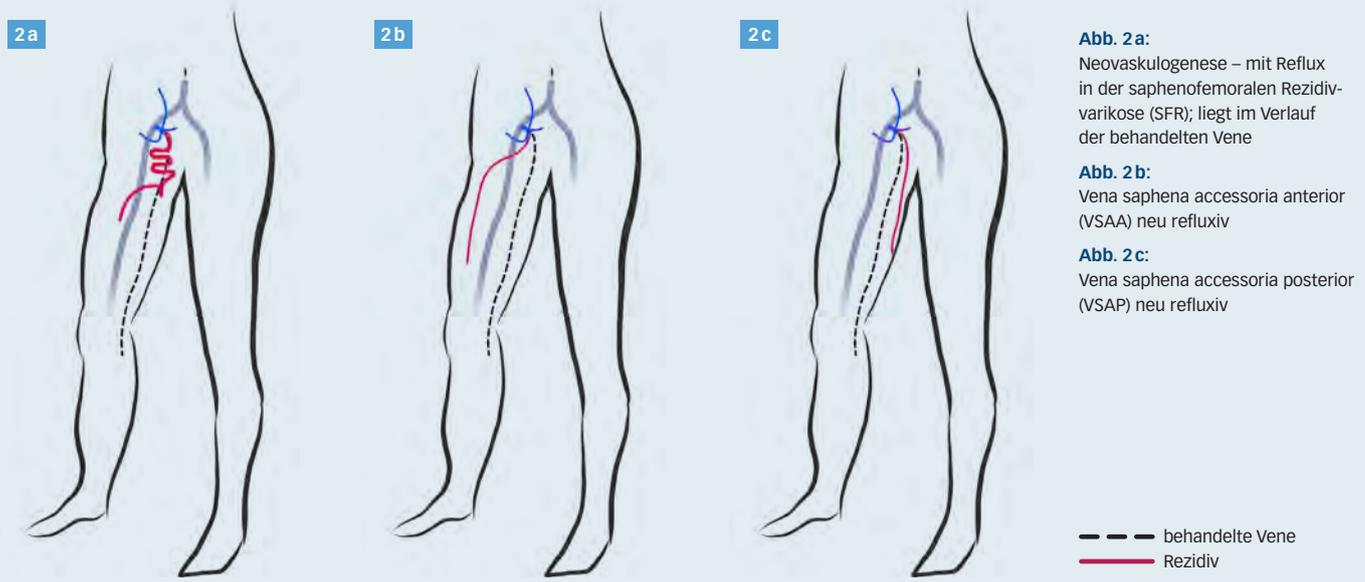


Foto: Zollmann

### Rezidivvarikosis

Die Rezidivraten nach vorausgegangener Krampfaderoperation werden in verschiedenen Studien mit zwischen fünf und 50% angegeben. Das liegt unter anderem daran, dass oft nicht zwischen der Progredienz der Krankheit und einem echten Rezidiv unterschieden wird. Der Operateur muss sich jedenfalls auf Rezidivoperationen einstellen und die Patienten auch entsprechend aufklären. Es hat sich gezeigt, dass sich ein großer Teil der Rezidive aus einer belassenen Vena saphena accessoria anterior (VSAA) entwickelt (siehe Abb. 2b). Weitere Refluxursachen sind die Neovaskulogenese (siehe Abb. 2a) z. B. aus dem Magnastumpf oder über Lymphknotenvenen und natürlich auch ein technisches Versagen (zu wenig Energie oder zu langer Stumpf) bei der Erstoperation. Bei der Behandlung der Rezidive sind endoluminale Methoden (meist in einer Kombination von Schaumverödung und Laser) einer Rezidivcrossektomie überlegen, da man sie jederzeit wiederholen kann und sie mit einiger Erfahrung sicher, wirkungsvoll und schnell durchgeführt werden können, während offene Rezidivoperationen im Narbengebiet sehr anspruchsvoll und zeitraubend sind und gerade bei Neogenese und Lymphknotenvarizen schlechte Ergebnisse bringen [5].

Abbildungen 2a–c: Rezidivvarikosis und neue refluxive Gefäße in der saphenofemoralem Region



**Abb. 2a:**  
Neovaskulogenese – mit Reflux in der saphenofemoralem Rezidivvarikose (SFR); liegt im Verlauf der behandelten Vene

**Abb. 2b:**  
Vena saphena accessoria anterior (VSAA) neu refluxiv

**Abb. 2c:**  
Vena saphena accessoria posterior (VSAP) neu refluxiv

--- behandelte Vene  
— Rezidiv

**Tabelle 1: OPS Phlebologie 2024, 5-385 Entfernung und Verschluss von Varizen**

- \*\*5-385.7** Crossektomie und Exhairese [6. Stelle: 0,4,8-b,x]  
Inkl.: Phlebektomie und/oder Verschluss von Venae perforantes
- \*\*5-385.8** (Isolierte) Crossektomie [6. Stelle: 0,4,8-b,x]
- \*\*5-385.9** Exhairese (als selbständiger Eingriff)
- \*\*5-385.b** Endoluminale Radiofrequenzablation [6. Stelle: 0,4,8-c,x]
- \*\*5-385.c** Endoluminale Rotationsablation mit gleichzeitiger Sklerosierung [6. Stelle: 0,4,8-c,x]
- \*\*5-385.d** (Isolierte) Rezidivcrossektomie [6. Stelle: 0,4,8-b,x]
- \*\*5-385.e** Venenokklusion durch Venenkleber [6. Stelle: 0,4,8-c,x]  
Inkl.: N-Butyl-2-Cyanoacrylat [N-BCA], Enbucrilat
- \*\*5-385.f** Duplexsonographische Schaumsklerosierung
- \*\*5-385.g** Endovenöse Lasertherapie [EVLT] [6. Stelle: 0,4,8-c,x]
- \*\*5-385.h** Endovenöse Lasertherapie [EVLT], bei Rezidiv [6. Stelle: 0,4,8-b,x]
- \*\*5-385.j** Endoluminale Radiofrequenzablation, bei Rezidiv [6. Stelle: 0,4,8-b,x]
- \*\*5-385.k** Rezidivcrossektomie und Exhairese [6. Stelle: 0,4,8-b,x]
- \*\*5-385.x** Sonstige
- 5-385.y** Nicht näher bezeichnet

**Hinweis:** Die Lokalisation ist für die mit \*\* gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren(← für rechts/links/beidseitig):

- 0** (←) Vena saphena magna
- 4** (←) Venae saphenae magna et parva
- 8** (←) Venae saphenae magna et accessoria(e)
- 9** (←) Venae saphenae magna et accessoria(e) et parva
- a** (←) Vena saphena parva
- b** (←) Vena bzw. Venae saphena(e) accessoria(e)
- c** (←) Venae perforantes
- d** (←) Seitenastvene
- x** (←) Sonstige

### Nachbehandlung

Postoperativ erfolgt eine Thromboseprophylaxe mit niedermolekularem Heparin risikoadaptiert für einen Zeitraum zwischen drei und 14 Tagen. Eine Überwachung bis zu zwei Stunden reicht in der Regel aus, eine kurzstationäre Behandlung kann aus sozialen Gründen oder bei großer Entfernung zum Heimatort erfolgen. Eine Krankschreibung erfolgt bis zu einer Woche, nach Stripping ggf. auch etwas länger. Kompressionsstrümpfe beidseitig (auch zur Thromboseprophylaxe) werden für zwei bis vier Wochen empfohlen. Eine Ultraschall- und ggf. Wundkontrolle ist nach zwei bis drei Tagen sinnvoll, für die weitere Kontrolle reicht auch die Videosprechstunde.

### Abrechnung

Die Abrechnung der offenen OP erfolgt über den gültigen EBM. Die Einführung der neuen OPS hat die Honorierung einzelner Prozeduren deutlich verbessert (Beispiele siehe Tabelle 2). Die endoluminalen Verfahren lassen sich bei Kassenpatienten derzeit nur als Selbstzahler-Leistungen oder im Rahmen der integrierten Versorgung über Managementgesellschaften abrechnen. Ob künftig eine Abrechnung über die geplanten Hybrid-DRG (siehe Tabelle 3) möglich sein wird, steht noch nicht fest. Bei Privatpatienten wird eine Abrechnung analog zur offenen Operation akzeptiert.

#### Literatur

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



**Tabelle 2: Vergleich der EBM-Abrechnung 2024 zu 2023 anhand der neuen OPS**

2024		2023	
<b>5-385.78</b>	Entfernung und Verschluss von Varizen: Crossektomie und Exhairese: Venae saphenae magna et accessoria(e) K5	<b>5-385.70</b>	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: Vena saphena magna K4
<b>5-385.79</b>	Entfernung und Verschluss von Varizen: Crossektomie und Exhairese: Venae saphenae magna et accessoria(e) et parva K6	<b>5-385.74</b>	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: Venae saphenae magna et parva K5
<b>5-385.7b</b>	Entfernung und Verschluss von Varizen: Crossektomie und Exhairese: Vena bzw. Venae saphena(e) accessoria(e) K3	<b>5-385.96</b>	Nicht abgebildet – alternativ: Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Seitenastvarize K1
<b>5-385.ka</b>	Entfernung und Verschluss von Varizen: Rezidivcrossektomie und Exhairese: Vena saphena parva K4	<b>5-385.d1</b>	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Rezidivcrossektomie: Vena saphena parva K3
<b>5-385.k0/8/9/b</b>	Diverse Rezidive Magnabereich K5	<b>5-385.d0</b>	Nicht abgebildet – alternativ: Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Rezidivcrossektomie: Vena saphena magna K4

**Tabelle 3: Einstufung der Therapie der Varikosis in die geplante Struktur der Hybrid-DRG**

Hybrid-DRG	korrespondierender DRG
Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem oder Mehrgefäßeingriff oder bestimmte Diagnose oder Rezidivsituation	<b>F39A</b>
Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose ohne Rezidivsituation	<b>F39B</b>

## Phlebologie

# Ulcus cruris venosum an der Sektorengrenze – was ist ambulant möglich?

Wie bei allen chronischen Wunden ist auch beim Ulcus cruris venosum das Erkennen und Behandeln der Ursache essenziell. Die chirurgische Therapie kann in vielen Fällen problemlos ambulant erfolgen. Bewährt hat sich auch die interdisziplinäre Wundbehandlung im Wundnetz mit telemedizinischer Vernetzung aller Behandler.

Von Heiner Schmitz

Ende Januar 2024 hat die Deutsche Gesellschaft für Phlebologie und Lymphologie (DGPL) gemeinsam mit neun weiteren Fachgesellschaften eine aktualisierte Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum (UCV) vorgelegt [1]. Diese entspricht nun dem Entwicklungsstand S2k und spiegelt den aktuellen Wissensstand zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bei Menschen mit UCV einschließlich der Rezidivprophylaxe.

## Ursachen chronischer Wunden

Chronische Wunden können als Ulcus cruris unterschiedlicher Genese, als Malum perforans beim Diabetischen Fußsyndrom (DFS), als Druckulzera unterschiedlichster Ursache oder als therapieresistente Wunde bei nichterkannten Malignomen entstehen. Für den Therapieerfolg ist daher zunächst einmal das Erkennen und Behandeln der Wundursache bzw. der zugrundeliegenden Grunderkrankung essenziell. Im Rahmen der Gefäßdiagnostik gilt es daher herauszufinden, ob es sich um eine venöse oder arterielle Insuffizienz beim Ulcus cruris handelt. Beim DFS muss zwischen einer neuropathischen und einer angiopathischen Genese unterschieden werden. Diese lässt sich durch einfache Tests im Rahmen des Neuropathie-Screenings (Stimmgabeltest) bzw. durch eine arterielle Gefäßdiagnostik bestimmen. Maligne Tumoren, deren Prävalenz in der Literatur mit 2 bis 10% beschrieben wird, und andere seltene Ursachen chronischer Wunden lassen sich durch eine Probenentnahme (Spindelbiopsien oder mehrere ausreichend tief entnommene Stanzbiopsien) nachweisen.

Hierzulande haben die meisten Unterschenkelulzera einen venösen Ursprung. Das UCV ist mit 51 bis 80% die häufigste Form, in 10 bis 15% der Fälle handelt es sich um ein Ulcus cruris arteriosum (UCA) und bei 13 bis 15% um ein Ulcus cruris mit venöser ebenso wie arterieller Komponente. Ein chronisches UCV ist die schwerste Form der chronisch venösen Insuffizienz (CVI). Es gilt als therapieresistent, wenn unter

optimaler phlebologischer Therapie binnen sechs bis acht Wochen keine Heilungstendenz zu erkennen bzw. es nach zwölf Monaten nicht abgeheilt ist. Hauptursachen für ein chronisches UCV sind zum einen das postthrombotische Syndrom (PTS) und zum anderen die primäre Varikosis. Als weitere Ursachen kommen aber auch periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK), Vaskulitiden, Pyoderma gangraenosum, Ulcus cruris hypertonicum Martorell sowie Malignome infrage.

## Diagnostik des Ulcus cruris venosum

Zur Erstdiagnostik des UCV und vor invasiver Therapie empfiehlt sich die farbkodierte Duplexsonographie (FKDS) des oberflächlichen und tiefen Venensystems. Die neue Leitlinie bezeichnet sie als Goldstandard zur Diagnostik des UCV. Hiermit lassen sich der exakte Verlauf, Funktion und Hämodynamik sowie mögliche Obstruktionen und Refluxes des Venensystems nachvollziehen. Wo genau die ‚feeder veins‘ (Nährvarizen) des Ulkus verlaufen, sollte im Vorfeld einer geplanten Operation vorzugsweise der Operateur selbst markieren (siehe Abb. 1). Hierbei ist im Rahmen des Ulkussourcing [2] duplexsonographisch durch Druck auf das Ulcus die Ursache idealerweise im Stromgebiet der

Vena saphena magna (VSM) oder Vena saphena parva (VSP) zu suchen, wobei bei einem UCV am Malleolus medialis nicht immer die VSM, sondern gelegentlich auch die VSP als Nährvarize detektiert wird.

## Chirurgische Therapie des Ulcus cruris venosum

Ziel der chirurgischen Therapie ist es, ineffiziente epifasziale Venenabschnitte und transfasziale Kommunikationen auszuschalten. Dies gilt bei primärer Varikosis ebenso wie bei Varikosis beim gut rekanalisierten PTS und bei Rezidivvarikosis. Als chirurgische Verfahren stehen eine Reihe verschiedener Verfahren zur Verfügung, die bei entsprechender apparativer Ausstattung der OP-Einrichtung in der Regel problemlos ambulant umsetzbar sind: ▶



Abb. 1: präoperative Markierung der Nährvarizen („feeder veins“)

Foto: Schmitz

- ▶ **Stadiengerechte Varizensanierung.** Varizen im Stromgebiet der VSM und der VSP können – je nach Erkrankungsstadium – konventionell mittels Crossektomie und Stripping, endoluminal mittels Laser, Radiowelle, Venenkleber oder Schaumbehandlung, durch isolierte Behandlung insuffizienter Perforansvenen (offen, endoskopisch oder endoluminal) oder durch eine Schaumbehandlung der Ulkusröhren saniert werden. In unserem OP-Zentrum werden nahezu 98% der Patienten mit Ulcus cruris mittels endoluminaler Varizentherapie saniert. Auf diesem Gebiet haben wir über 20 Jahre Erfahrung. Eine selektive Therapie der insuffizienten Venenabschnitte gerade bei Rezidivvarikose und PTS ist hierbei nahezu immer möglich. Nach jüngsten Erfahrungen ist auch bei torquierten Varizenabschnitten die endoluminale Therapie dieser Abschnitte mit ‚Auffädeln‘ der Varizen mit Katheter und Lasersonde und nachfolgender Obliteration der Schaumsklerosierung vorzuziehen.
- ▶ **Shave-Therapie.** Bei der tangentialen, ausschließlich suprafazialen Nekros- und Fibrosektomie mit meist einzeitiger Mesh-Graft-Plastik handelt es sich um einen rein symptomatischen Therapieansatz. Dieses Verfahren wurde Mitte der 1990er Jahre in Lübeck etabliert [3]. Hierbei können selbst große Ulzerationen schichtweise unter Verwendung des Dermatomes sukzessive unter Belassung der Fascia cruris abgetragen werden. Eine ambulante bzw. kurzstationäre Behandlung in geeigneten spezialisierten OP-Zentren ist in vielen Fällen möglich. Gamaschenulzera mit ausgeprägten Nekrosen sollten einer stationären Behandlung vorbehalten bleiben.
- ▶ **Fasziektomie.** Die operative Therapie mit Behandlung der Fascia cruris (paratibiale Fasziotomie, partielle oder krurale Fasziektomie) ist Ulzerationen mit schwerer fibrosierender Dermatolipofaszioklerose mit Kalzifizierungen und Therapieversagern nach Shave-Therapie vorbehalten. Hierbei handelt es sich um eine chirurgisch radikale Sanierung von bis auf Muskulatur und Sehnen reichenden Ulcera cruris (siehe Abb. 2a–c). Diese doch sehr invasive und radikale Chirurgie sollte im Regelfall spezialisierten stationären Einrichtungen überlassen werden. Die auch hier anzustrebende einzeitige Spalthautplastik erfolgt auf das zu schonende Peritendineum bzw. zarten muskulären Gleitschichten. Eine zeitweilige Immobilisation der Extremität zum besseren Einheilen der Hautplastik sollte zumindest bei zirkulären kruralen Defekten erfolgen.

Die chirurgische Therapie des UCV sollte wann immer möglich ambulant und unter Regionalanästhesie erfolgen. Hierfür eignet sich insbesondere die ultraschallgestützte distale Ischiadicus-Blockade. Sie kann z. B. bei der Entnahme von Spalthaut am Oberschenkel mit einer Lokalanästhesie kombiniert werden.

### Therapiebegleitende Maßnahmen

Begleitend zur chirurgischen Therapie haben für die Behandlung des UCV aber auch weitere Maßnahmen Bedeutung:

- ▶ **Kompressionstherapie.** Ziel ist es, die Druck- und Volumenüberlastung im venösen System durch Kompression zu reduzieren, um so zur Entstauung der betroffenen Extremität bzw. zur Erhaltung des entstauten Beines beizutragen. Hierzu kommen unterschiedliche Maßnahmen zum Tragen. Neben den Phlebologischen Kompressionsverbänden (PKV) kommen Medizinisch Adaptive Kompressionssysteme (MAK) sowie vor allem unterschiedliche Medizinische Kompressionsstrümpfe (MKS) zur Anwendung. Hier kann in Einzelfällen die Verwendung flachgestrickter Maßanfertigungen hilfreich sein. Im Rahmen der Ulkustherapie haben sich Mehrkomponentenstrümpfe bewährt, die in der Regel aus zwei Strumpfsystemen bestehen. Welche Kompressionsversorgung zu welchem Zeitpunkt bzw. welche überhaupt angewendet wird, ist von Faktoren wie Ulkusort und -ausdehnung, sozialer Situation, Ausbildungsstand der pflegenden und anwendenden Personen und natürlich von den Komorbiditäten abhängig. Nicht zuletzt spielen auch die Mobilität und die Akzeptanz des Patienten eine entscheidende Rolle. Kontraindikationen für die Anwendung einer Kompression gibt es nur wenige (dekompensierte Herzinsuffizienz Stadium NYHA III–IV, Phlegmasia coerulea dolens). Die PAVK sollte im Regelfall kein Hinderungsgrund für eine Kompressionstherapie darstellen. Dies sollte nur für schwerste Durchblutungsstörungen zum Erhalt der Extremität gelten.
- ▶ **Lokaltherapie.** Das von mir hier nach wie vor bevorzugte Konzept ist das TIME-Schema [4]. Hierbei spielen die Beurteilung des Gewebes (**T**issue), die Infektion (**I**nflammation), der Flüssigkeitshaushalt der Wunde (**M**oisture) sowie der Wundrand (**E**dge) eine entscheidende Rolle. In der universitären Wundbehandlung kommt das **MOIST**-Schema zur Anwendung [5]. Chirurgische Maßnahmen mit regel-



**Abb. 2 a–c:** Fallbeispiel eines 83-jährigen Patienten mit seit vielen Jahren bestehendem kruralen, bis auf Muskulatur und Sehnen reichenden Gamaschenulcus. Chirurgisch radikale Sanierung durch radikale Fasziektomie (1a) und anschließende einzeitige Spalthautplastik (2b). Abb. 2c zeigt das Einheilungsergebnis nach vier Wochen

Foto: Schmitz

mäßigen Wunddebridements (u. a. Ringkürette, Skalpell, scharfer Löffel) in lokaler oder regionaler Anästhesie kommen ebenso zur Anwendung wie das Anfrischen des Wundrandes mittels radiärer Inzisionen. Ebenso können medizinische Fliegenmaden im Biobag als ‚Biochirurgen‘ eingesetzt werden. Obligat sollte initial und im Verlauf der Wundbehandlung immer ein Wundabstrich entnommen werden, um eine optimale resistenzgerechte antimikrobielle Behandlung zu gewährleisten. Die Themen ‚begleitende Vakuumversiegelung‘ und ‚Wundauflagen‘ könnten einen eigenen großen Artikel füllen und werden hier daher nicht mitbehandelt. Lediglich der Hinweis, dass man das Übereinanderstapeln verschiedener Wundauflagen unterlassen sollte – ein sogenannter ‚Wundburger‘ [6] –, sollte gestattet sein.

- ▶ **Physiotherapie.** Hier kommen sowohl eine allgemeine Krankengymnastik mit Mobilisation des häufig bewegungseingeschränkten oberen und unteren Sprunggelenkes (arthrogenes Stauungssyndrom nach Hach und Langer [7]) im Rahmen der CVI als auch eine komplexe physikalische Entstauungstherapie (KPE) infrage. Hierbei kommt es neben der Förderung der Beweglichkeit der unteren Extremität und Mobilisation der Muskelpumpe zu positiven Effekten auf Hämodynamik sowie Ödembildung. Allgemeine körperliche Aktivität trägt neben rascherer Ulkusheilung auch zur Rezidivprophylaxe bei. Die manuelle Lymphdrainage (MLD) ist wichtigster Faktor der KPE zur Behandlung des primären oder sekundären Lymphödems. Ein florides Ulcus cruris sollte bei entsprechend günstigen Infektionsstatus keine Kontraindikation zur MLD mit entsprechender Behandlung des Wundrandödems darstellen.

### Interdisziplinäre Wundbehandlung im Wundnetz

Bewährt hat sich auch die interdisziplinäre Wundbehandlung aller ambulanten und stationären Wundbehandler in Wundnetzen, wie sie sich mittlerweile in etlichen Regionen Deutschlands etabliert haben. Das Wundnetz der Region Jena/Thüringen, mit dem auch unsere Praxis-klinik intensiv zusammenarbeitet, integriert etliche verschiedene Berufs- und Fachgruppen sowie Versorgungsformen (siehe Abb. 3):

- ▶ Phlebologische Spezialpraxis mit Erfahrung in Wundbehandlung,
- ▶ Enge Kooperation mit Haus- und Fachärzten,
- ▶ Interdisziplinäre Wundsprechstunde,
- ▶ Ambulantes OP-Zentrum,
- ▶ Vernetzung mit stationären Strukturen (Angiologie, Dermatologie, Diabetologie und Gefäßchirurgie),
- ▶ Sanitätsfachhandel mit Wundschwestern,
- ▶ Pflegedienste,
- ▶ Physiotherapie.

### Erleichterte Kommunikation mittels Telemedizin

In den vergangenen Jahren hat sich für die Zusammenarbeit im Wundnetz insbesondere die Vernetzung mittels Telemedizin bewährt. Sie erleichtert die Kommunikation der Partner im Wundnetz ebenso wie den Austausch mit Pflegediensten beim Patienten zu Hause oder

#### Heiner Schmitz

Facharzt für Chirurgie,  
Zusatzbezeichnung Phlebologie  
Praxisklinik Jena  
Engelplatz 8, 07743 Jena  
Tel.: 03641 699300  
Fax: 03641 699399  
schmitz@jena-praxisklinik.de  
www.jena-praxisklinik.de



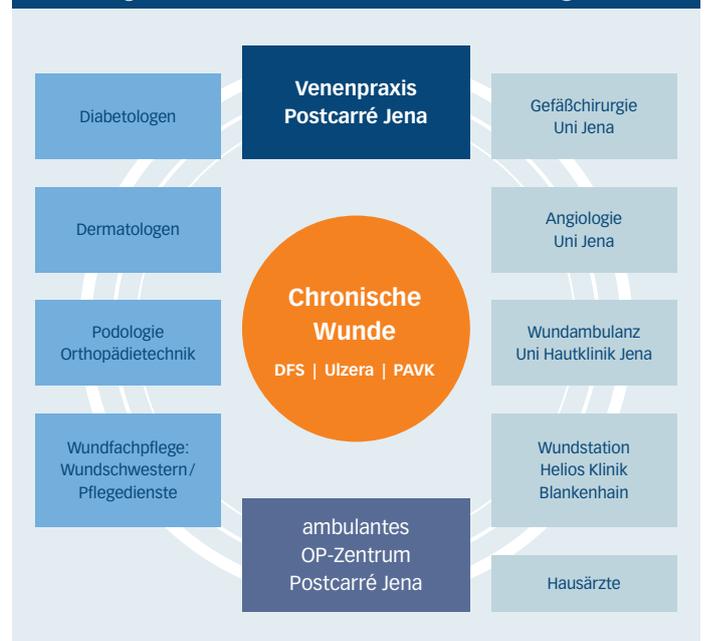
Foto: Schmitz

mit den Patienten selbst. Über unsere Praxissoftware Tomedo der Firma Zollsoft und die dafür verwendete App können wir selbst über längere Strecken auch bei hochbetagten Patienten eine entsprechende Wundberatung und -kontrolle durchführen. Ob Kinder oder Enkelkinder die älteren Angehörigen lieber über hundert Kilometer in die Praxis fahren oder ganz entspannt den Senioren beim Videocall helfen, lässt sich an der gut frequentierten Videosprechstunde unserer Praxis beurteilen.

#### Fazit

Eine erfolgreiche Behandlung des Ulcus cruris hängt immer vom Engagement, der Erfahrung und dem Willen zur Interdisziplinarität der jeweiligen Behandler ab. In geeigneten OP-Zentren können Ulcera cruris bzw. Ulcera crurum auch ambulant bzw. kurzstationär behandelt und operiert werden. Das Erkennen und Behandeln der zugrundeliegenden Ursache ist der Schlüssel zum Erfolg. ◀

Abbildung 3: Struktur des Wundnetzes Jena/Thüringen



#### Literatur

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



## Bundeskongress Chirurgie

# Herniensymposium: Neue Standards für Netz, Naht, Antibiose und Histologie?

Die Leitlinien der Fachgesellschaften sind zweifelsohne wichtige Leitplanken für die chirurgische Entscheidungsfindung. Doch in manchen Punkten widersprechen sie auch der klinischen Erfahrung, medikolegalen Anforderungen oder dem Wirtschaftlichkeitsgebot, wie eine Sitzung beim Herniensymposium in Nürnberg zeigte.

Von Antje Thiel

In jüngster Zeit haben es sich fast alle medizinischen Fachdisziplinen zum Ziel gesetzt, durch nachhaltigere Konzepte einen Beitrag zum Klimaschutz zu leisten. Dies gilt auch für die Chirurgie, wo – natürlich unter Beachtung von Patientensicherheit und Hygienestandards – die sogenannten 5 R (reduce, recycle, reuse, research und rethink) als nachhaltige Leitstruktur dienen sollten. [1] Dr. Andreas Koch, niedergelassener Hernienspezialist aus Cottbus, mag diesem Trend zwar nicht hundertprozentig folgen, „aber auch wir müssen uns Gedanken machen, wie wir einen kleinen Beitrag leisten können.“

Bereits durch die ambulante Leistungserbringung und Eingriffe in Lokalanästhesie, die der Literatur zufolge sogar bei adipösen Patientinnen und Patienten sicher durchführbar sind [2], ließen sich viele Ressourcen sparen, meinte Dr. Koch. Ein weiterer, aus der Perspektive der Nachhaltigkeit mindestens ebenso relevanter Aspekt sei der Einsatz von Fremdmaterial. „Denn wenn wir über Hernienchirurgie reden, läuft es ja in der Regel auf Netz-Chirurgie hinaus“, meinte Dr. Koch und verwies auf die jüngsten Leitlinien der internationalen Herniengesellschaften [3], wonach bei symptomatischen unilateralen wie bilateralen Leistenhernien und auch Hernienrezidiven der Einsatz eines Netzimplantats angezeigt ist.

## Spannungsfreier Verschluss auch mit Shouldice möglich

„Wer netzfreie Verfahren anwendet, bewegt sich mittlerweile in einer Grauzone“, kritisierte der Chirurg. Oft heiße es, die netzfreien Verfahren seien nicht evidenzbasiert untersucht worden. „Dabei war vor Einführung der Netze das Nahtverfahren nach Shouldice Standard!“ Wegen der lebenslangen Risiken von Netzimplantaten (Netzmigration, Fremdkörperreaktion), die auch in den Leitlinien Erwähnung finden, seien Operationsmethoden ohne Netzimplantate insbesondere bei jungen Patientinnen und Patienten zumindest erwägenswert. „Wenn man die erste Nahtreihe richtig setzt, ist auch mit dem Verfahren nach Shouldice ein spannungsfreier Verschluss möglich“, betonte Dr. Koch.

Er präsentierte eigene Daten zu knapp 3.000 Shouldice-Operationen, die er zwischen 2015 und 2022 durchgeführt hat. Nur in 0,1% der Fälle

sei es zu Wundinfektionen und lediglich in 0,8% der Fälle zu Rezidiven gekommen. Auch die Rate postoperativer chronischer Leistenschmerzen – eine Komplikation, der mittlerweile höherer Stellenwert eingeräumt werde als der Rezidivproblematik – war mit 1,0% sehr gering. Für Dr. Koch haben die Nahtverfahren daher weiterhin ihren Stellenwert: „Es ist eine krasse Fehlentwicklung, dass sie zunehmend aus Leitlinien, Lehrbüchern und damit der Ausbildung verdrängt werden. Chirurgen sollten indikations- und nicht ideologiebezogen agieren!“

## Dreidimensionale Netze haben ebenfalls ihre Berechtigung

Sein Nürnberger Kollege Dr. Frank Sinning – als niedergelassener Chirurg ebenfalls auf Hernien spezialisiert – entgegnete allerdings: „Ein Problem beim Shouldice ist die recht flache Lernkurve, das ist in der Weiterbildung nur schwer abzubilden.“ Doch auch bei fertig ausgebildeten Chirurginnen und Chirurgen plädierte er für eine pragmatische Herangehensweise: „Wer eine schlechtere Methode gut beherrscht, ist oft besser als jemand, der eine gute Methode schlecht beherrscht.“

Angesichts des „großen Blumenstraußes an Methoden“ haben in seinen Augen auch die dreidimensionalen Netze weiterhin ihre Berechtigung. Sie ließen sich insbesondere im ambulanten Sektor gut und zuverlässig handhaben, zudem sei die Methode „fehlerresistent und verzeiht auch einmal eine schlechte Tagesform bei Chirurg und Patient“, berichtete Dr. Sinning. Für ihn sind bei der Entscheidungsfindung für oder gegen eine ambulante Operation weniger das Patientenalter oder medizinische Risikofaktoren relevant, sondern vielmehr das gesamte Setting. Er selbst blicke 2024 auf 4.132 Hernienoperationen mit 15 Jahren Follow-up zurück. Anteil der ambulant durchgeführten Eingriffe: 92%, Rate der der Patientinnen und Patienten unter Antikoagulanzen: >34%. Sogar ein 100-jähriger Patient habe sich kürzlich ambulant von ihm operieren lassen: „Und der beschwerte sich nur darüber, dass auf der Brezel im Aufwachraum nicht genug Butter war.“

## Weniger Rezidive bei schwergewichtigen Netzen

Philipp Niebuhr, Chirurg am Hamburger Hernien Centrum, wiederum lenkte die Aufmerksamkeit des Plenums auf den Stellenwert des

Netzgewichts in der laparo-endoskopischen Leistenhernienchirurgie. „Bislang war die Diskussion von der Annahme geprägt, dass das Netzgewicht zwar die Rezidivrate nicht beeinflusst, aber schwergewichtige Netze mehr Fremdkörpergefühl verursachen“, berichtete der Hernien-spezialist.

Neuere Daten aus einer Metaanalyse zeigten allerdings, dass das Rezidivrisiko bei leichtgewichtigen Netzen sich gegenüber schwergewichtigen Implantaten im Mittel mehr als verdoppelt [4]. Zu ähnlichen Ergebnissen komme eine Analyse von Daten aus dem schwedischen Hernienregister [5]. „Daraus könnte man schließen, dass man in der laparo-endoskopischen Hernienchirurgie wieder zu schwergewichtigen Netzen greifen sollte“, so das Fazit von Niebuhr.

### Widersprüchliche Aussagen zur Antibiotikaphylaxe

Auch bei der Frage, ob in der Hernienchirurgie eine präoperative Antibiose obligat ist, gilt es abzuwägen, wie der Vortrag der Hernienchirurgin Dr. Caroline Reiche vom Krankenhaus Bad Soden verdeutlichte. Sie konnte nicht persönlich am Symposium teilnehmen, hatte allerdings ein Video ihres Vortrags übermittelt, das im Plenum eingespielt wurde.

Aus krankenhaushygienischer Sicht ist das Ziel der perioperativen Antibiotikaphylaxe (PAP) die Prävention von Infektionen, wobei sie keinen Ersatz für grundlegende Hygienemaßnahmen zur Prävention postoperativer Infektionen, für aseptisches Arbeiten und für gewebe-schonende Operationstechniken darstellt [6]. „In der Leistenhernienchirurgie besteht allerdings generell ein eher geringes Infektionsrisiko“, meinte die Chirurgin. Allerdings könne die PAP bei der Implantation von Fremdmaterial wie Herniennetzen aufgrund des Risikos für chronische Netzinfectionen durchaus angezeigt sein [7].

Dennoch rate die erst kürzlich aktualisierte Leitlinie der Hernia-Surge-Gruppe [8] bei offenen oder laparo-endoskopischen Leistenhernienoperationen in einer Umgebung mit geringem Infektionsrisiko explizit von einer PAP ab – wohlwissend, dass viele Chirurginnen und Chirurgen diesem Rat aus medikolegalen Gründen nicht folgen und die PAP-Indikation großzügiger stellen.

Definitiv angezeigt sei eine PAP allerdings beim Vorliegen der klassischen Risikofaktoren wie Adipositas, Rauchen, Diabetes, Steroid-einnahme, in Notfallsituationen, bei Netzimplantation und bei offenen Operationen. Bei einem entsprechenden Risikoprofil empfiehlt Dr. Reiche eine PAP 30 bis 60 Minuten vor dem Hautschnitt mit erneuter Gabe nach etwa drei Stunden OP-Zeit oder einem Blutverlust von mehr als einem Liter. Das Antibiotikum sollte dabei auf das erwartete Erregerspektrum abgestimmt werden.

### Histologische Untersuchung von Lipomen und Bruchsäcken

Nicht ganz eindeutig scheint die Lage auch, wenn es um das Für und Wider einer histologischen Untersuchung von resezierten Lipomen oder Bruchsäcken geht. „Obligat bedeutet unerlässlich oder verpflichtend. Doch wer verpflichtet uns? Wem sind wir verpflichtet? Und auf welcher Datenlage beruht die Verpflichtung?“ fragte Prof. Matthias Seelig, Chirurg und Ärztlicher Direktor am Krankenhaus Bad Soden.

### 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

Er gab zu bedenken, dass Vertragsärztinnen und -ärzte einerseits nach §12 SGB V dem Wirtschaftlichkeitsgebot verpflichtet sind, wonach Leistungen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen.

Gleichzeitig gelte aber auch der Facharztstandard, der ihnen auferlegt, ihre Patientinnen und Patienten nach dem „anerkannten und gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaft des jeweiligen Fachgebiets zum Zeitpunkt der Behandlung zu betreuen“. Ungeachtet einer Einordnung der Bundesärztekammer, wonach auch unter Berücksichtigung möglicher Haftungsrisiken nicht grundsätzlich eine histologische Untersuchung veranlasst werden sollte, seien „Pathologen natürlich fest davon überzeugt, dass jedes entnommene Gewebe untersucht werden muss“, erklärte Prof. Seelig mit einem Augenzwinkern.

Allerdings könnten beispielsweise Lipome des Samenstrangs durchaus klinisch relevant sein: „Als einziges Lipom kann ein Samenstranglipom Tumore ausbilden“, sagte er. Diese Tumore – in erster Linie Samenstrang-Liposarkome – kämen äußerst selten vor, betonte er mit Blick auf ein eigenes Literatur-Review. Demnach wurden zwischen 1980 und 2019 weltweit insgesamt lediglich 19 Fälle beschrieben, in denen bei einer Leistenhernienoperation zufällig ein Liposarkom entdeckt wurde [9]. Die Kosten von 12,65 Euro für die entsprechende histologische Untersuchung mittels Hämatoxylin-Eosin-Färbung seien zwar moderat und im Vergleich zu den GKV-Gesamtausgaben vernachlässigbar. Eine routinemäßige histologische Untersuchung rechtfertige dies in Anbetracht des Wirtschaftlichkeitsgebots jedoch nicht.

Anders beurteilt er die Lage bei einem resezierten Bruchsack, bei dem man gelegentlich auf primäre peritoneale Tumore oder Peritonealkarzinomen stoßen könne. Hier hält Prof. Seelig eine routinemäßige histopathologische Untersuchung im Falle einer Resektion beim Erwachsenen für sinnvoll, weil metastatische Ansiedlungen mit einer Wahrscheinlichkeit von 0,2% detektiert werden könnten. „Grundsätzlich gilt, dass ein Lipom oder Bruchsack natürlich immer eingeschickt werden sollte, wenn es palpable Auffälligkeiten oder Schmerzen gibt“, betonte Prof. Seelig. Doch die Frage, ob in der Leistenhernienchirurgie jedes Resektionspräparat routinemäßig eingeschickt werden sollte, lasse sich nicht pauschal mit ‚Ja‘ beantworten. ◀

### Literatur

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



## Forum Hygiene

# Von der bloßen Surveillance zur gelebten Verantwortung

Das erste Forum Hygiene vom 26. bis 27. Februar 2024 war aus dem Stand ein voller Erfolg. Es bot den 142 Teilnehmenden ein breites Themenspektrum von nosokomialen Infektionen und Händehygiene über chirurgische Wundinfektionen bis hin zur Infektionsprävention, ließ aber auch viel Raum für Diskussionen und Austausch.

Von Antje Thiel

Eine der zentralen Erkenntnisse der Medizingeschichte des 19. Jahrhunderts ist die bedeutende Rolle der richtigen Händehygiene für die Infektionsprävention, für die der ungarisch-österreichische Arzt Ignaz Philipp Semmelweis in Wien die Grundlagen legte. „Böse Zungen sagen, die zehn wichtigsten Gründe für nosokomiale Infektionen sind unsere zehn Finger“, meinte dazu Dr. Georg-Christian Zinn vom Bioscientia ZHI – Zentrum für Hygiene und Infektionsprävention in Ingelheim. Die haftungsrechtlichen Folgen unzureichender Händehygiene seien klar, sie gilt als grober Behandlungsfehler. Dennoch würden die Erkenntnisse des Hygiene-Pioniers Semmelweis seit 175 Jahren mit nur mäßigem Erfolg gepredigt. „Wir müssen weiter für die Händehygiene kämpfen und Compliance messbar machen“, forderte Dr. Zinn.

Von der erforderlichen Compliance-Rate von 80 % in puncto Händehygiene sei man im Gesundheitswesen leider noch weit entfernt: Während auf Intensivpflegestationen 50–60 % des Personals korrekte Händehygiene praktizierten, seien es in anderen Funktionsbereichen lediglich 30–40 %. Pflegekräfte verhielten sich mit 48 % gewissenhafter als ärztliches Personal (32 %), vor dem Patientenkontakt sei die Compliance mit 47 % höher als nach dem Patientenkontakt (21 %).

## Hygiene als Wettbewerbsvorteil

Dabei gelte gute Krankenhaushygiene auch in der breiten Bevölkerung mittlerweile als wichtiges Qualitätskriterium, betonte Dr. Zinn. Gute Hygiene sei also ein klarer Wettbewerbsvorteil. „Damit Hygieneregeln befolgt werden, müssen sie sinnvoll, klar definiert, bekannt, durchführbar, von Führungskräften akzeptiert und gefördert und kosteneffektiv sein“, erklärte Dr. Zinn. Entsprechend komme es bei der Compliance immer dann zu Schwierigkeiten, wenn Regeln nicht klar definiert, schwer umsetzbar, widersprüchlich und zu teuer sind – oder nicht von allen getragen bzw. von der Führungsebene nicht unterstützt werden. Dr. Zinn empfahl, nicht mit Druck und Strafen zu arbeiten, sondern auf Fortbildung, Beobachtung und Feedback, Kontrollmechanismen, klare schriftliche Protokolle sowie freundliche Erinnerungen zu fokussieren, wenn man Versäumnisse bemerkt. „Es müssen aber auch

genug Zeit und Kapazitäten gestellt werden. Ansonsten können wir uns den Mund fusselig reden, dann bringt ein Compliance-Programm wie die ‚Aktion Saubere Hände‘ nichts“, mahnte Dr. Zinn. Sein Fazit: Freundlich und humorvoll, aber hartnäckig sein, Versäumnisse analysieren, dranbleiben und Fehlschläge nicht persönlich nehmen.

## Infektionsketten durchbrechen

Eine ähnliche Haltung vertrat auch Dr. Kristina Böhm vom Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD), die den Status Quo der Hygiene beim ambulanten Operieren (AOP) beleuchtete. „Wenn sich das Gesundheitsamt ankündigt, sorgt das oft für Stress in den Einrichtungen“, berichtete sie. Dabei sei der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) nicht nur für die Einhaltung gesetzlicher Vorschriften, sondern auch für Beratung und Hilfestellung zuständig. Letztlich verfolgten doch alle Beteiligten ein gemeinsames Ziel, nämlich Infektionsketten zu durchbrechen.

Bei AOP-Einrichtungen seien vor allem Baumaßnahmen ein neuralgischer Punkt. „Oft setzen sich Praxisinhaber bei Bau oder Umbau nicht mit den entsprechenden Hygieneanforderungen auseinander. Dabei kann eine frühe Einbeziehung des Gesundheitsamts noch vor dem Bauantrag ggf. sogar Kosten sparen“, betonte Dr. Böhm. Häufig fehle es an Platz, aber auch an Kenntnis der umfangreichen gesetzlichen Grundlagen wie Infektionsschutzgesetz, Hygiene- und Bauverordnungen der Länder, KRINKO-Empfehlungen, TRBA 250 etc. Diese seien für Einzelne schwer überschaubar und zum Teil auch nicht harmonisiert.

„In Bestandspraxen werden oft zusätzliche Räume ‚fix‘ zu Eingriffsräumen umgewidmet. Und bei Praxisübernahmen werden oft nicht alle hygienisch relevanten Unterlagen übergeben“, beschrieb sie ihre Beobachtungen. Daneben sehe sie „oft viele kreative Lösungen, aber auch Dinge, die zu haftungsrechtlichen Probleme führen können“. Hierzu zählten z. B. die Lagerung von Produkten im Eingriffsraum bzw. OP, aber auch die fehlende Trennung zwischen reinem und unreinem Bereich bei der Aufbereitung. Sie selbst vertrete einen eher pragmatischen Ansatz: „Wir versuchen, die Praxen fit zu machen und zu ertüchtigen. Die können sich ja keine zusätzlichen Räume zaubern.“ Generell seien

die Wissensdefizite in Sachen Hygiene im ambulanten Bereich größer als in den Krankenhäusern. „Die ambulanten Praxisinhaber sind gefordert, sich auf dem neuesten Stand zu halten“, mahnte Dr. Böhm.

Doch nicht nur bei den gesetzlichen Regularien, auch in Bezug auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse gilt es up to date zu bleiben. Unge löste Probleme gibt es etwa auf dem Gebiet der chirurgischen Wundinfektionen (Surgical Site Infections, SSI), die Prof. Rami Sommerstein vom Nationalen Zentrum für Infektionsprävention Swissnoso an der Universität Luzern und Bern in einem Pilotprojekt untersucht hat. Ziel war es, anhand mehrerer Prozessparameter (Verzicht auf die präoperative Haarentfernung, präoperative Hautdesinfektion, perioperative Antibiotikaphylaxe, präoperative Dekolonisation von *Staphylococcus aureus* sowie orale Darmdekolonisation und perioperative Blutzuckerkontrolle) die SSI-Rate zu senken und parallel dazu die Compliance zu erhöhen.

### Perioperative Blutzuckermessungen

Innerhalb von zwei Jahren habe man eine Reduktion der Infektionsrate mit *Staphylococcus aureus* bei der Implantatchirurgie um 50% erreichen können, in der Darmchirurgie seien 25% weniger tiefe und Hohlraum-Wundinfekte aufgetreten. Allerdings seien die Compliance-Raten bei den jeweiligen Parametern sehr unterschiedlich gewesen: Während der Verzicht auf die präoperative Haarentfernung fast durchgängig eingehalten worden sei, habe man Antibiotika häufig erst nach dem Hautschnitt und damit zu spät gegeben. Besonders gering sei die Compliance mit nur 40% bei der Blutzuckermessung gewesen. „Das scheint als interdisziplinäre Aufgabe besonders schwer umzusetzen zu sein, ein echtes Alptraumthema“, meinte Prof. Sommerstein.

Um ihr eigenes Hautmikrobiom müssen sich Gesundheitsfachkräfte angesichts der Hygienevorgaben im Übrigen keine großen Sorgen machen. Am Friedrich Loeffler-Institut für Medizinische Mikrobiologie an der Universitätsmedizin Greifswald hat Prof. Ulrike Seifert in einer prospektiven explorativen Studie das Handmikrobiom von vier Krankenschwestern untersucht um herauszufinden, ob es nach über 20 Jahren Berufserfahrung mit durchschnittlich über 100 Händedesinfektionen mit ethanolbasiertem Händedesinfektionsmittel (EBHR) pro Arbeitsschicht Schaden nimmt.

### Handmikrobiom regeneriert sich rasch

Hierfür analysierte sie das Handmikrobiom der Krankenschwestern nach 14-tägiger urlaubsbedingter Abwesenheit am ersten Arbeitstag vor der ersten Händedesinfektion und nahm weitere Proben vor Anfang und nach Ende der Arbeitsschicht an Tag 1, 7 und 28. Das individuelle

Handmikrobiom der vier Frauen habe sich im Urzustand stark unterschieden, im Verlauf einer Arbeitsschicht infolge der routinemäßigen Händedesinfektion mit EBHR aber angeglichen. „Doch die gute Nachricht war: Auch nach 20 Jahren Berufserfahrung rekonstituiert sich das individuelle Handmikrobiom nach Feierabend und vor allem nach längerer Abwesenheit vom Job. Es bleibt also relativ stabil“, sagte Prof. Seifert. „Damit behält die tägliche Händehygiene mit alkoholischen Desinfektionsmitteln ihre Bedeutung als die wichtigste Maßnahme der Basishygiene zur Prävention nosokomialer Infektionen.“

Weitgehend verzichtbar sind dagegen – zumindest in den meisten Funktionsbereichen – medizinische Einmalhandschuhe, wie Prof. Irit Nachtigall ausführte. Die Regionalleiterin Infektiologie und ABS am Helios Klinikum Bad Saarow berichtete, aus falsch verstandenem Infektionsschutz würden häufig Einmalhandschuhe getragen, wenn



Foto: Pixabay

Der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln gilt als ein zentraler Parameter zur Messung der Hygiene-Compliance in Einrichtungen

stattdessen eigentlich eine Händedesinfektion indiziert sei. „Dabei sind gerade Handschuhboxen oft extreme Bakterienreservoirs.“ Darüber hinaus komme es zu Hautschäden durch das feuchte Milieu im Handschuh. Auch die Umweltbelastung durch den unnötigen Ressourcenverbrauch dürfe man nicht außer Acht lassen. Vor allem aber habe der Handschuheinsatz oft weniger Händedesinfektion zur Folge und damit eine vermehrte Übertragung von Erregern.

Umgekehrt führe der Verzicht auf Handschuhe beim trockenen pflegerischen Kontakt mit Patientinnen und Patienten dazu, dass sich die Mitarbeitenden – auch aus eigenem Schutz – wieder regelmäßiger die Hände waschen und desinfizieren. „Allerdings glauben Angehörige oft, es sei unhygienisch, wenn bewusst ohne Handschuhe gearbeitet wird“, berichtete sie. Dabei suggerierten Handschuhe eine trügerische Sicherheit, obwohl selbst die Hersteller vor einer möglichen Durchlässigkeit warnen. Prof. Nachtigall war bei den Helios-Krankenhäusern daher Initiatorin der 2023 gestarteten Kampagne ‚Helios lässt das Gummi weg‘, in deren Rahmen Mitarbeitende geschult wurden, wann Handschuhe wirklich erforderlich sind. „Direkt nach unserer Kampagne ist bei uns Verbrauch von Händedesinfektionsmittel um 15% gestiegen“, berichtete sie. Doch um einen nachhaltigen Effekt zu erzielen, müsse man kontinuierlich dranbleiben. ◀

### Transparenzhinweis

Die Autorin hat das Forum Hygiene auf Einladung der B. Braun Deutschland GmbH & Co. KG besucht. Der vorliegende Text basiert auf einem Beitrag, den das Unternehmen zur Publikation in seinen Kundeninformationen beauftragt und bezahlt hat. Auf den Inhalt hat B. Braun aber keinen Einfluss genommen.

SIERRA LEONE: Der Krankenpfleger Charles Jormoh von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** kümmert sich im Hangha-Krankenhaus in Kenema um ein Neugeborenes.  
© Peter Bräunig



# MIT IHREM TESTAMENT

# LEGEN SIE ZUKUNFT IN SICHERE HÄNDE

Geben Sie mit Ihrem Testament etwas Wesentliches weiter:  
Hilfe und Hoffnung. **Wir beraten Sie gerne umfassend und  
unverbindlich zur Testamentsspende.**



**Jetzt Broschüre bestellen!**

Tel. 030 700 130-145  
[www.aerzte-ohne-grenzen.de/  
testamentsspende](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/testamentsspende)



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

Träger des Friedensnobelpreises