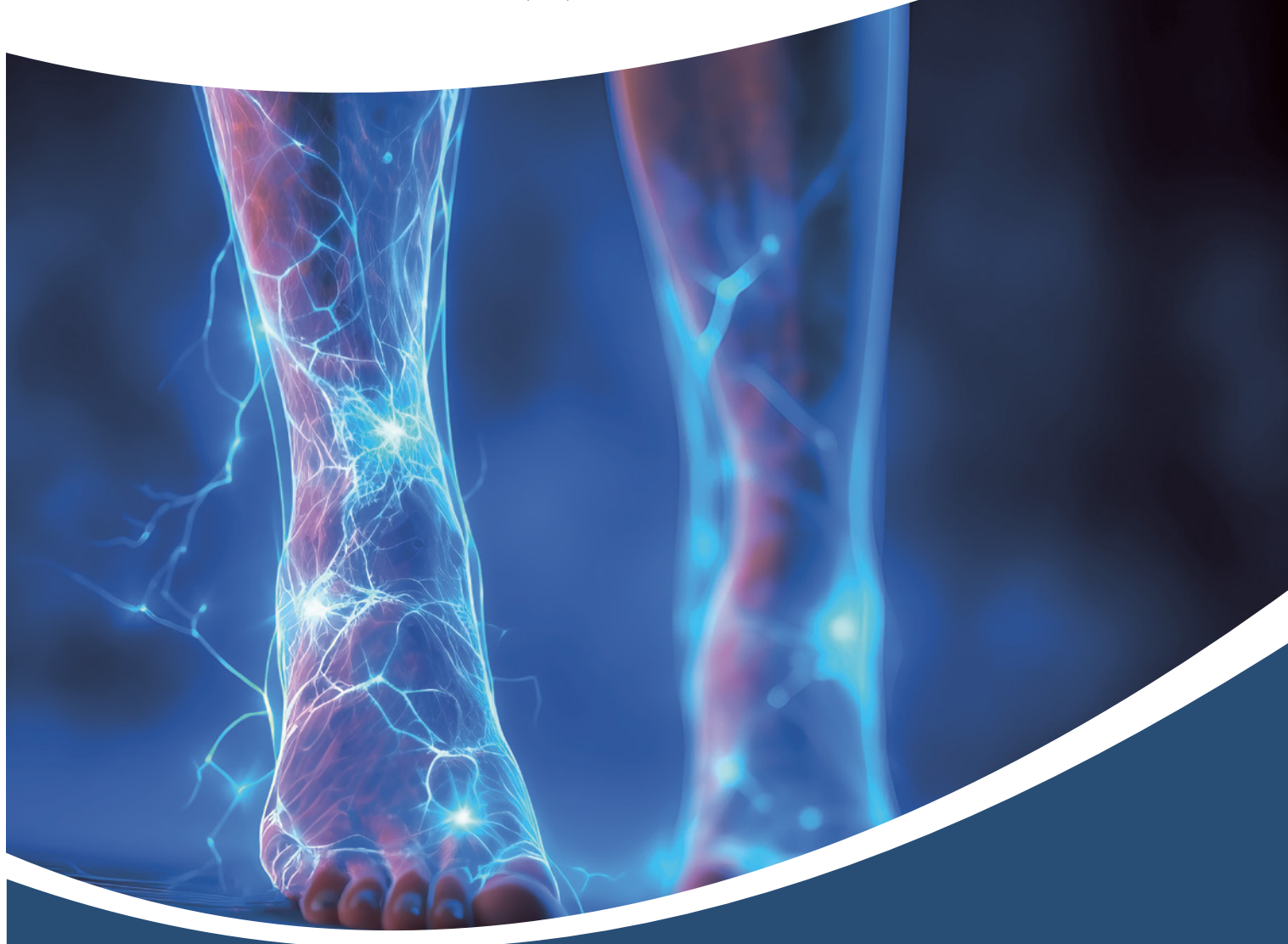


CHIRURGENMAGAZIN

BAO *Depesche*



ORGAN DES BERUFSVERBANDS NIEDERGELASSENER CHIRURGEN (BNC)
UND DES BUNDESVERBANDS AMBULANTES OPERIEREN (BAO)



Schwere Beine, Druckgefühl,
abendliche Beinschwellung?
Die moderne Therapie der Varikose

Rückblick
Kongress

Weiterbildung –
Pro und Contra

Ausblick:
**BAO-Symposium auf
dem NARKA am 14.9.2025**

INHALT

04
BNC**Editorial**
*Primärarztsystem, wir kommen?*25
BAO*Weiterbildung
Pro und Contra*06
BAO**Leitartikel BAO**
*Mit der neuen BMG-Spitze müssen
Wahrhaftigkeit und Logik in die Gesund-
heitspolitik Einzug halten!*28
BNC*Wie soll die medizinische Versorgung in
Deutschland in Zukunft aussehen?*10
BNC*„Wo kein Hospital,
da kein Hospitalismus“*29
BAO*Unter Kriegsbedingungen sind alle
Leistungserbringer gefragt*12
BNC**Leitartikel BNC**
*Die moderne Therapie der Varikose*30
BNC*Besser heilen –
ambulant operieren*22
BNC*Ärztliche Verbundweiterbildung –
Chancen und Risiken*31
BNC*Bündnis
Patientensicherheit*

IMPRESSUM: CHIRURGEN MAGAZIN + BAO DEPESCHE

Offizielles Verbandsorgan des Berufsverbands Niedergelassener Chirurgen (BNC) und des Berufsverbands für 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 6d, 22941 Jersbek
Telefon 04532 2687560, info@bncev.de, www.bncev.de

Bundesverband für Ambulantes Operieren e. V. BAO

Joachim-Karnatz-Allee 7, 10557 Berlin
Telefon 030 31958413, buero@bao.berlin, www.operieren.de,
www.op-netzwerk.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. Jörg Hennefründ, Oldenburg
Dr. Karsten Becker, Hannover
Jörg Hohmann, Hamburg
Dr. Ralf Großbölting, Berlin

Agentur, Anzeigen, Vertrieb, Grafik und Layout:

JS Deutschland GmbH, Hugh-Greene-Weg 2, 22529 Hamburg
www.jsdeutschland.de,
Projektleitung JS Deutschland: Nadine Schlömer
nas@jsdeutschland.de, Telefon 040 48404398

Druck:

Laub KG - drucken & binden, www.laub.de, info@laub.de

Haftung:

Agentur, 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 der Agentur, des Berufsverbands Niedergelassener Chirurgen Deutschland e. V. und des Bundesverbands für Ambulantes Operieren e. V. BAO in irgendeiner Form vervielfältigt werden.

Manuskripte:

Die Redaktion haftet nicht für unverlangt eingesandte Manuskripte. Mit der Annahme der Veröffentlichung überträgt der Autor der Agentur 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 1500 Exemplaren gedruckt und ist als E-Paper abrufbar.

Erscheinungsweise: zwei Ausgaben pro Jahr

Bezugspreis: Jahresabonnement 24 Euro,
inkl. Versand und MwSt.

HARTMANN



Hilft. Pflegt. Schützt.

Mehr Sicherheit & Effizienz im ambulanten OP

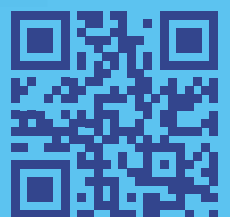


Höchste
Qualität in
**Schärfe und
Funktion**

NEU

Hochwertige Einweginstrumente in
Ihrem kundenindividuellen CombiSet®

- ✚ **Zeit gewinnen:** Keine Aufbereitung erforderlich.
- ✚ **Geld sparen:** Entlasten Sie Ihr Personal mit effizienteren Prozessen.
- ✚ **Sicherheit erhöhen:** Keine Kreuzkontamination durch Aufbereitung.



www.hartmann.info

Lassen Sie sich gerne von
unserem für Sie zuständigen OP-
Außendienst beraten und verein-
baren Sie jetzt einen Termin:

plhn.de/cosetamb



Jan Henniger, Geschäftsführender
BNC-Vorsitzender und niederge-
lassener Chirurg

PRIMÄRARZTSYSTEM, WIR KOMMEN?

Plötzlich scheint es einen breiten Konsens zu geben: Die Delegierten des Ärztetages, der Berufsverbände, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und nahezu die gesamte gesundheitspolitische Prominenz sprechen sich aktuell für ein Primärarztsystem aus. Doch wollen wirklich alle dasselbe? Wohl kaum!

Der Hausärzteverband möchte vor allem seine Hausarztzentrierte Versorgung weiter stärken und damit nicht nur seine eigene Verhandlungsmacht, sondern auch seine Finanzen. Der omnipotente Hausarzt, so das gängige Narrativ, könne alles, wisse alles und es fehle nur das nötige Geld, um die Versorgung im Alleingang zu übernehmen. Die KBV wiederum hofft, mit einem Primärarztsystem den ständigen Forderungen der Krankenkassen nach schnellerem Zugang zu Facharztterminen den Wind aus den Segeln zu nehmen. Und die Bundesärztekammer? Sie möchte endlich wieder ihre gesundheitspolitische Relevanz unter Beweis stellen.

Und wir als Chirurgen und Chirurgen? Unsere Haltung hängt stark von der Ausrichtung unserer Praxen ab: Wer eine stark operativ ausgerichtete Praxis betreibt, viele Zuweiser hat und im extrabudgetären Bereich arbeitet, ist womöglich nicht unglücklich, wenn künftig nicht jeder Notfall ohne Überweisung zur Tür hereinschneit. Wer jedoch breit aufgestellt ist, Notfälle versorgt, Abszesse spaltet, Frakturen behandelt und über einen gewachsenen Patientenstamm verfügt, fragt sich mit Recht: Wozu das Ganze?

Sollen Patientinnen und Patienten tatsächlich künftig erst zum Hausarzt gehen, um dort das Wartezimmer zu füllen und am Ende doch nur eine Überweisung zu erhalten? Hier geht es wieder einmal vor allem um politische Symbolik: Handlungsfähigkeit soll demonstriert werden, insbesondere vom Hausärzteverband, der von mehr Macht und zusätzlichen Einnahmen träumt. Wir dagegen haben kein Interesse an symbolpolitischen Scheinlösungen, wir haben genug zu tun!

Natürlich lässt sich Versorgung über Selektivverträge sinnvoll steuern. Man kann Versorgungspfade definieren, um Qualität und Effizienz zu verbessern. Aber das muss regional, freiwillig und fair vergütet geschehen.

Und wie denken die Kliniker darüber? Bei ihnen herrscht mehr Desinteresse als eine Beschäftigung mit der Materie. Dort geht es primär um Leistungsgruppen! Dabei ist eine starke ambulante fachärztliche Versorgung auch für sie essenziell. Wohin sollen denn akut erkrankte Patientinnen und Patienten gehen, wenn sie künftig eine Überweisung vom Hausarzt benötigen? In die Notaufnahmen und den Ärztlichen Bereitschaftsdienst? Diese sind doch angeblich heute schon überlastet!

Deshalb brauchen wir keine übergestülpte Lösung, sondern ein intelligentes System, das Patientinnen und Patienten sinnvoll in die passende Versorgungsebene lenkt, ohne die ambulanten chirurgischen Strukturen zu schwächen.

Diese Zeilen entstehen noch vor dem Deutschen Ärztetag, das Ergebnis der Abstimmung über den Kompromiss von BÄK und PKV ist mir daher noch nicht bekannt. Aus unserer Sicht ist dieser Kompromiss nicht tragfähig. Die Delegiertenversammlung des BNC hat sich daher entschieden, ihn abzulehnen.

Gemeinsam mit einem Bündnis aus 25 Berufsverbänden und Fachgesellschaften arbeiten wir daran, Verbesserungen zu erreichen oder zumindest eine Verschiebung des Beschlusses zu bewirken.

Wir setzen unsere Hoffnung auf die Vernunft unserer neuen Gesundheitsministerin und auf kluge Entscheidungen von KBV, DKG und GKV bei der Bepreisung der neuen Hybrid-DRG. Vor allem aber hoffen wir, dass endlich die grundlegenden Probleme der Versorgung angegangen werden.

Und wir kämpfen weiter für eine gute chirurgische Versorgung in Stadt und Land!

Bleiben Sie politisch!

Ihr Jan Henniger

*Geschäftsführender Vorstandsvorsitzender BNC
Mitglied im Vorstand des SpäF
Mitglied Beratender Fachausschuss Fachärzte KBV
Mitglied VV KV Hessen
Mitglied der Delegiertenversammlung der
Landesärztekammer Hessen*

Jan Henniger
Geschäftsführender
BNC-Vorsitzender und
niedergelassener Chirurg

GeCo Frankfurt
Mainzer Landstraße 65 · 60329 Frankfurt

Tel.: 04532 2687560
Mail: henniger@bncev.de





Dr. Christian Deindl, Präsident Bundesverband für Ambulantes Operieren

MIT DER NEUEN BMG-SPITZE MÜSSEN WAHRHAFTIGKEIT UND LOGIK IN DIE GESUNDHEITSPOLITIK EINZUG HALTEN!

Diese zentrale Frage lässt sich alternativlos und schnell mit Entbudgetierung aller Facharztpraxen und leistungsgerechter und kostendeckender Vergütung ambulanter Operationen und Narkosen beantworten.

Und dies ab dem 3. Quartal 2025, wenn das Kanzlerwort von bereits im Sommer spürbaren Veränderungen zum Guten noch Bestand hat. Versprach Merz in seiner ersten Regierungserklärung nicht auch grundlegende Strukturreformen im Gesundheits- und Pflegesystem? Hierzu muss guter Rat weder teuer sein noch ständig neu erfunden werden. Der BAO weist darauf hin, dass seit Jahrzehnten ambulant operierende Fachärzte wertvolle Impulse wie die begründete Forderung nach mehr Selektivverträgen und Feedback (AQS1) aus der Praxis liefern. Warum also holt die Politik wieder nur „Rat von Experten“ und bittet nicht die tatsächlichen Leistungs- und Kompetenzträger an den Gesprächstisch. Das Beispiel der gescheiterten Ampelregierung und ihrer Krankenhauskommission zeigt, dass man vorsichtig sein sollte, wenn man sich auf derartige Beratermodelle fernab vom wirklichen Versorgungsalltag stützt. Ihnen fehlt der Blick durch die Patientenbrille!

Wahlaussagen dulden wie die fachärztliche Aufklärung keine leeren oder falschen Versprechungen

Das Gesundheitssystem ist ein Grundpfeiler unserer Demokratie und unseres Sozialstaates. Es wird noch immer von Politik und Krankenkassen negativ gesehen, vor allem bei patientennahen Leistungen und deren fairer Vergütung. Bürokratie und patientenferne Verwaltung wachsen, während die Versorgung v. a. in den Regionen leidet. Dabei schafft eine qualitativ hochwertige vorwiegend ambulante

Versorgung echte volkswirtschaftliche Mehrwerte, während ineffiziente und ökonomisch dominierte stationäre Verfahren von Jahr zu Jahr immer mehr Milliarden kosten. Ein Subventionsende ist nicht in Sicht, ebenso keine gesundheitspolitische Wende.

Vertrauen ist die Basis für eine funktionierende Demokratie – und auch für ein patientenorientiertes Gesundheitswesen. Wenn die Inhalte der präoperativen Aufklärung nicht stimmen oder verdreht werden, verliert man das Vertrauen. Das gilt auch für die Politik: Umfragen zeigen, dass das von Beginn an übersichtliche Vertrauen in die Regierung schwindet, was die Dringlichkeit von echten Reformen unterstreicht.

Reformpolitik oder Defizitverwaltung

Die neue Bundesgesundheitsministerin hat die einmalige Chance, mit mehr ambulant statt unnötig stationär einen echten Neuanfang zu wagen. Es ist deshalb höchste Zeit, den Mauerbau zwischen den Sektoren zu beenden und die sektorenübergreifende Versorgung zu fördern, Bürokratie abzubauen und die ambulante Chirurgie fachübergreifend zu stärken. Insbesondere die sofortige Entbudgetierung und die Neuregelung der Erstattung für ambulante Operationen und Narkosen sind dringend notwendig. Damit werden neue Kapazitäten für bedarfsgerechte ambulante Facharzt- und OP-Termine geschaffen.

Die durchschnittliche Wartezeit für eine Leistenbruchoperation beträgt in Deutschland derzeit 7 Monate. Das kann nicht im Patienteninteresse liegen. Wieso werden die Existenzen effizienter ambulanter OP-Standorte systematisch zerstört? Dabei ist der Ausbau ambulanter Operationskapazitäten eine zentrale Säule für mehr Qualität, Sicherheit und Effizienz im Gesundheitswesen. Es darf nicht länger zulasten der Patienten gehen, wenn eindeutige wirtschaftliche Interessen, oft ohne medizinischen Background, die medizinische Versorgung der Menschen dominieren. Die Politik muss endlich die sektorenfreien, kompetenzbasierten Vergütungsmodelle umsetzen und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit fördern, aber auch mit Vehemenz einfordern.

Dafür hat die von der Oppositionsbank auf die Regierungsseite gewechselte Union eine faire gesundheitspolitische Chance verdient, wie sie auch Lauterbach nach dessen Inthronisation zugestanden wurde. Dass dieser alle negativen Erwartungen am Ende noch toppen und seinen Feldzug gegen Facharztpraxen intensivieren würde, war sehr schnell erwartbar wie das vorzeitige Aus der Ampelkoalition. Nun schraubt Lauterbach fleißig an seinem Mythos als Mediziner, Politiker und Wissenschaftler, derweil seine abgewählte SPD munter weiterregiert. Gesundheitspolitische Zweifel und Vorbehalte sind mehr als angebracht. Neben dem Vertrauen der Wähler und der niedergelassenen selbstständigen und ambulant operierenden Fachärzteschaft wurde auch das von Eltern verspielt. Deren an chronischen Infekten dauererkrankte Kinder müssen aus den oben genannten (Ab-)Gründen Monate auf einen



HNO-Eingriff warten. Diese selbstgerechte Verweigerungshaltung Lauterbachs und das ohnmächtige Gefühl, als Eltern im Stich gelassen worden zu sein, werden sehr lange im privaten und öffentlichen politischen Langzeitgedächtnis haften bleiben.

Die WHO fordert 2025 die sichere Versorgung aller Neugeborenen und Kinder – so auch in Deutschland!

Fehlende Wahrhaftigkeit und Logik in der Gesundheitspolitik gefährden weltweit das Wohl und die Sicherheit von kranken und behandlungsbedürftigen Kindern. Dass diese Feststellung nicht nur in Krisengebieten und der Dritten Welt gilt, sondern auch in einer wohlhabenden Industrienation wie Deutschland, ist ein Skandal!

Weder das diesjährige WHO-Jahresmotto noch der Globale Aktionsplan für Patientensicherheit 2021–2030 gehören zur Pflichtlektüre derer, die für die dazu notwendigen Rahmenbedingungen Verantwortung tragen. Wie anders lässt sich sonst erklären, dass das Fachgebiet Kinderchirurgie aus der

Hybrid-DRG-Vergütung verbannt wurde, kaum dass die ersten ambulanten Eingriffe abgerechnet waren. Da die EBM-Beträge für ambulante stationersetzende Leistungen weiterhin unterfinanziert sind, werden Kinder unnötig stationär versorgt.

Statt weiser Hauch doch wieder nur heiße Berliner Luft?

Gesundheitspolitik müsste schon längst zur Chefsache geworden sein; ist das Gesundheitswesen unter einer befähigten politischen Geschäftsführung doch eine der Wachstumslokomotiven, nach denen Merz rhetorisch Ausschau hält. Deshalb braucht das BMG eine befähigte Nachmieterin, frei von eigenen gesundheitspolitischen Altlasten; keine Nachlass- oder Insolvenzverwalterin, keine Hybrid-DRG-Verweigerin und keine EBM-Anbeterin. Anderenfalls dient das Milliarden-Sondervermögen wieder nur als politisches Silikon, das die ersten sichtbaren Risse im Koalitionsgefüge bereits füllen und wie in der Vergangenheit hochdefizitäre Kliniken und Krankenkassen mit Unsummen an Steuergeldern kurzfristig

aus den Schlagzeilen verhelfen muss. Ohne Nachhaltigkeit, ohne tragfähiges krisensicheres Zukunftsmodell. An entscheidenden Schlüsselpositionen im BMG muss die Reset-Taste aktiviert werden. Müsste nicht in der Registratur schon längst wieder einmal richtig Staub gewischt werden?!

Ambulantisierung gelingt nur ohne fachärztliche Budgetierung und ohne Sektorengrenzen

Beides zählt zum verstaubten fehlinvestierten Inventar des BMG und gefährdet die Patientensicherheit, die wohnortnahe medizinische Versorgung und den Fortbestand unseres Gesundheitssystems. Die nächsten Umfragewerte werden sich denen einer Minderheitsregierung annähern als Quittung für die fortgesetzte milliarden-schwere gießkannenartige Subventionierung hochpreisiger und ineffizienter Klinikstrukturen. Bestens organisierte Lobbyarbeit durch Klinik(konzern)vertreter sorgt für den Bestandschutz der Sektorengrenzmauer. Jede BMG-Neubesetzung erhöhte bisher diese Hürden, statt sie abzubauen.

Der BAO ist überzeugt davon, dass mehr Talk mit ambulanten fachärztlichen Leistungs- und Kompetenzträgern und weniger Show mit realitäts- und patientenfernen Würden- und Bedenkenträgern den ersten einer Reihe von weiteren richtigen und wichtigen Schritten einläutet hin zur sektorenfreien Patientenversorgung und deren sektorengleicher, leistungs- und kompetenzorientierter Vergütung. Es ist nicht länger Aufgabe der Beitrags- und Steuerzahler, immer mehr Bürokratie und immer weniger Behandlungseffizienz und -qualität zu finanzieren. Zu diesen versicherungsfremden GKV-Leistungen zählt auch die Übernahme der Berufshaftpflichtversicherungsbeiträge für besonders hochrisikobereite Gesundheitsberufe und deren Umgehung von bewährten Sicherheitsstandards. Die Solidargemeinschaft ist kein lukrativer Selbstbedienungsladen für die Versicherungswirtschaft und risikobehaftete Minderheitenregelungen. Zweckentfremdung von Sozialbeiträgen ist Unrecht auf Kosten der Solidargemeinschaft!

Fachärztliche Weiterbildung ist ein überlebenswichtiger Baustein unseres Gesundheitssystems

Geburtenstarke Jahrgänge und Leistungsträger scheiden innerhalb der Gesundheitsberufe zunehmend aus dem aktiven Berufsleben aus und mit ihnen Kompetenz und langjährige Erfahrung. Hier greift der Spruch „jeder ist ersetzbar“ nicht. Noch können diese Expertisen im Rahmen einer intersektoralen Weiterbildung in den gesamtgesellschaftlichen Dienst angehender Fachärztinnen und Fachärzte gestellt werden. Dazu braucht es dringend Ausbildungsverbünde zwischen Kliniken und Praxen und eine einheitliche Vergütung für den damit verbundenen personellen und zeitlichen Mehraufwand. Andere Länder haben damit beste Erfahrungen.

25 Jahre AQS1, ein Vierteljahrhundert im Dienst der Patientensicherheit

Der Einsatz dieses Qualitätssicherungsinstrumentes ist das bewährteste Gütesiegel für ambulantes Operieren. Von der Politik konsequent negiert und bisher nur bei Selektivverträgen verpflichtend und vergütet. Dabei trägt die regelmäßige Auswertung von PREMS und PROMS zur Qualitätsverbesserung der Patientenversorgung nachhaltig bei.

Hunderttausendfache nosokomiale Infektionen bei einem jährlichen Anstieg der Gesamtkosten für Gesundheitsleistungen um über 5 % belegen das Scheitern von Politik und Selbstverwaltung.

Gegenüber dem Urheber des Narrativs der doppelten Facharztschiene sind diese Zahlen Belege seiner beschämenden Schadensbilanz. Und der hohe Preis für seinen Diffamierungsfeldzug gegen Facharztpraxen. Für ihn und seine innerparteilichen Helferlein ist ambulantes Operieren politisch nur zu maximal unfair niedrigen Preisen erwünscht. Die Union und ihre neue Ministerin können diesen Kardinalfehler korrigieren. Sie müssen es nur wollen und tun!

Fatale Lücken bei Leistungsgruppen, Hybrid-DRG und verantwortlicher Expertenauswahl

Das Fachgebiet Anästhesie aus der Liste der Leistungsgruppen auszuschließen, grenzt an bodenlose Ahnungslosigkeit und wird Patienten zum Schaden gereichen. Nach dem gesundheitspolitischen Übergriff gegen Kinder, Eltern und ambulant operierende HNO-Kinderchirurgen auch noch das gesamte Fachgebiet Kinderchirurgie aus dem Hybrid-DRG-System zu verbannen, kommt einem ähnlichen Frontalangriff gegen Kinder und deren Familien gleich.

Experten in der Regierungskommission wollten sich auf den letzten Metern nicht unbeliebt machen und blieben ihrer Feigenblattfunktion treu. Sie lassen zu, dass qualifizierte und spezialisierte Fachberufe mit Patientennähe von fachfremden „Karrieren“ verdrängt werden. Darunter leidet das gesamte Gesundheitswesen, allen voran Behandlungsqualität und Patientensicherheit. Es ist in Deutschland aus gutem Grund bewährter Brauch, in der Regel eine dreijährige Berufsausbildung zu absolvieren, bei weniger qualifizierten Tätigkeiten zumindest 24 Monate. Diese Qualitätshürde wurde vom Team Lauterbach beseitigt und durch 18 Monate ersetzt. In den Lernzielkatalogen und Curricula fehlen Interprofessionalität, Patientensicherheit, Qualitätssicherung, zielgerichtete Kommunikation, patientenorientiertes Teambuilding, eine transparente und sanktionsfreie Fehlerkultur und der Aspekt der Mitarbeitersicherheit.

Ambulant operierende Facharztpraxen werden Haltung zeigen, während andere auf der Stelle tretend still- und strammstehen

Ein populistisch ausgerichtetes Primärarzt-System allein schafft neben dem hausärztlichen Applaus lediglich einen neuen Flaschenhals, aber keine praktikablen Lösungswege für das Missverhältnis zwischen fachärztlichen Behandlungsbedarfen und -möglichkeiten. Deshalb sind die mehrmals eingeforderte leistungsgerechte und kostendeckende fachärztliche Vergütung, die Rücknahme von Budget- und Sektorengrenzen sowie des Regressunwesens als Instrument einer maximalen Misstrauenskultur eine *Conditio sine qua non*. Das Arzt-Patienten-Verhältnis beruht auf gegenseitigem Vertrauen. Wieso nicht auch das Verhältnis zwischen Fachärzten, Kostenträgern und Politik? Vor allem jetzt, wo es vorangehen und sich alles doch zum Guten verändern soll. Ein Solo-Programm Primärarzt kann nur noch durch eine Praxis-maut® überflügelt werden. Ein Experte sitzt mit am Kabinettstisch.

Fachärztliche Praxisinhaber sind gut beraten, in ihre eigene Resilienz und die ihrer Mitarbeiter zu investieren und weniger in Frust, Resignation, Selbstmitleid und Kollegenschelte. Patientensicheres ambulantes Operieren ist nicht irgendeines von vielen beliebigen Versorgungsangeboten; AOP ist eine Frage der persönlichen Haltung als Operateur und Anästhesist, die es gegenüber der neuen Regierung und Ministerin zu zeigen gilt. Beide sollen zügig für die ambulante Facharztmedizin die Rahmenbedingungen so einfach wie möglich machen, sich selbst dabei es aber nicht gar zu einfach vor dem Hintergrund aktueller ungelöster Probleme und ungesicherter Dauerbaustellen.



Kommen Sie am Sonntag, den 14.09.2025, ZUM BAO-SYMPOSIUM AUF DEM NARKA SCANDIC BERLIN, Potsdamer Platz, Gabriele-Tergit-Promenade 19, 10963 Berlin, Ambulant-operative fachärztliche Versorgung seit Jahrzehnten zuverlässig, sicher und zukunftsweisend!

09:30	Begrüßung durch Dr. Deindl und Dr. Hansen
09:45	Effiziente Facharztausbildung hat nur mit sektorenverbindenden Netzwerken eine Zukunft BLÄK KoStF angefragt
10:00	Bundeswehr als wichtiger Partner bei Patientenversorgung und Facharztausbildung Bundeswehr angefragt
10:15	Ambulantes Operieren zeichnet v. a. erfahrene Teams aus Prof. Dr. Matthias Münzberg, angefragt
10:30	Erste versorgungswissenschaftliche Ergebnisse zum Paragrafen 115f, SGB V Vanessa Keil, Mühlheim, Volker Heuzeroth, Seligenstadt
10:45–11:15 Pause	
11:15	„UFO-Projekt“: Sektorenvergleich bei der postoperativen Schmerztherapie Dr. Axel Neumann, München
11:30	Was bedeutet Patientensicherheit beim ambulanten Operieren Dr. Deindl, Nürnberg
11:45	Postoperative Sepsis: Vergleich zwischen ambulanten und stationären Ursachen APS, Berlin DES-Team
12:00	Gesprächsrunde
12:30	Einladung für den BKC in Nürnberg Anfang Februar 2026



Mehr Infos finden Sie
unter folgendem Link:
<https://narka-live.de>

„WO KEIN HOSPITAL, DA KEIN HOSPITALISMUS“

AUTOR: MICHAEL REITER

Beim berufspolitischen Nachmittag des Bundeskongresses Chirurgie moderierte Dr. Frank Sinning, stellvertretender Vorsitzender des BNC. Mit dem Credo „Besser heilen – ambulant operieren“ machte Dr. Frido Mütsch aus Heilbronn deutlich: Der Durchbruch des ambulanten Operierens gegenüber stationären Verfahren mit all ihren Nachteilen ist nicht gelungen.

Mütsch kritisierte die unzureichende Vergütung trotz steigender Kosten und forderte mehr Anerkennung für die Leistung ambulanter Operateure und Anästhesisten. Dank moderner Medizintechnik habe sich das Fach dennoch positiv entwickelt – ein Dank ging daher auch an die Aussteller des Kongresses.

Zwischen Vision und Realität

Die politische Priorisierung von Dekarbonisierung gegenüber wirtschaftlicher Stabilität habe die Branche zusätzlich belastet, so Mütsch. Drohen aufgrund von GKV-Defiziten veraltete Behandlungsmethoden und minderwertige Materialien? „Bruchband statt Hernien-OP?“, fragte der Chirurg provokativ. Robotik und künstliche Intelligenz (KI) seien zwar Teil der Zukunft, aber chirurgisches Geschick müsse erhalten bleiben – auch um den Patientenkontakt zu stärken.

Die Chirurgie wird weiblicher

Mit dem steigenden Frauenanteil im Medizinstudium rückt die Frage nach Nachwuchsförderung in den Fokus. Während zu Studienbeginn noch 55 % der Frauen eine chirurgische Karriere in Betracht ziehen, sind es nach dem Abschluss nur noch 17 %. Enormer Handlungsbedarf, so Mütsch, bestehe auch bei der Rolle der Chirurgie in interdisziplinären Behandlungen, der Medikamentenverfügbarkeit und der zunehmenden Kontrolle durch Algorithmen. Statt Engagement dominiere politisches Klein-Klein – „Plastikflaschenverschlüsse“ statt Zukunftsstrategien.

Politik auf dem Prüfstand

Sinning kritisierte die politische Entscheidungsfindung als oberflächlich. Minister Lauterbachs Kurs habe etwa zur Schließung eines traditionsreichen Kinderkrankenhauses in Franken geführt. Der Bürokratieabbau scheitere am Widerstand der Betroffenen – denn „lassen können“ bedeute auch Stellenabbau. Zudem verschärfe die Digitalisierung den Dokumentationsaufwand, ohne die Patientenzufriedenheit zu steigern. Eine faire Vergütung der medizinischen Fachangestellten und des Praxispersonals sei ebenso unerlässlich.

Strukturen für eine neue Versorgungsrealität

Weiblich, modern, ambulant – für diese Medizin der Zukunft müssten passende politische Rahmen geschaffen werden. Mehr Frauen sollten sich in Berufsverbänden engagieren und ihre Anliegen gegenüber der Politik vertreten. Alte Strukturen verhinderten jedoch oft sinnvolle Weiterbildung. Der Kongress mit 180 Referierenden biete hier wertvolle Impulse.

Weitere Perspektiven aus der Diskussion

Mareke Heyken aus Hamburg sprach von einer „Legislatur ohne handwerkliche Reife“. Laut BVOU-Präsident Dr. Burkhard Lembeck seien Leistungsgruppen und Hybrid-DRGs fehlerbehaftet. Er forderte eine strukturierte Ersteinschätzung zur Steuerung des Patientenstroms – inklusive Strafgebühren bei Umgehung. Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP) stellte klar: „Ohne Wirtschaft keine Gesundheit – und umgekehrt.“ Statt nur auf Kosten zu schauen, brauche es mehr Gesprächsbereitschaft mit Vertragsärzten. Der Föderalismus bleibe ein zentrales Problem. Ullmann sprach sich für die Ausgliederung versicherungsfremder Leistungen aus der GKV aus – mit Blick auf erfolgreiche Modelle wie Taiwan.

Mut zur Veränderung

„Wer holt uns da raus?“, fragte Dr. Axel Neumann (BAO) und betonte: Die ambulanten Operateure beweisen täglich ihre Qualität – zweieinhalb Millionen Eingriffe jährlich. Dennoch fehlten konkrete Aktionspläne, etwa zur Reduktion von Wartezeiten durch mehr ambulante Angebote. BNC-Vorsitzender Dr. Jan Henniger warf die Frage nach der freien Arztwahl auf. Diese sei ein hohes Gut, doch zunehmende Steuerung über Hausärzte werde diskutiert – auch bei Regelkontakten. Dr. Stefanie Minkley aus Frankfurt verwies auf die Bedeutung von Bildung und flankierenden Maßnahmen wie Community Health Nurses zur Entlastung des Personals.

Notfallversorgung braucht Neustart

Dr. Ralf Schmitz vom BDC plädierte für einen „Reset“ in der Notfallversorgung. Weiterbildung komme zu kurz, finanzielle Mittel fehlten, Verbundstrukturen könnten nur bedingt helfen. Eine Petition sei in Vorbereitung. Dr. Dirk Heinrich (Hamburg) forderte den Mut, auch integrierte Notfallzentren zu schließen, wenn deren Nutzen nicht gegeben sei. Patienten mieden INZ ohne ärztliche Präsenz – harte Entscheidungen seien notwendig. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft müsse sich bewegen und Reformen nicht länger blockieren.

FAZIT

„Wo kein Hospital, da kein Hospitalismus“ – mit diesem Satz fasste Dr. Mütsch die Notwendigkeit des ambulanten Operierens pointiert zusammen.

Der politische Nachmittag zeigte klar: Nur durch geeignete Rahmenbedingungen und echte Strukturveränderungen kann sich die ambulante Chirurgie als Zukunftsmodell durchsetzen.



AKRUS

MOBILE OP-STUHL-LÖSUNGEN FÜR AMBULANTES OPERIEREN

Flexibel.

Ergonomisch.

Zuverlässig.

Wir liefern funktionale Lösungen zur Patientenlagerung für ambulante Operationstechniken verschiedener medizinischer Fachrichtungen. Unser Produktions- und Verwaltungsstandort ist Elmshorn bei Hamburg in Deutschland.

Kontakt unter: +49 (0)4121 7919-30 info@akrus.de
AKRUS GmbH & Co. KG | Otto-Hahn-Str. 3 | 25337 Elmshorn | Germany

Click or
scan me!

Produktinformationen
finden Sie auf www.akrus.de



Made in Germany



DIE MODERNE THERAPIE DER VARIKOSE

Die primäre Varikose ist das am häufigsten vorkommende Venenleiden. Es handelt sich um eine degenerative Gefäßwanderkrankung der oberflächlichen Venen der Beine.

Autoren: Andreas Knauf, Jochen Peter, Kerstin Schick, Siamak Pourhassan

Als Ursache gelten genetische Disposition, vermehrte Orthostasebelastung durch stehende Tätigkeiten und Schwangerschaft und weitere Faktoren. In der viel zitierten Bonner Venenstudie 2003 wurden bei mehr als 30 % der Untersuchten im Alter von 18 bis 79 Jahren Varizen festgestellt. Teleangiectasien, Besenreiser und retikuläre Varizen, definiert durch einen Durchmesser < als 3 mm, sind dabei nicht berücksichtigt.

Frauen und Menschen höheren Alters sind bei leichten bis mittleren klinischen Stadien häufiger betroffen [1]. Pathophysiologisch kommt es durch den insuffizienten Schluss der Venenklappen zu einem Reflux in den distalen Venenabschnitten und resultierend zu einer nicht ausreichenden venösen Entstauung der Beine. Ödeme und resultierend auch Hautschäden bis zum Ulcus cruris venosum können die Folge sein.

Mit Kompressionstherapie und allgemeinen entstauenden Maßnahmen ist in jedem Stadium der Varikose konservatives Vorgehen eine mögliche Behandlungsstrategie. In vielen Fällen ist eine Intervention oder operative Therapie erforderlich, um Beschwerden zu lindern und die Progression der Erkrankung zu vermeiden. Die Stammveneninsuffizienzen von V. saphena magna oder V. saphena parva stellen eine häufige Indikation zum nicht konservativen Vorgehen dar.

Die Crossektomie mit anschließendem Striping der Stammvene gehört zu den ältesten chirurgischen Verfahren und ist auch heute noch aktuell.

In den letzten Jahrzehnten haben sich alternativ und ergänzend endoluminal-thermische Verfahren etabliert und wurden in den Leitlinien verankert [2, 3].

Außerdem existieren noch weitere Verfahren mit unterschiedlichen Vor- und Nachteilen.

„Schwere Beine“, Druckgefühl, abendliche Beinschwellung, Juckreiz und Krämpfe können Symptome einer Varikose sein!

Folgende Symptome der Varikose sind typisch und sollten abgeklärt werden:

Viele Patienten berichten über ein unspezifisches, unangenehmes Druckgefühl, „schwere Beine“ oder Schwellung. Gelegentlich klagen die Betroffenen auch über Juckreiz, Schmerzen und Krämpfe.

Häufig nehmen Ödeme nach längerem Stehen oder Sitzen und vor allem im Tagesverlauf zu. Differentialdiagnostisch sollte an orthopädische und neurologische Krankheitsbilder gedacht werden. In der Anamnese sollten thrombembolische Ereignisse erfragt werden und die familiäre Disposition.

Die klinische Untersuchung erfolgt normalerweise am stehenden Patienten. Bei der Inspektion wird auf sichtbare Varizen, Hautveränderungen wie Ekzeme, Hyperpigmentierungen, Ulzerationen und Ödeme geachtet. In der Palpation können unter Umständen abgelaufene oder akute oberflächliche Venenthrombosen als strangartige Verhärtungen getastet werden. Durch den Untersuchungsbefund kann das klinische Stadium der Varikose bestimmt werden. Hierzu hat sich die CEAP-Klassifikation international durchgesetzt, die chronische Venenerkrankungen nach den vier Aspekten *klinischer Befund (C)*, *Ätiologie (E)*, *Anatomie (A)* und *Pathologie (P)* beschreibt (Tabelle 1) [4].

Im klinischen Alltag ist die Verwendung allein des C verbreitet. Symptomatische Befunde werden mit einem angehängten „s“ gekennzeichnet.

Diagnostischer Goldstandard ist die farbkodierte Duplexsonographie ergänzt durch eine Venenverschlussplethysmographie (VVP), Photoplethysmographie (PPG) oder die Lichtreflexionsrheographie (LRR), funktionsdiagnostische Verfahren zur Beurteilung der venösen Hämodynamik. Diese können Aussagen über das tiefe Venensystem (VVP) und das Ausmaß einer venösen Funktionsstörung (PPG/LRR) geben. PPG und LRR eignen sich zum Screening und zur Verlaufskontrolle.

Eine Indikation zu Operation oder Intervention kann aus diesen Untersuchungsergebnissen allein nicht gestellt werden.

Die farbkodierte Duplexsonographie (FKDS) liefert dem erfahrenen Untersucher nicht nur Informationen zu Hämodynamik und Klap-penfunktion, sondern ermöglicht auch durch präzise Beurteilung von Anatomie, Morphologie und allen weiteren relevanten Aspekten ein umfassendes Verständnis der venösen Zirkulation. Bei ausgeprägter Adipositas oder anderen mit Volumenzunahme einhergehenden Erkrankungen wie Lip- oder Lymphödem sowie Bindegewebsveränderungen kann die Beurteilbarkeit eingeschränkt sein.

Die FKDS wird optimalerweise im Stehen durchgeführt – bei Bedarf ergänzt durch Provokationsmanöver wie die Wadenkompression oder das Valsalva-Manöver.

Dokumentiert werden pathologische Befunde, insbesondere der proximale Insuffizienzpunkt und Refluxstrecken. Die Bestimmung des Durchmessers der V. saphena magna 15 cm distal der Crosse kann Anhaltspunkte für Schweregrad der Varikose und Rezidivrisiko geben.

Im ambulanten Sektor existieren zusätzliche Vorgaben der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Qualität von Ultraschalluntersuchungen, die berücksichtigt werden müssen, z. B. Anzahl der gespeicherten Bilder, enthaltene Informationen, Befund-

dokumentation. Die Sonographie ist bei der Durchführung endovenöser Verfahren intraoperativ essenziell für Punktion, Katheterplatzierung, Lagekontrolle der Katheterspitze, Tumescenzanästhesie und intraprozedurale Erfolgskontrolle. Die Phlebographie ist mit der technischen Fortentwicklung der FKDS obsolet. Ebenso gehören schnittbildgebende Verfahren wie Magnetresonanztomographie und Computertomographie nicht zur Standarddiagnostik der Varikose und sind ausgewählten Fragestellungen vorbehalten.

Eine umfassende Aufklärung über das Krankheitsbild Varikose und die konservativen und operativ-interventionellen Behandlungsoptionen ist wichtig – die konservative Therapie ist in jedem Stadium möglich!

Die Indikation zur interventionellen oder operativen Therapie hängt nicht nur von klinischen und sonographischen Parametern ab, sondern auch von der persönlichen Präferenz des Patienten.

Umso wichtiger ist eine umfassende Aufklärung über das Krankheitsbild der Varikose und vorhandene Behandlungsoptionen. In jedem Stadium ist konservative Therapie möglich! Das therapeutische Ziel besteht in aller Regel in der Verbesserung der venösen Hämodynamik, Linderung von Schwere- oder Spannungsgefühl, Reduktion der Ödeme und/oder dem Abheilen von Ulzerationen sowie der Prävention von weiteren Komplikationen

wie oberflächliche Venenthrombosen [2]. Häufig besteht auch auf Patientenseite eine gewisse kosmetische Erwartungshaltung, die in vielen Fällen zwar keine medizinisch notwendige Indikation begründet, aber im Rahmen eines guten Arzt-Patienten-Verhältnisses ernst genommen werden sollte. Absolute Kontraindikationen sind akute Becken- und Beinvenenthrombosen, das Vorhandensein fortgeschrittener peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK) ab dem Stadium III nach Fontaine, Schwangerschaft und Patienten mit Allgemeinzustand ASA 5. Relative Kontraindikationen sind die pAVK im Stadium IIb, gravierende Gerinnungsstörungen, schweres Lymphödem und Patienten im reduzierten Allgemeinzustand ASA 4 [2].

Die „modifizierte Babcock-OP“, also die Crossektomie mit Stripping, ist weiterhin ein angewandtes Verfahren in der Therapie der Stammvarikose

Das älteste heute noch angewandte Verfahren zur Behandlung der Stammveneninsuffizienz von V. saphena magna oder V. saphena parva ist die 1907 von William Wayne Babcock beschriebene Stripping-Methode [5]. Und obwohl sie mit der Entwicklung neuer Methoden unter anderem in den europäischen Leitlinien hinterfragt wurde [3, 6, 7], hat sie – ergänzt um die Crossektomie – nach wie vor einen festen Platz in der Therapie der Stammvarikose. Das Behandlungsprinzip besteht im stadiengerechten Entfernen der insuffizienten Venenabschnitte.



Die Plattform für Dokumentation & Abrechnung Ihrer:



Hybrid-DRG-Patienten

- Zertifizierter Hybrid-DRG Grouper mit Hilfe-Funktion
- Tägliche Abrechnung & Auszahlung (bis zu 7 Leistungserbringer)
- Einkaufsgemeinschaft für günstige Implantate
- Regelmäßige Online-Schulungen
- Direkter Support für Abrechnung & Technik
- Klärung von Verschlüsselungs- & Leistungsfragen mit Kassen
- Mahn- & Inkassoverfahren bei Zahlungsverzug

www.hybrid-drg-katalog.de



IV Patienten

- Abrechnung nach §295 & §302 SGB V für Heil- und Hilfsmittel
- Vertragsfreiheit ohne Mindestlaufzeit
- Zeitersparnis durch intuitive und benutzerfreundliche Bedienung
- Kosteneffizientes Modell durch „pay-per-use“-Abrechnung
- keine versteckten Kosten
- Zugang zu zahlreichen professionellen Inklusivleistungen

www.medicalnetworks.de/integrierte-versorgung



GOÄ Patienten

- Optimierung und Verzifferung von Arztbriefen & OP-Berichten
- Forderungsmanagement inkl. Inkasso & gesicherter Liquidität
- Klärung von Beanstandungen durch Krankenkassen
- Abrechnung von Behandlungsleistungen inkl. Rechnungsversand
- GOÄ-Coaching & individuelle Beratung

www.medicalnetworks.de/goae-abrechnung



Abb. 1

Als Standard für manche Zertifizierungen gefordert ist das präoperative, duplexsonographisch gestützte Anzeichnen der zu behandelnden Venen. Wesentlich für den technisch einwandfreien Eingriff und eine möglichst geringe Rezidivrate ist das niveaugleiche Absetzen der V. saphena magna und einmündender Äste von der V. femoralis. Die deutsche Leitlinie sieht dabei einen Vorteil für die Verwendung von nicht-resorbierbarem gegenüber resorbierbarem Nahtmaterial, obwohl diese Frage in der Literatur nicht abschließend geklärt ist. Das niveaugleiche Absetzen der V. saphena parva ist aufgrund anatomischer Variablen nicht immer möglich. Daher gilt die Empfehlung, so nah wie möglich an der Einmündung in die Vena poplitea abzusetzen. Insuffiziente Perforansvenen, die den distalen Insuffizienzpunkt darstellen, sollten unterbrochen werden. Hierfür ist in der Regel die direkte epi- oder subfasziale Unterbrechung geeignet. Subfasziale endoskopische Unterbrechung (subfascial endoscopic perforating vein surgery, SEPS) ist Einzelfällen vorbehalten. Nur insuffiziente Venenabschnitte sollten entfernt werden. Die Entfernung der V. saphena magna bis zur Knöchelregion geht mit einer höheren Rate von Läsionen des N. saphenus einher. Das Stripping von proximal nach distal durchzuführen, ist dabei vorteilhaft [2]. Ernste Komplikationen sind bei der offenen chirurgischen Versorgung der V. saphena magna selten, am häufigsten kann es zu Nervenläsionen kommen (0,01–6,6 %), Blutungen, Verletzungen großer Gefäße oder von Lymphgefäßen werden in der Literatur bis maximal 0,1 %, zum Teil noch deutlich darunter, berichtet. Duplexsonographisch

nachweisbare Crossenrezidive wurden in verschiedenen prospektiven und randomisierten Studien nach fünf Jahren in vier bis 23 % der Fälle festgestellt [8]. Man kann davon ausgehen, dass duplexsonographische Rezidive sich in den meisten Fällen auch klinisch manifestieren [9]. Die Rezidivrate offener chirurgischer Operationen der Stammvenen ist in den meisten Studien geringer als bei endovenösen Verfahren [8].

Crossektomie und Stripping haben auch daher nach wie vor einen wichtigen Stellenwert in der Varizentherapie.

Geringere Schmerzen und eine kürzere Rekonvaleszenz durch endovenöse Radiofrequenzablation im Vergleich zur Stripping-Methode

Ein fast 100 Jahre jüngerer Verfahren verglichen mit der Stripping-Methode ist die segmentale endovenöse Radiofrequenzablation (srFA). Dennoch ist sie kein „neues Verfahren“, da sie bereits 1999 zur Behandlung der Stammveneninsuffizienz eingesetzt wurde [10]. Sie hat sich seither zusammen mit der endovenösen Laserablation (EVLA) zu einem Standardverfahren entwickelt [2,3]. Bei der srFA wird unter Allgemeinanästhesie in Kombination mit Tumescenzanästhesie oder dieser allein eine Radiofrequenz-Sonde von distal in die zu behandelnde Vene unter sonographischer Kontrolle bis kurz vor die Einmündung in das tiefe Venensystem eingeführt. In der Regel gibt der Hersteller hier einen Sicherheitsabstand vor. Die Vene wird dann von der Sonde mittels Radiowellen auf 120 °C erhitzt und dadurch verschlossen.

Die weiteren Abschnitte der Vene werden behandelt, indem die Sonde segmentweise zurückgezogen wird (Abb. 1). Vorteile dieses Verfahrens sind geringere postoperative Schmerzen und eine kürzere Erholungsphase verglichen mit der konventionellen Stripping-Methode [11]. Internationale Leitlinien empfehlen die endovenösen thermischen Verfahren aus diesen Gründen vor der Stripping-Operation [3, 12]. Wie die konventionelle Stripping-Operation und EVLA gehört srFA zu den Verfahren mit den geringsten Rezidivraten. Duplexsonographisch nachweisbare Rezidive fanden Whiteley et al. 15 Jahre nach RFA zwar zu 51,6 %, jedoch ergab sich bei 88,1 % der Untersuchten kein klinisch relevanter Reflux [13].

Lawaetz et al. geben für die RFA nach fünf Jahren eine Rezidivrate von 18,7 % an und fanden in ihrer prospektiven randomisierten Studie keinen signifikanten Unterschied zu EVLA oder konventioneller Operation [14]. Von der hier beschriebenen srFA wird die bipolare Radiofrequenzablation unterschieden (brFA), bei der die Venenwand mittels einer bipolaren Sondenspitze auf 60 bis 100 °C erhitzt wird. Zu den Ergebnissen von brFA existieren weniger vergleichbare Daten, Verschlussraten liegen bei 74 bis 98 % nach drei bis zwölf Monaten [2].

Die segmentale RFA ist insgesamt komplikationsarm. Vor allem Nervenläsionen oder Parästhesien sind hier zu nennen, die unmittelbar postinterventionell bis zu 3,4 % berichtet werden und dauerhaft in 0,4 % verbleiben [2, 15].

Weitere Komplikationen sind Ekchymose, Hämatome, tastbare Induration, Pigmentierung, Phlebitis und Verbrennung bei zu geringem Abstand zwischen Venen und Haut (mind. 1 cm).

Von den thrombembolischen Ereignissen einer tiefen Beinvenenthrombose oder Lungenembolie muss unterschieden werden, wenn der gewünschte, interventionelle Thrombus aus der Stammvene bis in das tiefe Venensystem extendiert. International sind für diese Pathologie die Bezeichnungen Endovenous Heat Induced Thrombosis (EHIT) und Post Ablation Superficial Thrombus Extension (PASTE) gebräuchlich. Die deutsche Leitlinie verwendet den anatomisch präziseren Begriff Post Ablation Thrombus Extension (PATE).

Je nach Ausdehnung des Thrombus unterscheidet man vier Grade. Die derzeitige Studienlage gibt keine ausreichende Grundlage für therapeutische Empfehlungen, Tabelle 2 zeigt daher den gradabhängigen Expertenkonsens [2, 16]. PATE und andere thrombotische Komplikationen treten insgesamt selten auf und haben einen gutartigen Verlauf [17].

Endovenöse Laserablation: Nur an der Spitze des Lichtwellenleiters wird die Energie an die Vene abgegeben

Bei der EVLA wird ebenso wie bei der sRFA thermische Energie mittels elektromagnetischer Wellen erzeugt, allerdings befindet sich die Wellenlänge im sichtbaren Bereich. Vor rund zwanzig Jahren wurden die ersten Ergebnisse publiziert, dabei war eine Wellenlänge von 810 nm verwendet worden [18, 19], inzwischen gibt es verschiedene Wellenlängen bis 1940 nm. Sie unterscheiden sich im Ort ihrer größten Wirkung, bei kürzeren Wellenlängen (810–980 nm) wird die Energie vor allem an das Hämoglobin in den Erythrozyten abgegeben, bei den größeren Wellenlängen über 1320 nm eher im wässrigen Anteil des Gewebes. Eine Reihe unterschiedlich konfigurierter Sonden sind auf dem Markt erhältlich und im Einsatz. Einfache Glasfasern (bare fiber), die das Licht axial abgeben, Tulip-Fasern und Jacket-Tip zentrieren eine einfache Glasfaser im Venenlumen und Radialfasern verfügen über ein Prisma an der Spitze, wodurch das Laserlicht ringförmig an die Venenwand leitet. Die EVLA erfolgt ebenfalls in Tumescenzanästhesie und wird ähnlich der RFA durchgeführt. Der wesentliche technische Unterschied liegt darin, dass die Energie nicht abschnittsweise an die Vene abgegeben wird, sondern nur an der Spitze des Lichtwellenleiters. Die Laserfaser muss langsam und möglichst gleichmäßig durch die zu behandelnde Vene gezogen werden.



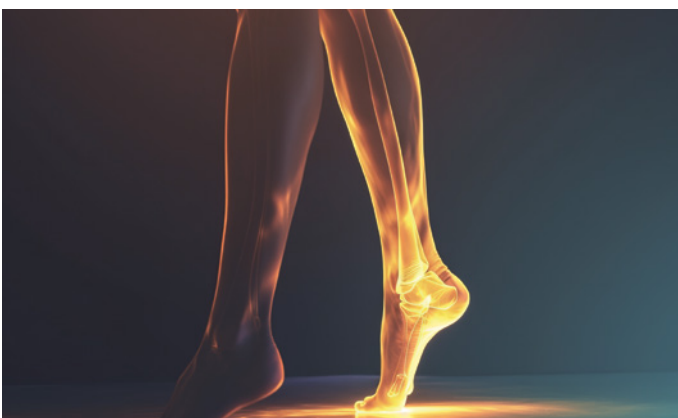
Die Rückzugsgeschwindigkeit gibt in der Regel der Lasergenerator nach den eingestellten Vorgaben zur gewünschten Energieabgabe akustisch vor. Vorteile sind die geringere Invasivität und schnellere Erholungsphase. Fünf Jahre nach EVLA fanden Lawaetz et al. 6,8 % der Stammvenen rekanalisiert, 18,7 % waren in dem Zeitraum erneut behandelt worden. [14]

Wallace et al. zufolge ist EVLA nach fünf Jahren in 93,2 % der Fälle technisch erfolgreich und verhindert bei der Behandlung der V. saphena magna klinische Rezidive effektiver als konventionelle Chirurgie [20]. Technisch machbar ist auch die endovenöser thermische Ablation von Perforansvenen, wobei die Verschlussraten unter denen bei der Behandlung von Stammvenen liegen [21]. Das Verfahren ist wie RFA komplikationsarm. Postoperative Schmerzen sind bei Lasern geringerer Wellenlänge (980 nm) ähnlich ausgeprägt wie bei der Stripping-Operation [11]. Sie sollten daher nicht mehr verwendet werden [2], die alternative Verwendung größerer Wellenlängen von z. B. 1470 nm

und Radialfasern kann diese Nebenwirkung deutlich reduzieren [22]. Die neueste Entwicklung sind 1940-nm-Radialfasern, die in ersten Studien keinen Unterschied mehr zu RFA hinsichtlich postoperativer Schmerzen und Rekonvaleszenzzeit aufweisen [23]. Das Profil weiterer möglicher Nebenwirkungen entspricht im Wesentlichen dem der sRFA.

Geringe Schmerzen und selten Komplikationen bei Okklusion mit Cyanoacrylat-Kleber

Neben den thermalen endovenösen Ablationen kam 2011 ein weiteres nicht-thermales Verfahren hinzu, die Venenokklusion mittels Cyanoacrylat-Kleber. Bei diesem Verfahren kann im Gegensatz zu thermalen Verfahren auf eine Tumescenzanästhesie verzichtet werden. Frühe Ergebnisse sind nach derzeitiger Studienlage den thermalen Verfahren nicht unterlegen. Periprozedurale Schmerzen sind meistens gering und Komplikationen selten. Am häufigsten kommt es mit rund 25 % der Fälle nach einigen Tagen zu einer Phlebitis-ähnlichen Reaktion im





**HÜCKER
& HÜCKER**
PRÜFEN.
LERNEN.
VERTRAUEN.
PRÜFLABOR

AN IHRER SEITE. SEIT 1989.

06195 6735 0
www.huecker-gmbh.de

Beurteilung und
Sicherung der
**Medizinprodukte-
aufbereitung**

Krankenhäuser,
Kliniken, OP-Zentren

Alle Geräte, alle Prozesse

Bereich der behandelten Stammvene, wobei die V. saphena magna häufiger als die V. saphena parva betroffen ist. Der Verlauf dieser Nebenwirkung ist in der Regel selbst-limitierend, wobei ein positiver Einfluss von Antihistaminika und Steroiden beobachtet wurde [24–26].

Schaumsklerosierung unter sonographischer Kontrolle – ultraschallassistierte Schaumsklerosierung: leichte Anwendbarkeit bei geringen Kosten zu Lasten höherer Rezidivraten

Die ultraschallassistierte Schaumsklerosierung (Ultrasound Guided Foam Sclerotherapy = UGFS) ist weit verbreitet, im Gegensatz zu EVLA und RFA handelt es sich um ein chemisches Verfahren. Hierbei wird Raumlufte oder CO₂ mit einem Sklerosierungsmittel, meist Polidocanol, aufgeschäumt und unter sonographischer Kontrolle in die zu behandelnde Vene eingebracht.

Dies kann über einen Katheter oder mittels Direktpunktion erfolgen. Rezidivraten sind deutlich höher als bei den thermischen Verfahren. Lawaetz et al. geben nach fünf Jahren Rekanalisationen in 31,5 % der Fälle an – 37,7 % waren innerhalb dieses Zeitraums erneut behandelt worden [14]. Ernsthafte Komplikationen wie allergische oder neurologische Reaktionen sind sehr selten, Thrombosen treten in weniger als 1 % der Fälle auf.

Häufiger kommt es hingegen zu Matting und Hyperpigmentierung, die deutschen Leitlinien zur Behandlung der Varikose geben 1 bis 10 % an [2]. UGFS ist besonders dann von Vorteil, wenn andere Verfahren nicht möglich sind, sei es durch Begleiterkrankungen oder durch morphologische Besonderheiten wie beispielsweise stark geschlängelte Varizen. Insbesondere bei Rezidivvarizen ist dieses Verfahren gut anzuwenden, die Studienlage hierzu ist allerdings verbesserungswürdig [27].

Aufgrund der einfachen Anwendung und des guten Kosten/Nutzen-Verhältnisses ist UGFS fester Bestandteil von internationalen Leitlinien, das britische National Institute for Health and Care Excellence empfiehlt UGFS nach endovenös thermischen Verfahren und vor konservativer Chirurgie [3, 28].

Selten eingesetzte Therapieverfahren: Mechanochemische Ablation und endovenöse Heißdampfablation

Die Mechanochemische Ablation (MOCA) ist ein nicht-thermisches Verfahren und kann ohne Narkose oder Tumescenzanästhesie durchgeführt werden. Wie bei den thermischen Verfahren wird ein Katheter von distal in die zu behandelnde Vene eingeführt, die J-förmige Spitze induziert durch Rotation von bis zu 3500 U/min eine Endothelläsion. Zeitgleich erfolgt die Injektion kleiner Mengen Polidocanol.

Literatur

1. Rabe E, Pannier-Fischer F, Broman K, et al (2003) Bonner Venenstudie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie: Epidemiologische Untersuchung zur Frage der Häufigkeit und Ausprägung von chronischen Venenkrankheiten in der städtischen und ländlichen Wohnbevölkerung. *Phlebologie* 32: 1–14
2. Pannier F, Noppeney T, Alm J, et al (2019) S2k-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Varikose. AWMF-Registernummer: 037/018
3. Wittens C, Davies AH, Bækgaard N, et al (2015) Editor's choice – management of chronic venous disease. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 49: 678–737
4. Lurie F, Passman M, Meisner M, et al (2020) The 2020 update of the CEAP classification system and reporting standards. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord* 8: 342–352
5. Babcock WW (1907) A new operation for the extirpation of varicose veins. *New York Med J* 23: 153–156
6. Hach W, Hach-Wunderle V (2008) Hundert Jahre Babcock-Operation. *Phlebologie* 37: 55–60
7. Schumacher H (2007) 100 Jahre Chirurgie der Krampfadern – hat die klassische Babcock-Operation ausgedient? *CHAZ* 8: 175–182
8. Mumme A, Mühlberger D, Sidhwa Y, et al (2019) Alarmierend hohe Rate saphenofemoraler Rezidive nach endovenöser Lasertherapie. *Phlebologie* 48: 18–22
9. De Maeseneer MG, Vandenbroeck CP, Hendriks JM, et al (2005) Accuracy of duplex evaluation one year after varicose vein surgery to predict recurrence at the sapheno-femoral junction after five years. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 29: 308–312
10. Weiss RA, Weiss MA (2002) Controlled radiofrequency endovenous occlusion using a unique radiofrequency catheter under duplex guidance to eliminate saphenous varicose vein reflux: a 2-year follow-up. *Dermatol Surg* 28: 38–42
11. Rasmussen LH, Lawaetz M, Bjoern L, et al (2011) Randomized clinical trial comparing endovenous laser ablation, radiofrequency ablation, foam sclerotherapy and surgical stripping for great saphenous varicose veins. *Br J Surg* 98: 1079–1087
12. Gloviczki P, Comerota AJ, Dalsing MC, et al (2011) The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *J Vasc Surg* 53: 2S–48S
13. Whiteley MS, Shiangoli I, Dos Santos SJ, et al (2017) Fifteen year results of radiofrequency ablation, using VNUS closure, for the abolition of truncal venous reflux in patients with varicose veins. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 54: 357–362
14. Lawaetz M, Serup J, Lawaetz B, et al (2017) Comparison of endovenous ablation techniques, foam sclerotherapy and surgical stripping for great saphenous varicose veins. Extended 5-year follow-up of a RCT. *Int Angiol* 36: 281–288
15. Proebstle TM, Alm BJ, Göckeritz O, et al (2015) Five-year results from the prospective European multicentre cohort study on radiofrequency segmental thermal ablation for incompetent great saphenous veins. *Br J Surg* 102: 212–218
16. Kabnick LS, Sadek M, Bjarnason H, et al (2021) Classification and treatment of endothermal heat-induced thrombosis: recommendations from the American Venous Forum and the Society for Vascular Surgery. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord* 9: 6–22
17. Healy DA, Twyford M, Moloney T, et al (2021) Systematic review on the incidence and management of endovenous heat-induced thrombosis following endovenous thermal ablation of the great saphenous vein. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*: S2213333X21000901
18. Boné C (1999) Tratamiento endoluminal de las varices con laser de diodo. Estudio preliminar. *Rev Patol Vasc* 5: 35–46
19. Navarro L, Min RJ, Boné C (2001) Endovenous laser: a new minimally invasive method of treatment for varicose veins-preliminary observations using an 810 nm diode laser. *Dermatol Surg* 27: 117–122
20. Wallace T, El-Sheikha J, Nandhra S, et al (2018) Long-term outcomes of endovenous laser ablation and conventional surgery for great saphenous varicose veins. *Br J Surg* 105: 1759–1767
21. Woodburn KR (2021) Endothermal ablation for the treatment of clinically significant incompetent lower limb perforating veins: factors influencing the early outcomes. *Phlebologie* 36: 127–134
22. Hirokawa M, Ogawa T, Sugawara H, et al (2015) Comparison of 1470 nm laser and radial 2 ring fiber with 980 nm laser and bare-tip fiber in endovenous laser ablation of saphenous varicose veins: a multicenter, prospective, randomized, non-blind study. *Ann Vasc Dis* 8: 282–289
23. Park I, Park S-C (2020) Comparison of short-term outcomes between endovenous 1,940-nm laser ablation and radiofrequency ablation for incompetent saphenous veins. *Front Surg* 7: 620034
24. Kolluri R, Chung J, Kim S, et al (2020) Network meta-analysis to compare VenaSeal with other superficial venous therapies for chronic venous insufficiency. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord* 8: 472–481.e3
25. Tang TY, Rathnaweera HP, Kam JW, et al (2019) Endovenous cyanoacrylate glue to treat varicose veins and chronic venous insufficiency – experience gained from our first 100+ truncal venous ablations in a multi-ethnic Asian population using the Medtronic VenaSeal™ Closure System. *Phlebologie* 34: 543–551
26. Park I, Jeong MH, Park CJ, et al (2019) Clinical features and management of “phlebitis-like abnormal reaction” after cyanoacrylate closure for the treatment of incompetent saphenous veins. *Ann Vasc Surg* 55: 239–245
27. Peter J, Pourhassan S (2019) Evidence of foam sclerotherapy in the treatment of recurrent varicose veins. *Phlebologie* 48: 95–101
28. National Institute for Health and Care Excellence (2013) Varicose veins: diagnosis and management. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg168>
29. Vähäaho S, Mahmoud O, Halmesmäki K, et al (2019) Randomized clinical trial of mechanochemical and endovenous thermal ablation of great saphenous varicose veins. *Br J Surg* 106: 548–554



Die gleichzeitig mechanische und chemische Ablation ist schmerzarm und mit wenig Nebenwirkungen behaftet.

Vorteilhaft ist die sofortige intraoperative Erfolgskontrolle durch Ultraschall und die Möglichkeit, bei nicht sofortigem Venenverschluss erneut zu therapieren. Verschlussraten liegen überwiegend unter denen der thermischen Verfahren, hinsichtlich der postinterventionellen Lebensqualität scheint kein Unterschied zu bestehen [29].

Kaum verbreitet ist die seit 2009 zugelassene endovenöse Heißdampfablation (EVSA). Hierbei werden wenige Mikroliter sterilen Wassers verdampft und fraktioniert bei einer Temperatur von etwa 120 °C über einen Katheter in die zu behandelnde Vene eingebracht. Die injizierte Wärmeenergie verteilt sich auf bis zu zehn Zentimeter Länge. Nur wenige Studien sind in den letzten Jahren hierzu veröffentlicht worden. Die Rekanalisationsrate liegt nach sechs bis zwölf Monaten postinterventionell zwischen 4 und 10 % [2].



Andreas Knauf
Gefäß und Orthopädie
Zentrum Augsburg
knauf@o-z-a.de



Dr. Jochen Peter
Phlebicum Venenzentrum
Wiesbaden



Dr. Kerstin Schick
Gefäßmedizin
München Süd



Dr. Siamak Pourhassan
Post Praxen Oberhausen

2020 revidierte CEAP-Klassifikation klinischer Stadien venöser Insuffizienz [4].

C0	keine sicht- oder tastbaren Zeichen einer venösen Erkrankung
C1	Teleangiektasien oder retikuläre Varizen
C2	Varizen
C2r	Rezidiivarizen
C3	Ödem
C4	sekundäre Hautveränderungen an Haut oder Unterhaut durch venöse Insuffizienz
C4a	Pigmentierung oder Ekzem
C4b	Lipodermatosklerose oder Atrophie blanche
C4c	Corona phlebectatica
C5	abgeheiltes Ulkus
C6	aktives venöses Ulkus
C6r	aktives rezidiertes venöses Ulkus



Graduierung und Therapie der Post Ablation Thrombus Extension (PATE).

PATE anatomische Lokalisation	Prozedere Therapie
0 Ausdehnung des Thrombus bis zur tiefen Vene (= planer Verschluss = gewünschter Therapieerfolg)	■ keine spezifischen Maßnahmen erforderlich
I Ausdehnung des Thrombus wenige Millimeter in die tiefe Vene hinein mit Einengung des Lumens der tiefen Vene bis zu 25 Prozent	■ Duplexsonographische Kontrolle (alle 1–2 Wochen) bis zur Thrombus-Rückbildung (Level 0) ■ Antikoagulation in prophylaktischer Dosierung erwägen
II Ausdehnung in die tiefe Vene hinein mit Einengung des Lumens bis maximal 50 Prozent	■ Duplexsonographische Kontrolle (alle 1–2 Wochen) bis zur Thrombus-Rückbildung (Level 0) ■ therapeutische Antikoagulation bis zur Thrombus-Rückbildung auf Level 0
III Einengung der tiefen Vene > 50 Prozent ohne vollständigen Verschluss der tiefen Vene	
IV vollständiger Verschluss der tiefen Vene	■ therapeutische Antikoagulation analog zur Therapie der tiefen Beinvenenthrombose ■ regelmäßige duplexsonographische Kontrollen ■ nach Thrombus-Rückbildung (Level 0) kann ein Absetzen der therapeutischen Antikoagulation erwogen werden



Eine Kooperation mit vielen Vorteilen

Zahlreiche Sonderkonditionen für BNC-BAO-Verbandsmitglieder

Der Bundesverband für Ambulantes Operieren e. V. (BAO), der Berufsverband der niedergelassenen Chirurgen Deutschland e. V. (BNC) und die Helmsauer Gruppe haben eine Kooperationsvereinbarung zu Gunsten der Mitglieder geschlossen. Ziel der Kooperation ist es, den Mitgliedspraxen und deren Team spezielle Leistungen mit finanziellen und leistungsbezogenen Vorteilen in den Bereichen Versicherung, Abrechnung, betriebswirtschaftliche Beratung, Fortbildung und Betreuung anzubieten.

In keiner anderen Branche können die Risiken des Arbeitsalltags so weitreichende Folgen nach sich ziehen wie im Gesundheitswesen – einer Branche, die besonders facettenreich und in stetigem Wandel ist. Das richtige Know-how ist daher unerlässlich, um die Herausforderungen zu meistern. Dank jahrelanger Erfahrung in den verschiedensten Bereichen des Gesundheitswesens kennt Helmsauer die Bedürfnisse genau und bietet mit innovativen Lösungen gezielten und nachhaltigen Mehrwert.

Warum die Helmsauer Gruppe als Kooperationspartner des BNC-BAO?

Nicht nur aufgrund der langjährigen Spezialisierung auf das Gesundheitswesen fiel die Wahl auf Helmsauer, sondern auch wegen der professionellen Gestaltung der Verbandsarbeit über viele Jahre hinweg. Daraus resultiert nicht nur ein qualitativ hochwertiges Angebot an Leistungen zu Sonderkonditionen, sondern auch an zahlreichen Services und Extras. Die persönliche Betreuung durch feste Kundenberater und deren Team im Backoffice ist neben garantierten Bearbeitungszeiten und maximaler Transparenz über die digitale Kundenakte myHelmsauer für BNC-BAO-Mitglieder ein entscheidender Vorteil.



Die Inhalte der Kooperation in den verschiedenen Bereichen finden Sie nachfolgend im Überblick mit allen Vorteilen und Sonderkonditionen:

VERSICHERUNGSKONZEPTE

Der entscheidende Schutz für den Ernstfall

Ob als MVZ, Praxisklinik, Gemeinschafts- oder als Einzelpraxis – die optimale Absicherung der ärztlichen Tätigkeit ist essenziell. Doch nicht nur die medizinische Leistung benö-

tigt Schutz, sondern die gesamte Existenz. So beinhaltet die Kooperation im Versicherungsbereich das vollumfassende Angebot aller wichtigen Versicherungsprodukte, die für das Gesundheitswesen optimiert wurden. Dabei immer im Blick: günstige Konditionen und ein starkes Preis-Leistungs-Verhältnis. Weitere Vorteile sind das bevorzugte Schadenmanagement, die Fachanwaltscholine für Mediziner sowie die Arzthaftpflichtschaden-Hotline, erreichbar unter der Telefonnummer 0911 9292 185.

Leistungen im Überblick

- **Berufshaftpflichtversicherung:** Der entscheidende Schutz für Ihre Existenz – speziell für Ihre Fachrichtung
- **Cyberversicherung:** Schützen Sie sich aktiv gegen die Folgen von Cyberkriminalität
- **Praxisversicherung:** Vermeiden Sie eine Deckungslücke durch Unterversicherung
- **Rechtsschutzversicherung:** Gezielter Schutz für den Fall der Fälle
- **Betriebliche Altersvorsorge, Krankenversicherung und Berufsunfähigkeitsversicherung:** Wertvolle Zusatzversorgung und attraktive Gesundheitsleistungen für Ihre Mitarbeiter – machen Sie die Absicherung der Arbeitskraft zur Chefsache
- **Existenzschutz:** Der Rundum-sorglos-Schutz
- **Kraftfahrzeugversicherung:** Allzeit sicher und günstig unterwegs
- **Private Risiken:** Mehr Leistung für weniger Geld

Ein Gruppenvertrag zur Unfallversicherung bietet nicht nur BNC-BAO-Mitgliedern, sondern sogar deren Angehörigen die Möglichkeit auf verbesserte Arztgliedertaxe und spezielle Arztbedingungen. Weitere Gruppenverträge zur Berufsunfähigkeitsversicherung mit vereinfachter Gesundheitsprüfung und betrieblicher Altersversorgung für das Praxisteam bringen deutliche Mehrwerte.

BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHE BERATUNG

Sie haben eine Vision – das Helmsauer Curamed Beratungszentrum unterstützt bei der Umsetzung.

Am Anfang steht der Traum von einer eigenen Praxis oder die Idee einer Kooperation mit Kollegen, Krankenhäusern oder sonstigen Teilnehmern am Gesundheitsmarkt. Helmsauer hilft

Ihnen im Rahmen einer betriebswirtschaftlichen Beratung bei der Umsetzung Ihrer Ziele und steht Ihnen als kompetenter Partner langfristig – auch nach Realisierung des Projekts – zur Seite.

Leistungen im Überblick

- **Niederlassungsberatung:** Damit Sie keine bösen Überraschungen erleben
- **Praxisabgabe:** Ihr persönliches Übergabekonzept
- **Kooperationsberatung:** Ihre persönlichen Möglichkeiten kennenlernen
- **Praxisbewertung:** Welchen Wert hat eine Praxis?
- **Praxis-/Stellenbörse:** Ihre Einstiegs- oder Übernahme-/ Abgabemöglichkeiten

BNC-BAO-Mitglieder profitieren von **20 % Rabatt** auf die Gebühren der Leistungen.

ABRECHNUNG

Um zeitaufwändige Verwaltungsarbeit zu erleichtern, bietet Helmsauer die Abrechnung von Privatpatienten und Selektivverträgen an. Für Optimierungspotenzial und Handlungsspielraum bei der Privatabrechnung stellt Ihnen Helmsauer anonymisiertes Benchmarking mit anderen Leistungserbringern – bei gleicher Fachrichtung, pro Quartal, nach Umsatzgröße und Abrechnungszimmer mit Ausweis der Abrechnungshäufigkeit – in Echtzeit zur Verfügung. So ist frühzeitig eine Reaktion auf Abweichungen und der Vergleich von GOÄ-Umsätzen möglich.

Leistungen im Überblick:

- Qualifizierte Beratung garantiert – dank mehr als 35 Abrechnungsberatern
- Spezielle EDV-Infrastruktur für prompte Abrechnung, rasche Auszahlung und aufschlussreiche Statistiken
- Klarer Liquiditätsvorteil dank Auszahlung des Abrechnungsbetrags innerhalb von fünf Arbeitstagen
- Einfachere Praxisorganisation durch Auslagerung von Abrechnung und Mahnwesen
- Übernahme jeglicher Anwalts- und Gerichtskosten im Falle der Nicht-Beitreibung des Honorars (bei erfolgreicher Beitreibung müssen die Kosten vom Patienten getragen werden)

BNC-BAO-Mitglieder profitieren von einem **rabattierten Entgelt i. H. v. 3,1 % zzgl. USt.**

Wir rechnen Hybrid-DRG für Sie ab

Abrechnung von Hybrid-DRG gemäß § 115f SGB V

Sie haben die Wahl: Zahlen Sie nur ...

1,55 %

zzgl. der jeweils gültigen gesetzlichen USt.
(1,25 % zzgl. der jeweils gültigen gesetzlichen USt. für Mitglieder kooperierender Berufsverbände oder Kunden der Verrechnungsstelle für Ärzte Oswald Helmsauer GmbH) Bearbeitungsentgelt pro abgerechnete Leistung ohne vierzehntägige Vorfinanzierung.

oder

2,75 %

zzgl. der jeweils gültigen gesetzlichen USt.
(2,45 % zzgl. der jeweils gültigen gesetzlichen USt. für Mitglieder kooperierender Berufsverbände oder Kunden der Verrechnungsstelle für Ärzte Oswald Helmsauer GmbH) Bearbeitungsentgelt pro abgerechnete Leistung mit vierzehntägiger Vorfinanzierung.

Die Leistungsdaten der Hybrid-DRG von REBECA Health Care GmbH können bei ALLEN Kostenträgern gem. Abrechnungsvereinbarung zur Hybrid-DRG abgerechnet werden.

FORTBILDUNG

Die Helmsauer Akademie verfügt über praxisorientierte Bildungsangebote speziell für das Gesundheitswesen, die für Verbandsmitglieder kostenlos sind. In Form von Seminaren, Workshops, Webinaren und Tagungen stellt sie qualitätsgesicherte Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten zur Verfügung, die echte Mehrwerte für den Berufsalltag bieten, natürlich zertifiziert und von der Ärztekammer anerkannt.

Aus einem vielfältigen Angebot können Sie sich das für Sie oder Ihre Mitarbeiter passende Modul aussuchen:

Unsere Leistungen:

- + Kompetente und erfahrene Referenten auf Ihrem Fachgebiet
- + Praxisnahe, interaktive Fortbildungen
- + Echte Mehrwerte zur Umsetzung im Alltag
- + Maßgeschneiderte Veranstaltung nach Kundenwunsch



Ihre BNC-BAO-Hotline bei der Helmsauer Gruppe:

0911-9292 185





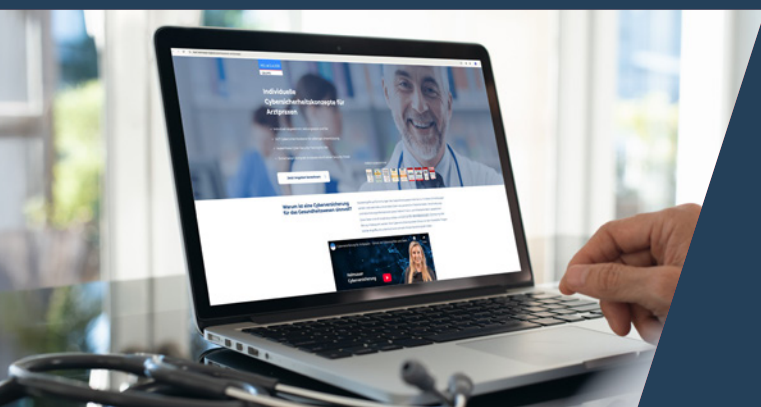
Gesundheitswesen verstärkt im Visier von Cyberangriffen

Schützen Sie Ihre Praxis

Maßgeschneiderter Schutz vor Cyberrisiken für BNC- und BAO-Mitglieder

Cyberangriffe zählen heutzutage zu den größten Risiken für Arztpraxen. Um Sie als Mitglieder des **BNC** und des **BAO** bestmöglich zu schützen, steht Ihnen jetzt eine innovative Lösung bereit: **CyberSecure** – die digitale Cyberversicherung, die einfach, individuell und effizient funktioniert.

Einfach. Schnell. Individuell.



CyberSecure bietet BNC- und BAO-Mitgliedern einen umfassenden Schutz gegen Cyberrisiken – online abschließbar, flexibel anpassbar und mit einem **exklusiven Mitglieder-rabatt**. Entwickelt wurde das Angebot gemeinsam mit dem **Helmsauer Assekuradeur** und speziell auf die Anforderungen im Gesundheitswesen zugeschnitten.

Vorteile auf einen Blick:

- ✓ **Digitaler, sofortiger Versicherungsschutz** ohne Umwege
- ✓ **Individuelle Gestaltung** im Look & Feel des jeweiligen Verbandes
- ✓ **Hosting in Deutschland** – sicher und DSGVO-konform
- ✓ **Exklusive Rabattcodes** für BNC- und BAO-Mitglieder
- ✓ **Maximale Flexibilität** bei Beratung und Kommunikation

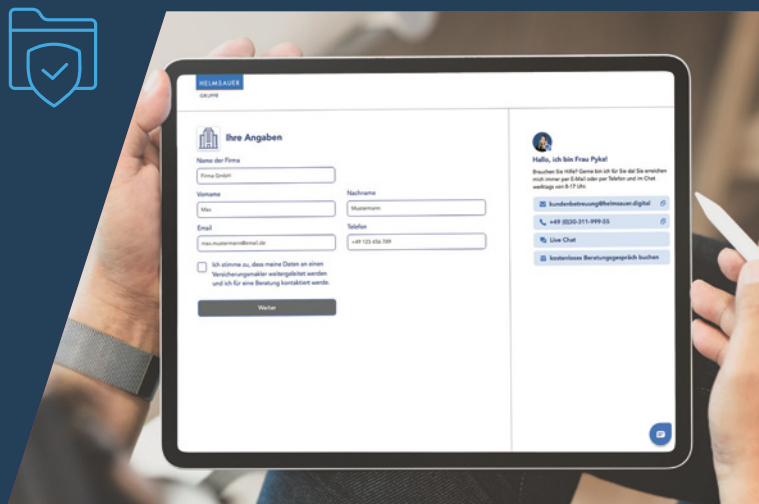
Kompetente Beratung – digital und persönlich

Die Betreuung erfolgt durch Ihren persönlichen, bereits vorhandenen Berater oder über ein speziell geschultes **Service-Team**. Dieses Team ist auf die Bedürfnisse der Mitglieder von BNC und BAO spezialisiert und bietet Beratung per Telefon, E-Mail, Live-Chat oder organisiert Ihnen einen persönlichen Termin bei Ihnen direkt vor Ort.

So einfach geht's:

1. Mitglieder erhalten ein persönliches **Informationsschreiben per Post und E-Mail**, inklusive Rabattcode.
2. Über den nachfolgenden **QR-Code oder Link** gelangen sie zu einer speziell gestalteten **Landing-page im Verbandsdesign**.
3. Von dort aus kann **CyberSecure direkt gestartet und abgeschlossen** werden.

CyberSecure ist mehr als eine Versicherung: Es ist ein intelligentes, verbandsnahes Sicherheitskonzept, das **BNC- und BAO-Mitgliedern** zuverlässigen Schutz im digitalen Raum bietet – einfach, modern und auf Augenhöhe.



Haben wir Ihr Interesse geweckt? Ihre Cyber-Hotline bei der Helmsauer Gruppe: **0911-9292 185**

Gerne beraten wir Sie persönlich zu den Vorteilen für Verbandsmitglieder. Nehmen Sie mit uns Kontakt auf:
service@helmsauer-gruppe.de

> oder über unser **digitales Kontaktformular**



Stand: 30/05/2025







Rechtsanwalt Jörg Hohmann

ÄRZTLICHE VERBUNDWEITERBILDUNG – CHANCEN UND RISIKEN

Eine ärztliche Verbundweiterbildung ist ein strukturiertes Weiterbildungsmodell, bei dem sich verschiedene medizinische Einrichtungen – in der Regel Kliniken und niedergelassene Ärzte – auf regionaler Ebene zu einem sogenannten Weiterbildungsverbund zusammenschließen. Ziel ist es, angehenden Fachärzt:innen (zum Beispiel in der Chirurgie, aber auch in anderen Fachrichtungen) eine komplette, aufeinander abgestimmte Weiterbildung über die gesamte Weiterbildungszeit hinaus anzubieten, ohne dass die Ärzt:innen die Region oder den Arbeitgeber wechseln müssen.

Für die Weiterbildungsassistenten heißt dieses, dass die Suche nach Anschlussweiterbildungsstellen entfällt und sie sich in diesem Weiterbildungs-konzept bis zur Prüfung befinden, das System schafft Planungssicherheit.

Vorteile

Für Weiterbildungsassistenten bedeutet die Absolvierung der Weiterbildung in einem regionalen Weiterbildungsverbund eine deutliche Entlastung, denn bei eigener Organisation der Weiterbildung an verschiedenen Weiterbildungsstellen ist darauf zu achten, dass alle Punkte des Weiterbildungskatalogs erfüllt sein müssen, diese müssen also in der strukturierten Zeit an den Weiterbildungsstationen abgearbeitet werden. Diese organisatorische Arbeit entfällt in einem Verbund. In der Regel können alle Weiterbildungsabschnitte in den angeschlossenen Kliniken und Praxen absolviert werden. Dabei werden angehende Ärzte teils von Mentoren begleitet, die auf die speziellen Bedürfnisse eingehen (z. B. auf das Angebot der Absolvierung in Teilzeit, um Familie und Beruf zu koordinieren). Dieses und die Sicherheit, alle Weiterbildungsabschnitte in einem festen Zeitplan abschließen zu können, werden in der Regel von den Assistenten geschätzt.

Zudem gibt es neben der Planungssicherheit für die gesamte Weiterbildungszeit eine strukturierte Rotation in der gemäß WBO geforderten Zeit, die Vergütung ist i. d. R. bereits in einem gesamten Weiterbildungsvertrag festgelegt, es gibt garantierte Freistellungen zur Fortbildung, feste Ansprechpartner im Verbund, sodass dann letztlich auch die Suche nach neuen Weiterbildungsstätten beziehungsweise ein Wohnortwechsel entfällt.

Im stationären Bereich werden spezielle Stellen für diese Abschnitte geschaffen, sodass ein Konkurrenieren mit anderen Weiterbildungsassistenten entfällt. Ärzte können sich so in der Region bereits etablieren und haben nicht selten die Möglichkeit, im Nachgang auch Stellen im Krankenhaus anzutreten oder kooperierende Praxen zu übernehmen.

Grundlagen der ärztlichen Weiterbildung

Die jeweils in den Bundesländern erlassenen Heilberufs- und Kammergesetze enthalten Regelungen zur ärztlichen Weiterbildung, mit denen Grundsätze zum Inhalt und zur Dauer, zum Prüfverfahren sowie zur Zulassung ärztlicher Weiterbildungsstätten festgelegt werden. Das Nähere zum Inhalt der Weiterbildung regeln die Weiterbildungsordnungen der zuständigen Ärztekammern. Darauf aufbauend können Spezialisierungen in gebietsspezifischen Schwerpunkten beziehungsweise Teilgebieten oder weitere Zusatzweiterbildungen erworben werden, diese sind im Wesentlichen in der Muster-Weiterbildungsordnung vom Deutschen Ärztetag beschlossen worden. Die MWBO ist allerdings nicht verbindlich und erfährt ihre Verbindlichkeit durch Transformation in das Landesrecht durch die Landesärztekammern.

Die Weiterbildungsbefugnis kann danach Ärzten erteilt werden, die fachlich und persönlich geeignet sind und eine mehrjährige Tätigkeit nach Abschluss der entsprechenden Weiterbildung nachweisen können. Sie kann auch mehreren Ärzten an einer Weiterbildungsstätte gemeinsam erteilt werden (kumulative Befugnis).

Dadurch kann auch bei teilzeitbeschäftigten Ärzten erreicht werden, dass diese eine ganz-tägige Weiterbildung gewährleisten können. Mehrere befugte Ärzte, die an verschiedenen Weiterbildungsstätten tätig sind, können insoweit einen Weiterbildungsverbund bilden. Die Weiterbildung erfolgt sodann im Rahmen angemessen vergüteter ärztlicher Berufstätigkeit (vgl. § 4 Absatz 2 MWBO). Fachärzt:innen während der Weiterbildung sind somit als Assistenzärzte angestellt und werden entsprechend entlohnt (für Vertragsarztpraxen ist dieses in § 32 Absatz 2 Ärzte-ZV geregelt).

Rechtliche Besonderheiten

Rechtlich ist ein ärztlicher Weiterbildungsverbund ein vertraglicher Zusammenschluss, umstrukturierte, sektorübergreifende Weiterbildungen für Ärzte zu ermöglichen. Die ärztliche Weiterbildung darf stets nur unter verantwortlicher Leitung von Ärzten mit einer erteilten Weiterbildungsbefugnis erfolgen, diese Befugnis ist personenbezogen und an eine bestimmte Weiterbildungsstätte gebunden.

In einigen Landesgesetzen ist explizit die Erteilung einer „Verbundermächtigung“ geregelt. Diese erlaubt es mehreren Einrichtungen, gemeinsam und abgestimmt die vollständige Weiterbildung anzubieten. Eine solche Verbundermächtigung setzt voraus, dass die beteiligten Einrichtungen vertraglich zur Zusammenarbeit verpflichtet sind und gemeinsam ein abgestimmtes Weiterbildungs-konzept vorlegen. Voraussetzung für eine Genehmigung ist die vertragliche Verpflichtung einer engen Zusammenarbeit beziehungsweise zur Abstimmung der Weiterbildungsabschnitte, sodass eine

unterbrechungsfreie und inhaltlich abgestimmte Weiterbildung gewährleistet ist, beziehungsweise muss ein einheitliches Curriculum angewendet werden.

Die arbeitsrechtliche Stellung der Ärzte in Weiterbildung innerhalb des Verbunds kann je nach vertraglicher Ausgestaltung variieren.

Hinsichtlich der Haftung gilt: Ärzte (auch WBA) haften entsprechend dem Facharztstandard. Im Schadensfall können jedoch neben den WBA auch die weiterbildungsbefugten Ärzte oder der Krankenhausträger haften. Ärzte in Weiterbildung sind über die Betriebshaftpflichtversicherung des Krankenhauses oder der Praxis mitversichert.

Im Weiterbildungsverbund gilt diese Haftungsregelung analog: Wer die Weiterbildung anleitet oder Aufgaben überträgt, trägt die Verantwortung für Auswahl, Anleitung und Überwachung, unabhängig davon, ob die Tätigkeit in einer Praxis oder Klinik erfolgt.

Die Haftung kann also je nach Einsatzort im Verbund bei unterschiedlichen Trägern (zum Beispiel Klinik oder Praxis) liegen, ist aber jeweils an die Einhaltung des Facharztstandards und die Pflicht zur Anleitung und Überwachung geknüpft.

In dem Kooperationsvertrag der Verbundpartner sind die jeweiligen Aufgaben und Verpflichtungen zu regeln. Die Aufgaben niedergelassener Ärzte beziehen sich auf das Angebot einer strukturierten Weiterbildung und Verpflichtung zur Umsetzung des Curriculums für die jeweilige Weiterbildungszeit. Sie erarbeiten einen Weiterbildungskatalog und verpflichten sich zur Zahlung der vereinbarten Vergütung.

Rechtsanwalt Jörg Hohmann

Kanzlei für Gesundheitsrecht
Prof. Schlegel, Hohmann,
Diarra & Partner

Brandstwierte 4, 20457 Hamburg

Telefon 040 3910697

Telefax 040 3910697-10

www.gesundheitsrecht.com

FAZIT

Auch Praxisinhaber und Kliniken profitieren von der Teilnahme an einer Verbundweiterbildung, da sie bessere Möglichkeiten haben, engagierte Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zu rekrutieren. Durch die strukturierte Organisation und die Planungssicherheit innerhalb des Verbunds wird die Weiterbildung für junge Mediziner attraktiver, was die Besetzung von Weiterbildungsstellen erleichtert.

Ein weiterer Vorteil liegt darin, dass Praxisinhaber durch die enge Zusammenarbeit mit den WBA potenzielle zukünftige Praxispartner oder Nachfolger frühzeitig kennenlernen und an die eigene Praxis binden können.

Praxisinhaber werden durch die Verbundweiterbildung stärker mit regionalen Kliniken und anderen Praxen vernetzt. Diese Kooperation fördert den fachlichen Austausch und erleichtert die Organisation der Weiterbildung (administrative Aufgaben werden gemeinsam getragen, die Koordination der Weiterbildungsabschnitte und Rotationspläne wird zentral geregelt).

Durch die Verbundweiterbildung erhöht sich die Attraktivität der Praxis als Ausbildungsstätte. Junge Ärztinnen und Ärzte schätzen die Möglichkeit einer strukturierten, wohnortnahen Weiterbildung ohne häufige Bewerbungen oder Umzüge, was die Bindung an die Region und die Praxis fördert.





CONTROLGUIDE^{MED}

analysieren – verstehen – steuern

Mehr Erfolg für Ihre Praxis?

Kosten steigen und der Überblick fehlt?

- ✗ Keine Zeit fürs Wesentliche?
- ✗ Überblick über Kosten fehlt?
- ✗ Keine ausreichende Liquidität?

Ihr Gewinn

Unsere Beratung garantiert Ihnen:

- ✓ Mehr Effizienz. Weniger Stress.
- ✓ Klare Zahlen. Bessere Entscheidungen.
- ✓ Sichere Zukunft. Stabiles Wachstum.



CONTROLGUIDE^{MED}

Ihr Partner für klare Zahlen, präzise Analysen und nachhaltigen Erfolg.

Jetzt
kostenlosen Praxis-Check
anfordern!



controlguide.med GbR
Dr. med. Bertram Wittrin/Kai-Uwe Groß
Holtenauer Str. 73, 24105 Kiel



info@controlguide.org



www.controlguide.org



NOTSTAND WEITERBILDUNG!

KÖNNEN VERTRAGSÄRZTE IHREN BEITRAG LEISTEN?

Autoren*Dr. Jörg Hennefründ und Dr. Alexander Zach*

Der Lahnsteiner Kompromiss Anfang der 90er Jahre unter Gesundheitsminister Seehofer deckelte die Gesundheitsausgaben, um die internationale Konkurrenzfähigkeit der deutschen Industrie zu sichern. Er prägt mit der Budgetierung und dem ausdrücklichen Ziel, die Leistungsmenge zu begrenzen, das Gesundheitswesen bis heute. Inzwischen stehen aber Wartelisten und Unterversorgung im politischen Fokus.

Diese haben viele Ursachen und in der Diskussion wird häufig der zeitliche Aspekt von Maßnahmen vergessen. So können finanzielle Anreize kurzfristige Leistungssteigerungen bewirken, die Vermehrung von Studienplätzen kommt aber für die anstehende Versorgung der geburtenstarken Jahrgänge schon zu spät. Zeitlich dazwischen liegt das absehbare Problem mangelhafter Weiterbildung, vor allem einer zügigen und breiten Qualifikation. Beide Verfasser dieses Beitrags stammen aus einer Ausbildungsgeneration, für die 36 Stunden Anwesenheiten in der Klinik leider noch selbstverständlich waren. Dass dieser unsägliche Zustand endete, war schon lange überfällig und unerlässlich. Die Auswirkung auf die Weiterbildung und Versorgung wurde allerdings besonders in operativen Fächern dadurch dramatisch. So fallen durch notwendige Zeitregelungen bis zu 30 % der Ausbildungszeit im Vergleich zu früher weg. Gepaart mit dem immensen Arbeitspensum aufgrund des betriebswirtschaftlichen Drucks, bleibt in der Regel dann die operative Ausbildung als Erstes auf der Strecke. Einfache Lösungen fehlen. Die folgenden Texte stellen Einzelmeinungen dar, die Fragen anregen und Widerspruch provozieren sollen. Nur in einer intensiven Diskussion kann es uns gelingen, hier Änderungen der innerärztlichen Kultur und der äußeren Vorgaben zu entwickeln.

Weiterbildung pro**Aus Sicht des Krankenhausarztes**

In meiner langjährigen Zeit als leitender Oberarzt einer Universität und des größten privaten Klinikbetreibers im Fachgebiet Orthopädie-Unfallchirurgie und Handchirurgie ist

Ausbildung eine unerlässliche und schöne Aufgabe gewesen. Fakt ist allerdings auch, dass immer seltener Weiterbildungsassistenten orthopädisch-unfallchirurgische und noch sehr viel seltener handchirurgische Eingriffe durchführen konnten, da die Kollegen andere Aufgaben zu erledigen hatten oder nach Diensten nicht anwesend waren. Das Fach Handchirurgie z. B. wird zukünftig aufgrund fehlender Leistungsgruppe nur noch eine rudimentäre Rolle in den Kliniken spielen und dementsprechend wird eine handchirurgische Ausbildung dort kaum noch stattfinden können. Perspektivisch wird dies zu einer qualitativ minderwertigen handchirurgischen Versorgung in Deutschland führen. Wenn das Fachgebiet Handchirurgie überleben will, wird die Weiterbildung in der Niederlassung unverzichtbar sein.

Aus Sicht eines Vertragsarztes

Mal abgesehen davon, dass schon heute viele Krankheitsbilder in den Kliniken gar nicht mehr gesehen werden und entsprechend auch nicht weitergebildet werden können, werden zudem die personellen Ressourcen für hochqualifizierte Ausbildung immer geringer. Oberärzte und sogar Chefärzte verlassen immer häufiger die Kliniken und verschwinden als hochqualifizierte Ausbilder ungenutzt in das deutsche Vertragsarztwesen. Es ist zu erwarten, dass sich dieser Trend mit den kommenden strukturellen Veränderungen durch die Krankenhausreform noch einmal deutlich verstärken wird. Dass Vertragsärzte hier einspringen und an der Ausbildung unseres Nachwuchses teilnehmen, sehe ich als politische Chance. Den ärztlichen Nachwuchs als Fürsprecher eines unersetzlichen Vertragsarztwesens zu gewinnen, könnte zukünftig

ein wichtiger Faktor auf politischer Ebene hinsichtlich der Ressourcenverteilung und im schlimmsten Fall sogar der Existenz sein. Denn eines haben die letzten Jahre auch gezeigt, unsere Patienten fallen mangels Interesses und Wissen als Fürsprecher für uns komplett aus.

Die externe Honorierung der Ausbildung wie bei den Hausärzten ist grundsätzlich möglich, aber unrealistisch. So ist in der von der DKG, KBV, GKV, PKV und BÄK ausgehandelten „Verordnung zur Förderung der Weiterbildung gemäß §75a SGB V“ in §3 grundsätzlich eine Förderung weiterer Facharztgruppen, also der nicht allgemeinmedizinischen Facharztweiterbildung, mit 5800 Euro für jede vollzeitige Facharztweiterbildungsstelle monatlich vorgesehen. Allerdings sind diese Förderstellen auf 2000 Stellen in ganz Deutschland begrenzt. Was z.B. für Mecklenburg-Vorpommern bedeutet, dass insgesamt nur 38 Förderstellen für nicht hausärztliche Ausbildung zur Verfügung stehen (KVMV). So soll ein „Beitrag zur Deckung des spezifischen Bedarfs der ambulanten Versorgung unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten ...“ geleistet werden. Das wiederum heißt, dass eine Beantragung der Förderung grundsätzlich und insbesondere in sogenannten überversorgten Gebieten schwierig ist. Weiterhin wird in einigen Bundesländern die Facharztausbildung in der Praxis im Rahmen der Honorierung gefördert. In Mecklenburg-Vorpommern z. B. wird das Regelleistungsvolumen der auszubildenden Praxis grundsätzlich um 25 % erhöht. Bei dieser „Erhöhung“ wird klar, dass eine vollständige Ausbildung in einer Einzelpraxis, eher schwierig wird. Anders sieht dies allerdings in Gemeinschaftspraxen oder Praxisgemeinschaften aus, wenn mehrere Praxisbetreiber der gleichen Fachrichtung angehören. Unbestritten ist, dass der Ausbilder Zeit in die Ausbildung investieren muss, welche ihm insbesondere im ersten Ausbildungsjahr zur Erlösgenerierung dann fehlt.

Andererseits übernimmt der Auszubildende mit zunehmendem Ausbildungsstand immer mehr Tätigkeiten, welche den Ausbilder spätestens ab dem zweiten Ausbildungsjahr von Aufgaben immer mehr befreien, sodass er wieder für „lukrative“ Aufgaben zur Verfügung steht. Zugegeben, die derzeitigen Anreize sind eher dürftig und bedeuten für uns Fachärzte in erster Linie das Erbringen einer Vorleistung. Weitere Anreize, wie z. B. die Entbudgetierung auszubildender Facharztpraxen oder die Ausweitung der Anzahl an Förderstellen für die spezifische Facharztausbildung, könnten die Entscheidung auszubilden deutlich erleichtern.

WEITERBILDUNG – CONTRA

Aus Sicht des Krankenhausarztes

In den meisten Ländern ist das Engagement für die Weiterbildung des Nachwuchses so selbstverständlich, dass fehlender Einsatz sozial, z. T. auch formal sanktioniert wird. Nicht so in Deutschland. Die Möglichkeit, sich herauszuhalten, und eine fehlende Steuerung in Weiterbildungsstellen (alles ist freiwillig, jeder kann sich die WB-Stelle aussuchen) haben dazu geführt, dass qualifizierte Operateure Mangelware sind und hohe Forderungen stellen können. So sind die Oberärzte eine der bestbezahlten Berufsgruppen bundesweit, vor ITlern etc.

Warum soll man sich unter Mehraufwand Konkurrenz heranbilden? Die Machtposition wird mit den neuen Anforderungen an qualifizierte Ärzte für die Zulassung zur Abrechnung der unterschiedlichen Leistungsbereiche noch weiter steigen. Die Krankenhäuser werden erpressbar und müssen sich künftig mit formalen Qualifikationen zufriedengeben. Weniger qualifizierte Kollegen zu meiden, die aber Formalia erfüllen, bedroht bald die Existenz der Abteilungen.

Die zu operierende Patientenzahl pro Zeit liegt (hauptsächlich wegen der Wechselzeiten) im Krankenhaus in etwa halb so hoch wie im Vertragsarztsektor. Das beugt Burn-out vor. Dies zu ändern, stößt beim übrigen Personal auf Widerstand.

Kollegen auszubilden, bedeutet aber längere OP-Zeiten und noch weniger Operationszahl. Das führt zu Kritik aus der Verwaltung, weshalb das riskieren?

Aus Sicht des Vertragsarztes

Wir Vertragsärzte werden für die gleiche operative Leistung nach EBM bezahlt und damit weit schlechter als die Krankenhäuser nach DRG. Wir können nur wirtschaftlich bestehen, wenn wir gleichzeitig die Kosten senken und pro Arztstunde mehr Patienten versorgen als Krankenhäuser. Durch die hohe Routine sinkt außerdem die Komplikationsrate und die Patienten profitieren doppelt: höhere Sicherheit und mehr Versorgung pro Arzt. Das ist angesichts des Wandels von der Ärztearbeitslosigkeit zum Mangel an Arztzeit für deren Versorgung unabdingbar. Die Aufgabe der Weiterbildung ist in der Kostenkalkulation der DRG eingerechnet und damit eine Pflicht der Krankenhäuser.

Die Weiterbildung in der Arztpraxis ist im System nicht vorgesehen, was sich in zahlreichen Bestimmungen niederschlägt: Ausbildung verlangsamt den Ablauf im OP, wenn ich ausbilde und dies zu einer Verdoppelung der OP-Zeit führt, verursacht dies jede OP-Stunde mehrere hundert Euro Kosten. Das liegt weit über jedem Betrag, der als Zuschuss zum Gehalt der Weiterbildungsassistenten diskutiert werden kann, derzeit gibt es eher gar keinen Zuschuss.

Man könnte versuchen, dass der Weiterbildungsassistent seine Kosten verdient, indem er gleichzeitig viel Zuarbeit leistet (Aufnahme, Entlassung, Operationen anfangen etc.) oder je nach Ausbildungsstand auch Operationen selbstständig durchführt.

Letzteres ist aber nicht erlaubt und auch die Leistungsausweitung durch WB-Assistenten ist nach Kassenrecht ausdrücklich untersagt (irre angesichts der Klagen über Wartelisten). Mehrleistungen führen außerdem zu Auffälligkeiten im Zeitprofil und Ärger und Arbeit, um sich dafür zu rechtfertigen. Eventuell greifen dann zusätzlich noch die Mengenbegrenzungsmechanismen, die seit Seehofer immer noch gelten, wie Abstaffelungen etc.

FAZIT

Um die zunehmenden Lücken in der Patientenversorgung zu füllen, müssten mehr ambulante Operateure ausgebildet und in die hocheffizienten Strukturen des Vertragsarztwesens geleitet werden. Faktisch kommen die Krankenhäuser der Ausbildungsverpflichtung aber nur ungenügend nach und die Vertragsärzte haben dadurch sogar Probleme, überhaupt Nachfolger zu finden, um das aktuelle Niveau der Versorgung zu halten. Die Ausbildung durch die Vertragsärzte ist nicht möglich, da dies die wirtschaftlichen Möglichkeiten der Vertragsärzte überschreitet und der Gesetzgeber außerdem zahlreiche formale Hindernisse geschaffen hat.



Dr. med. Jörg Hennefründ

Tagesklinik Oldenburg, Ambulantes Operieren, Reproduktionsmedizin (Ehren-)Ämter in: BAO, KV Bezirksstelle Oldenburg, HB, Genossenschaften Achternstraße 21, 26122 Oldenburg
Tel.: 0172 4316677
joerg@hennefrund.de
www.tagesklinik-oldenburg.de



Dr. med. Alexander Zach

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Spezielle Unfallchirurgie, Manuelle Medizin, Handchirurgie, European Diploma in Hand Surgery, Handchirurgie Greifswald
Pappelallee 1, 17489 Greifswald
Telefon: 03834 854520
E-Mail: zach@handchirurgie-greifswald.de
Internet: www.handchirurgie-greifswald.de

Leiter Sektion Handchirurgie, Abt. f. Unfallchirurgie, Helios Hanseklinikum Stralsund, Große Parower Str. 47–53, 18435 Stralsund
Telefon: 03431 351965
Internet: www.helios-gesundheit.de/kliniken/stralsund/unser-angebot/unsere-fachbereiche-und-zentren-somatik/unfallchirurgie/handchirurgie/



Ecclesia Gruppe

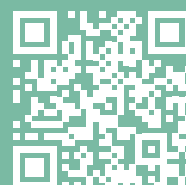
– Ihr starker Partner für Versicherung und Risikoberatung

Die Ecclesia med GmbH ist der spezialisierte Versicherungsmakler der Ecclesia Gruppe für Unternehmen in der ambulanten bzw. intersektoralen Gesundheitsversorgung. Sie gestaltet schnittstellenfreien Versicherungsschutz für die ärztliche Tätigkeit in sämtlichen Kooperationsformen. Ecclesia med hat den Auftrag, das Vermögen der Kunden bestmöglich zu schützen. Um diese Aufgabe zu erfüllen, orientiert sich das Unternehmen in seiner Arbeit ausschließlich am Kundennutzen und der Wettbewerbsfähigkeit seiner Leistungen. Als auf Dauer mandatierte Interessenvertreter für den betrieblichen Versicherungsschutz bringen die Expertinnen und Experten der Ecclesia med durch ihr Wissen und ihre Erfahrung die Kunden auf Augenhöhe mit den Versicherern. Sie beraten zu bestehenden Risiken sowie zu Präventions- und Risikomanagementstrategien. Daraus entwickelt Ecclesia med zum jeweiligen Risikoprofil des Unternehmens individuell passende Absicherungskonzepte und kauft den notwendigen Versicherungsschutz zu bestmöglichen Preisen und Bedingungen ein. Für die Leistungserbringer in den sich zunehmend miteinander vernetzenden Sektoren konzipiert Ecclesia med sehr umfassende Absicherungslösungen – sowohl für das Unternehmen und die darin tätigen Ärztinnen und Ärzte als auch für das Management – und reduziert mit ganzheitlichen Lösungen für die Kunden gleichzeitig auch den administrativen Verwaltungsaufwand. In der Vertragsbetreuung setzen sich die Mitarbeitenden der Ecclesia med dafür ein, dass die Versicherer ihren Pflichten stets vertragsgemäß, zügig und kundenorientiert nachkommen.

Die Strukturen in der Gesundheitsversorgung verändern sich dynamisch. Auf dem Ecclesia-Blog www.ecclesia.blog finden Sie umfangreiche und aktuelle Informationen.

Die Ecclesia Gruppe bildet mit mehr als 2.700 Mitarbeitenden und einer platzierten Prämie von rund 3 Milliarden Euro p. a. den größten deutschen Versicherungsmakler für Unternehmen und Institutionen. Das Gesundheitswesen ist eines der wichtigsten Geschäftsfelder der Ecclesia Gruppe. Seit Jahrzehnten ist das Unternehmen Marktführer in diesem Bereich und gestaltet maßgebliche Versicherungslösungen für die Leistungserbringer in beiden Sektoren, ambulant und stationär. Mehr als 20.000 Ärztinnen und Ärzte und mehr als 65 Prozent der deutschen Krankenhäuser vertrauen der Kompetenz der Ecclesia Gruppe bei Versicherungs- und Risikoberatung, Versicherungseinkauf und Vertragsbetreuung. Gemeinsam mit wissenschaftlichen Gesellschaften und fachärztlichen Berufsverbänden entwickelt die Ecclesia Gruppe besondere Branchenlösungen für die Mitglieder und Institutionen.

ECCLESIA





Stefan Volk, Kaufmännischer Leiter
Venenzentrum Funke

WIE SOLL DIE MEDIZINISCHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND IN ZUKUNFT AUSSEHEN?

Renommierte Gesundheitsexperten legen Reformvorschläge für ein zukünftiges Gesundheitssystem vor

Berufspolitik im Gesundheitswesen scheitert oft, weil partikuläre Interessen nicht mit dem Allgemeinwohl in Einklang gebracht werden. Die stereotype Forderung nach mehr Geld für einzelne Berufsgruppen verpufft, da Deutschland im EU-Vergleich bereits das teuerste Gesundheitssystem mit unaufhaltsam steigenden Kosten hat. Doch die Ergebnisse überzeugen keineswegs: Die Lebenserwartung liegt mittlerweile unter dem EU-Durchschnitt, was ein klares Effizienzproblem offenlegt. Die jahrelange Überfinanzierung und das „Immer-mehr“ an Therapieangeboten haben den Blick auf notwendige Rationalisierungen verstellt. Dass die Gesundheitsbranche sich den Luxus erlauben kann, bei der Digitalisierung und der Implementierung von künstlicher Intelligenz im Vergleich zu anderen Ländern und Wirtschaftszweigen um Jahre hinterherzuhinken, spricht Bände. Angesichts fehlender personeller Ressourcen und wachsender Patientenunzufriedenheit ist die Zeit für einschneidende Reformen und eine gesamtgesellschaftliche Transformation gekommen.

Die Autoren Christian Karagiannidis, Boris Augurzky und Mark Dominik Alscher legen dafür zahlreiche bedenkenwerte Vorschläge vor, die allesamt eine Verbesserung zum Status quo herbeiführen würden, ohne gleich ein komplett neues Gesundheitssystem intendieren zu wollen. Mittelfristig sollen die gesetzliche und die private Krankenversicherung zusammengeführt werden, wobei private Zusatzversicherungen über die (noch zu definierende) Basisversorgung hinaus ergänzende Leistungsbereiche anbieten können. Des Weiteren fordern die Autoren „mit Nachdruck ein Primärarztsystem mit klarer Steuerung“. Sie sprechen sich daher für eine größere Bedeutung der ärztlichen Generalistik in der Ausbildung aus, aber auch für fließende Übergänge in Bereiche der Technik und Ökonomie. Der Weg zum Facharzt soll nur noch bei spezieller Diagnostik oder Therapie erforderlich sein. Auch Kliniken – die Autoren denken da insbesondere an die durch die Krankenhausreform neu entstehenden Level-1-Einrichtungen – sollen „die generelle Lizenz zur ambulanten Behandlung“ erhalten.

Sektorengrenzen müssen daher durchlässig gemacht werden. Die zusätzlichen Kosten für die doppelte Facharztschiene könnten – nach Meinung der Autoren – komplett eingespart werden. Der bisherige ambulante Bereich sollte sich zu Polikliniken zusammenschließen, um mit Kliniken konkurrieren zu können.

„Mehrere ärztliche Fachrichtungen arbeiten hier unter einem Dach zusammen und teilen sich Diagnostik und Verwaltung. [...] Sie sind wirtschaftlicher zu betreiben [...] und sie können durch die Zusammenarbeit eine höhere medizinische Qualität erreichen.“ Wer diesem Weg nicht folgen möchte, dem wird wohl nur der privatärztliche Bereich übrigbleiben.

Denn das neue Gesundheitswesen ist an das Modell Krankenhaus angelehnt. Von ihm aus wird gedacht. Daneben gibt es noch die hausärztliche Versorgung in der Fläche für die Bagatellfälle des Alltags – bei Nichtbesetzung sollen auch deren Praxen von Kliniken betrieben werden – sowie die eigenverantwortliche Behandlung durch dafür ausgebildete Pflegefachpersonen. Zudem sollen zentrale Anlaufstellen bei einem Leitstellenkoordinator mit KI-gestützter Ersteinschätzung und Zugriff auf die dann obligatorische elektronische Patientenakte (ePA) entstehen, welche dementsprechend weiterentwickelt werden soll.

Für die Patienten wird es in Zukunft nach der Vorstellung der Autoren eine Selbstbeteiligung in Höhe von einem Prozent des beitragspflichtigen Einkommens geben, Behandlungen sollen von den Ärzten und den Kassen auf Kosteneffizienz geprüft werden, Mengengrenzen für bestimmte Eingriffe und Therapien die Ausgabendynamik abbremmen und Regionalbudgets die Leistungserbringer vor Ort ermutigen, bedarfsgerecht und Hand in Hand zu arbeiten.

Prof. Dr. Christian Karagiannidis, Prof. Dr. Boris Augurzky und Prof. Dr. med. Mark Dominik Alscher: Die Gesundheit der Zukunft. Wie wir das System wieder fit machen. Stuttgart: Hirzel 2025

Stefan Volk

Kaufmännischer Leiter
Venenzentrum Funke

Kaiserstraße 23–25
97070 Würzburg

Telefon: 0931 3538989

E-Mail: s.volk@venenzentrum-unterfranken.de



Michael Reiter

UNTER KRIEGSBEDINGUNGEN SIND ALLE LEISTUNGS-ERBRINGER GEFRAGT

AUTOR: MICHAEL REITER, JOURNALIST AUS BERLIN

Siebzig Jahre Frieden hätten uns vom Thema Kriegsertüchtigung entfernt, stellte Oberstarzt Prof. Dr. Benedikt Friemert zur Eröffnung der Session „Chirurgie der Kriegsverletzungen“ beim Bundeskongress fest.

Der Chirurg und Orthopäde ist Kommandeur im Ulmer Bundeswehrkrankenhaus. Die geopolitische Situation Deutschlands habe sich nun maßgebend verändert; Vorkehrungen seien essenziell. Der Bund habe laut Grundgesetz den Auftrag, uns bezüglich äußerer Sicherheit zu schützen; Unterstützung im Innern sei jedoch nicht Auftrag der Bundeswehr. Große Teile der Zivilgesellschaft stünden somit in der Pflicht, wenn es um Verteidigung gehe. Dies betrifft laut Friemert insbesondere „alle im Gesundheitssystem Tätigen“.

Forderung nach einem Gesundheitssicherstellungsgesetz

Bis zu 1.000 Verletzte täglich von der Front und relevante Zahlen aus dem Hinterland durch Angriffe und Sabotage – auf solche Zahlen hätten wir uns vorzubereiten. Der Bund könne dabei weder Krankenhäusern noch Niedergelassenen zentral vorschreiben, was sie zu tun hätten. Ein Durchgriffsrecht mit Steuerung der Ressourcenverteilung von oben sei lediglich im Fall der Landesverteidigung gegeben, jedoch nicht im NATO-Bündnisfall. Daher sei ein Vorsorgegesetz nötig, um auch den rechtlichen Rahmen für Land und Kommunen schaffen, forderte der Kommandeur.

Neben einem solchen Gesetz und der Finanzierung vorbereitender Maßnahmen [inzwischen eingeläutet durch die Sondervermögen] gehe es auch darum, dass ärztliche Kolleg:innen sich darauf vorbereiteten, Teil der Behandlungskette von Kriegsverletzten zu sein. „Wir müssen junge [Chirurgen und Anästhesisten] dafür gewinnen, sich zu engagieren“, forderte



der Kommandeur. „Breit ebenso wie spezialisiert“ sollte das Ziel der Kolleginnen und Kollegen lauten. Geeignete Basis-Weiterbildungsmaßnahmen für Kolleg:innen biete die Bundeswehr an. (M. Reiter)

Fachärztliche Weiterbildung – „leicht gemacht“

Auch Fachärzte erleben verstärkt den bei Allgemeinmedizinern bereits bekannten Nachwuchsmangel. Hinzu kommt, dass in verschiedenen Fachrichtungen viele Leistungen inzwischen nicht mehr stationär, sondern im ambulanten Rahmen durchgeführt werden. So stehen Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) zunehmend vor dem Problem, nicht alle Weiterbildungsinhalte an einer Weiterbildungsstätte erwerben zu können.

Vor diesem Hintergrund haben die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und die Bayerische Landesärztekammer die Koordinierungsstelle Fachärztliche Weiterbildung (KoStF) eingerichtet. Ziele der KoStF sind, die ambulante Weiterbildung zu stärken und Weiterbildungsverbünde zu etablieren.

Weiterbildung selbst organisieren

Die ÄiW stehen häufig vor der herausfordernden Aufgabe, sich ihre Weiterbildung in Kliniken und Praxen selbst organisieren zu müssen. Mit den Arbeitsstättenwechseln sind notwendigerweise oft auch Wohnortwechsel verbunden. Weiterbildungsverbünde können hier als Lösung dienen: Sie bieten als regionale Netzwerke die komplette Weiterbildung aus einer Hand und garantieren zudem eine hohe Qualität der Weiterbildung.

Unterstützung bei der Gründung von Weiterbildungsverbünden und im Verlauf des Betriebs zu begleiten – darin sieht die KoStF eine Kernaufgabe. Ein Hauptaugenmerk liegt dabei auf den Fachgebieten, bei denen Unterversorgung besteht bzw. die von Unterversorgung bedroht sind. Eine weitere Aufgabe der KoStF besteht darin, Ansprechpartner für alle Weiterbilder, Fachärzte und ÄiW sowie weitere Interessierte in Fragen Weiterbildung zu sein. Sie beteiligt sich ferner an Informationsveranstaltungen und Öffentlichkeitsarbeit zur Tätigkeit als ambulant tätiger Facharzt.

BNC BUNDESKONGRESS 2025

BESSER HEILEN – AMBULANT OPERIEREN

AUTOR: MICHAEL REITER

Rückblick auf den Bundeskongress Chirurgie im Februar: Der wichtigste Treffpunkt für niedergelassene Chirurginnen und Chirurgen

Management, Methoden, Trends: Der BNC-Kongress präsentierte ein breites Spektrum aktueller Themen. Das zweitägige Spitzenprogramm bot medizinisch-wissenschaftliche Sitzungen, Fachsymposien und praxisnahe Workshops.

Ein Hauptaugenmerk lag auf den Sessions zur Abrechnung. Themen wie AOP-Katalog, Hybrid-DRGs und GOÄ zogen viele Teilnehmende an. Wenn Abrechnungssysteme angeblich durchkalkuliert sind – warum existieren dann so viele verschiedene, fragte Prof. Dr. Michael Aufmkolk. In seinem Vortrag thematisierte er insbesondere die Sachkostenproblematik im EBM und in der Hybrid-DRG. Dr. Ralf Schmitz (Kiel) kritisierte das jahrzehntelange, bislang ergebnislose Ringen um eine neue GOÄ.

Hybrid-DRGs im Wandel

Prof. Dr. Tobias Kisch (Kronshagen) gab in der Session „Gebührenordnungen“ Einblicke in die aktuellen Entwicklungen. Die Hybrid-DRG-Änderungsvereinbarung für 2025 listet alle Leistungen, die seit dem 1. Januar 2025 über diese Systematik abgerechnet werden. Von den ursprünglich 94 Leistungen wurden viele übernommen – teils mit deutlicher Erweiterung. Der Katalog 2025 umfasst nun 576 Leistungen (inkl. Doppelungen). Die Weiterentwicklung dieser Vergütungsform ist in vollem Gange.

Digitalisierung und KI – zwischen Vision und Praxis

Ein zentrales Thema: Digitalisierung. Dr. Benjamin Craiovan (Schaffhausen) stellte fest, dass der Berufsstand modernisieren will – und muss. Die Umfrage in der Session „KI und Digital Health“ bestätigte: Die Einstellung ge-

genüber neuen Technologien ist überwiegend positiv. Dennoch seien Herausforderungen und Grenzen der Automatisierung nicht zu unterschätzen.

Prof. Dr. Hans-Ulrich Prokosch (Erlangen) forderte, KI müsse „raus aus den Papers und ins wahre Leben“. Dafür sei eine nahtlose Integration in IT-Infrastruktur und medizinische Prozesse nötig. Ein vielversprechendes Anwendungsfeld sei die Arztbriefschreibung – sie könne Bürokratie abbauen. KI-Modelle auf Basis maschinellen Lernens veränderten die Medizin: Personalisierung, Automatisierung, Effizienzsteigerung und präzisere Diagnostik seien die Hauptziele.

K-Fälle – medizinische Versorgung in Krisenzeiten

Krisen, Katastrophen, Krieg – das betrifft auch die Medizin, wie die Referenten vom Bundeswehrkrankenhaus Ulm betonten. Niedergelassene sollten darauf vorbereitet sein, Teil von Schutzmaßnahmen zu werden – in der Vorbereitung ebenso wie im Ernstfall, erklärte Oberstarzt Prof. Dr. Benedikt Friemert in der Session „Chirurgie der Kriegsverletzungen“.

Militärstrategische Vorsorge sei oft unpopulär, aber notwendig. Die Entwicklungen rund um den Ukrainekrieg und die Rolle Europas als NATO-Stütze erfordern Eigenverantwortung. Die Zivilgesellschaft müsse Vorsorge treffen; medizinische Leistungserbringer müssten auf hohe Verletztenzahlen vorbereitet sein. Der Bundestag stellte hierfür über ein Sondervermögen Mittel bereit.

Die Verantwortung der zivilen Versorgung

Was bedeutet das für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte? Auch bei Landräten herrsche Unklarheit, so Friemert. Deutschland als logistische NATO-Drehscheibe müsse mit rund 800.000 Soldatinnen und Soldaten rechnen –



deren medizinische Versorgung sei laut NATO-Vertrag hierzulande zu gewährleisten. Sabotageakte im Hinterland seien denkbar, auch Wohnsiedlungen und Kliniken könnten betroffen sein. Die Zahl der Verletzten könnte bei 500 bis 1.000 pro Tag liegen.

Die logistische Versorgungskette reiche von der Bergung im Feld über Triage, Erstbehandlung und Transport bis hin zur Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser. Der Druck auf ziviles Personal werde steigen – viele Mitarbeitende der BW-Kliniken mit ihren 1.850 Betten würden an die Front gehen. Die Weiterqualifizierung des zivilen Personals könne durch Schulungen der Bundeswehr erfolgen.

Berufspolitik mit Diskussionsstoff

Der Bundeskongress wurde durch den berufspolitischen Nachmittag und das BAO-Symposium abgerundet. Dr. Jan Henniger, Vorsitzender des BNC, stellte provokante Fragen: Ist die freie Arztwahl noch zeitgemäß? Beeinflusst die Vergütung künftig Methoden und Materialien? Die Diskussionen machten deutlich: Die Rahmenbedingungen für die chirurgische Versorgung – ob im Alltag oder im Krisenfall – müssen dringend angepasst werden.

SAVE-THE-DATE
Bundeskongress Chirurgie 2026
06./07. Februar in Nürnberg

AKTIV FÜR PATIENTEN- SICHERHEIT:

DAS AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT E. V. (APS)



AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

Im Jahr 2005 als gemeinnütziger Verein gegründet, setzt es sich für eine sichere Gesundheitsversorgung ein und hat sich als wichtiger Ansprechpartner bei sämtlichen Fragen der Patientensicherheit etabliert. Beteiligte aus allen Gesundheitsberufen und -institutionen, Patientenorganisationen und Interessierte haben sich im Aktionsbündnis zusammengeschlossen, um in gemeinsamer Verantwortung konkrete Lösungsvorschläge zur Steigerung der Patientensicherheit im medizinisch-pflegerischen Versorgungsalltag zu entwickeln und zu verbreiten.

Veranstaltungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit

8. August 2025:

6. SafetyPin-Forum, online via Zoom

16. September 2025:

Kongress zum WHO Patient Safety Day 2025 unter dem Motto „Patientensicherheit von Kind an — eine Investition fürs Leben“, Berlin und online

17. September 2025:

Veranstaltung zum 20-jährigen Bestehen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V., in Berlin



Weitere Informationen und
Anmeldelinks finden Sie zeitnah
auf der Website des APS [https://
www.aps-ev.de](https://www.aps-ev.de)



SMAMBU
Smart Ambulatory Care

Digitalisieren Sie die Prozesse Ihres
ambulanten OP-Zentrums mit
SMAMBU, unserer intelligenten
Software Lösung

SICHER, END TO END, LEISTUNGSSTARK



BUCHEN SIE EINE DEMO

Sie erreichen uns telefonisch unter:

+49 89 25552935



Per E-Mail unter:

info@ambuflow.com



Oder über unser Kontaktformular:

<https://ambuflow.com/kontakt/>

SMAMBU ist ein digitales Produkt von

AMBUFLOW

www.ambuflow.com

CHIRURGENMAGAZIN

BAO Depesche

ORGAN DES BERUFSVERBANDS NIEDERGELASSENER CHIRURGEN (BNC) UND
DES BUNDESVERBANDS AMBULANTES OPERIEREN (BAO)

Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e. V.

Geschäftsstelle
Dorfstr. 6 d
22941 Jersbek

Kontakt

Caroline Backes
Mobil: 0177 834 62 69
E-Mail: presse@bncev.de

www.bncev.de

Bundesverband für Ambulantes Operieren e. V.

Geschäftsstelle
Joachim-Karnatz-Allee 7
10557 Berlin

Kontakt

Tamara Dietze
Tel.: 030 31958413
Mobil: 0179 5661324
E-Mail: buero@bao.berlin

www.operieren.de
www.op-netzwerk.de



KLS martin
GROUP

Medizintechnik direkt vom Hersteller

Chirurgische Lösungen zu entwickeln, die Anwender begeistern und sich auszahlen. Das hat uns weltweit zu einem führenden Anbieter in vielen Bereichen der Medizintechnik gemacht. Darauf sind wir stolz und werden weiter daran arbeiten, eine noch bessere Behandlung des Patienten zu erreichen.



Implantate
Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie



Hochfrequenz-
chirurgie



Implantate
Handchirurgie



Chirurgische
Instrumente



Operations-
leuchten

