

CHIRURGENMAGAZIN

BAO *Depesche*



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



Leistenhernienversorgung weltweit:
Epidemiologie, Methoden und globale
Unterschiede

Rückblick
**BAO-Symposium beim
NARKA-Kongress**

Weiterbildung
**Ausbildung,
Bundeswehr**

Ausblick
**Kongress Nürnberg
(06./07. Februar)**

INHALT

04
BNC**Editorial***Impfung in die Apotheke, Platzwunden und Abszesse ins Fleischerfachgeschäft*22
BAO*BAO-Informationen für alle Mitglieder*06
BAO**Leitartikel BAO***An dieser Art von Politik kann das Gesundheitswesen sicher nicht genesen*

25

*Auswirkung der H-DRG*11
BAO*UFO-Projekt: Erfassung unerwünschter Behandlungsfolgen*26
BNC**Service***Wechsel zur Konkurrenz – Wettbewerbsverbot*12
BNC**Leitartikel BNC***Leistenhernienversorgung weltweit*

28

*Arztpraxen – Gewalt erkennen, Patient:innen schützen*17
BNC**Aktuelles***Der Bundeskongress Chirurgie 2026 in Nürnberg*

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@bncevd.de, www.bncevd.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

IMPFUNG IN DIE APOTHEKE, PLATZWUNDEN UND ABSZESSE INS FLEISCHER- FACHGESCHÄFT?

Einfache und sinnlose Lösungen scheinen gerade in zu sein. Ja, es ist richtig, dass Apotheken und Fleischerfachgeschäfte wichtig sind und überleben sollten.

Sind wir ehrlich: Es gibt wenige echte Notfälle beim Impfen, und auch Platzwunden und Abszesse zu versorgen, sind trainierbare Fähigkeiten, die keines Hochschulstudiums bedürfen. Dennoch fragt man sich, ob das die Lösungen sind, die unser Gesundheitssystem entlasten und effizienter machen. Gerade bei der Beherrschbarkeit von Komplikationen wird einem da angst und bange. Ist es nicht sinnvoller, sich darüber Gedanken zu machen, warum die breit versorgenden Ärzte sowohl in der Klinik als auch in der Praxis immer weiter aus dem System gedrängt werden? Ist die Welt so speziell geworden, dass es für alles Superspezialisten ohne breite Ausbildung gibt?

Gut, die Forderung mit dem Fleischerfachgeschäft gibt es noch nicht, aber als Lösung ist sie denkbar. Schon jetzt versorgen orthopädische Praxen, die ehemals chirurgische waren, kaum Akutfälle und schon gar keine Abszesse oder Platzwunden. In den Notaufnahmen werden die Patienten am nächsten Tag zum niedergelassenen Facharzt geschickt, weil aus Kostengründen der falsche Spezialist Dienst hat – und der Abszess hat bestimmt Zeit bis morgen.

Die Verknüpfung von Niederlassung und Klinik kann nur dann funktionieren, wenn Klinik, niedergelassene Fachärzte und hausärztlich tätige Kollegen Hand in Hand gehen und nicht nur die lukrativen Tätigkeiten für sich beanspruchen. Wenn es weiter ein arztzentriertes System bleiben soll, müssen wir aufzeigen, wo man Versorgung verbessern kann, ohne nur für uns Geld zu fordern.

In der Chirurgie kann ein gut ausgebildeter Allgemeinchirurg große Teile der Unfallchirurgie und Viszeralchirurgie auch in der Klinik versorgen. Auch ein Orthopäde und Unfallchirurg hat die Ausbildung, um kleine chirurgische Eingriffe zu übernehmen. Der Hausarzt muss auch, wie auf dem Lande üblich, mit wenigen Überweisungen auskommen. Deshalb müssen auch wir als niedergelassene Chirurgen versuchen, die Versorgung weiter am Leben zu erhalten.

Es gibt viele Kollegen, die sich zu Recht über die nicht ausreichende EBM-Vergütung aufregen und die Funktionäre in Berufsverband und KV für unfähig halten. Dies wird ja häufig auch in den sozialen Netzwerken kommuniziert. Ich möchte dem etwas entgegenhalten: Unser Verband besteht 2026 seit 30 Jahren. 30 Jahre Kampf um die öffentliche Aufmerksamkeit, um Vergütung und Selbstbewusstsein. In diesen 30 Jahren wurde der AOP erkämpft, der uns für die meisten Operationen von der Geißel der Budgetierung befreit hat. IGV-Verträge, die nicht immer lange hielten, aber deutlich besser waren als der EBM. Und jetzt die Hybrid-DRG, die zwar skurril in ihrer Ausgestaltung sind, aber für die meisten chirurgischen Praxen einen deutlichen Mehrwert haben.

Wir kümmern uns weiter in Kammern, KVen und im Kontakt mit den Berufsgenossenschaften und Politikern um Ihre Interessen. Wir feiern im nächsten Februar anlässlich des Bundeskongresses Chirurgie in Nürnberg (06./07.02.2026) unser 30-jähriges Jubiläum und laden Sie dazu recht herzlich ein.

Kommen Sie zahlreich!

Es gibt wieder viele spannende Themen auf dem Kongress – sowohl fachlich als auch politisch. Zusätzlich werden wir im Rahmen einer Jubiläumsfeier für unsere Mitglieder und Wegbegleiter nochmals unsere Erfolge feiern und uns auf die Zukunft einschwören. Sie werden dazu noch einmal gesondert eingeladen.

Ich wünsche Ihnen viel Spaß mit unserem Chirurgenmagazin!

bleiben Sie politisch!

Ihr Jan Henniger

*Geschäftsführender Vorstandsvorsitzender BNC
Mitglied im Vorstand des SpiFa
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

AN DIESER ART VON POLITIK KANN DAS GESUNDHEITSWESEN SICHER NICHT GENESEN

Das Sommermärchen ist wegen Ideenmangels ausgefallen. Sommer und Herbst sind aus und vorbei – und mit ihnen die Chancen auf spürbare Veränderungen und Reformen.

Diese erwartbare Feststellung macht das Kanzleramt zum Orakel von Berlin, lässt den Verfasser solcher pseudofrohen Botschaften herbstzeitlos aussehen und sein verprelltes Publikum kaum noch auf eine erfolgreiche Winter- oder Frühjahrsoffensive hoffen. Bei dieser Schlechtwetterlage bleiben politische Leichtgewichte im Sumpf ihrer Prognosen stecken. Leichtfertige Reformen sind besser gleich zu Hause geblieben. Nur so konnte der deutsche Reformgedanke über viele Jahrzehnte unbeschadet überstehen und unvollendet bleiben, während das Land von seiner Substanz so lange gut leben konnte, bis diese definitiv mehr als aufgebraucht war.

An diesem kritischen Wendepunkt ist auch das deutsche Gesundheitssystem angekommen und wartet seither auf kluge Reformvorschläge. Dazu bedarf es einer spürbaren Aufbruchstimmung, wie sie vielleicht zuletzt von den Montagsdemonstrationen vor der Wende ausging, aber danach leider wieder verloren ging. Dem Berliner Gesundheitsökonom R. Busse fehlt in Bezug auf die Krankenhausreform bei Politikern Verantwortungsbewusstsein und Mut zu Entscheidungen (SZ v. 9.10.2025). Fast ist man geneigt, von einem Multiorganversagen zu sprechen.

Trägheit als politisches Prinzip

Es fehlt an vielen Ecken und Enden an Reformwillen und -fähigkeit. Stattdessen herrschen partei-, regierungs- und ressortübergreifend Stillstand und Beamtenmikado: Wer sich als Erster bewegt, der hat verloren. Diese das Gemeinwohl auf Dauer schädigende Mentalität machte die für das Ahrtal rechtzeitig vorhergesagte Flutwelle erst zur wahren Katastrophe und menschlichen Tragödie. Daneben nimmt sich das suboptimale Krisenmanagement bei der Hamburger Sturmflut 1962 vorbildlich aus. Unser Gesundheitswesen wird von einer regelrechten

Gesetzesflut überschwemmt und droht im allgemeinen Kompetenz- und Konkurrenzgerangel unterzugehen. In Berlin und den Landeshauptstädten wird die Gefährlichkeit der Lage immer noch verkannt und werden dringende Warnungen aus den Reihen der ambulant operierenden Fachärzteschaft nicht wahr- und nicht ernst genommen.

Ambulantes Operieren als patientensichere Innovation

Was soll also das ständige Gerede von bewegten Zeiten, wenn Innovationen konsequent ausgebremst werden und sich nichts bewegt? Ambulantes Operieren ist auf dem Gebiet der innovativen Patientenversorgung eines der prominentesten Opfer. Es wird von Politikern ohne Wissen und Lobbyisten ohne Gewissen bis heute durch ökonomische Repressalien zum Aufgeben genötigt, während parallel dazu in den vergangenen Dekaden bewusst ein dreistelliger Milliardenbetrag in die hochdefizitäre Kliniklandschaft und deren Verwaltungsetagen versenkt wurde für quantitative Über- und qualitative Unterversorgung. Und sollten unvorhergesehen wissenschaftliche Evidenz und ökonomischer Sachverstand die patienten- und systemrelevanten Vorteile des ambulanten Operierens für jedermann einmal sichtbar werden lassen, dann wissen sich altbewährte klinikorientierte Seilschaften aus Politik und Selbstverwaltung sehr schnell zu helfen. Nicht einmal die in Gesetzestext (§ 115f, SGB V) gegossene sektorengleiche Vergütung und der daraus abgeleitete Rechtsanspruch auf eine leistungsgerechte und kostendeckende Vergütung von ambulanten Eingriffen und Narkosen konnten verhindern, dass wieder einmal die saturierten Nutznießer des Status quo als Sieger hervorgingen. Klare Verlierer sind Patientinnen und Patienten, die weiterhin unnötig und ungerechtfertigt sich einem Krankenhausaufenthalt unterziehen lassen

müssen und so dem Risiko einer Infektion durch Krankenhauskeime ausgesetzt werden. Dieses vermeidbare Zusatzrisiko ist keine Komplikation und sicher nicht Inhalt der allgemeinen eingriffsbezogenen Aufklärung. Die Liste der vermeidbaren Klinikrisiken lässt sich fortsetzen mit kliniktypischen strukturellen Qualitätsdefiziten wie mangelnden Kommunikations- und Sprachkompetenzen bei häufigem Personalwechsel bzw. -mangel und Haftungsausschluss nichtmedizinischer Entscheider.

Weltweit gilt ambulant vor stationär – warum nicht in Deutschland

Wie es Verpflichtung ist, Patienten über mögliche Behandlungsalternativen aufzuklären, so muss es zur Pflicht werden, über die Möglichkeit einer ambulanten statt einer stationären Operation aufzuklären und Vor- und Nachteile zu benennen. Ein entscheidender Vorteil des AOP sind bewährte und stabile OP- und Narkoseteams mit klar strukturierten und sicheren Ablaufprozessen und Standards. Dieser positive Aspekt ist in Zeiten des endemisch beklagten Fachkräftemangels und der nicht immer patientensicheren Kompensationsversuche durch Klinikverwaltungen von unschätzbarem Wert. AQS1-Auswertungen belegen die große Zufriedenheit und das hohe Sicherheitsgefühl ambulant operierter Patient:innen.

Um einen patientensicheren Qualitätswettbewerb zu verhindern, lehnen o. g. faktenintolerante Politgremien und Kliniklobbyisten weiterhin PREMS und PROMS sowie ein Never-Event-Register ab. Wie sagte Frau Ministerin Warken erst kürzlich im Kontext von Spahns Maskendeals: Mehr Transparenz geht nicht. Klar, maximale Transparenz kann zu maximaler Transpiration führen, da hilft kein Arzt und kein Apotheker. Aber Schwär-



zen heikler Passagen eines unabhängigen Untersuchungsberichtes. In Kombination mit dem bekannten Rotstift erschließt sich der tiefere (Un-)Sinn eines schwarz-roten Regierungsbündnisses ohne eine Umfrage-mehrheit. Auch dieser Regierungskonstellation hat sich die ärztliche Selbstverwaltung schnell und übereifrig angedient und sich damit unschwer ihre Privilegien gesichert.

Einst Klassengesellschaft – heute Kassengesellschaft

Um besagten Circulus vitiosus aus Eigennutz, Konzerngewinnen und fehlender Empathie für Patientenbedürfnisse endlich zu durchbrechen, kam der Neubesetzung an der Spitze des Gesundheitsministeriums im Februar dieses Jahres besonders große Bedeutung zu; diese hätte nach den Pannen und Pleiten der Vorgänger schnell der Game-Changer dieser Regierung werden können. Eine erneute personelle Fehlentscheidung war angesichts der angespannten innen-, außen- und finanzpolitischen Lage ausgeschlossen. Ob sie trotzdem in gewohnter Manier gefällt wurde oder doch nicht, diese Frage ist immer noch Gegenstand einer sich in der Schwebe befindlichen Entscheidungsfindung. So lässt die überfällige Neustrukturierung verkrusteter BMG-Hierarchien in der Tat Gutes erhoffen, andererseits wurden Rufe nach dem ab-

gewählten Amtsvorgänger laut. Wie groß müssen Enttäuschung, Verzweiflung oder perfider politischer Eigennutz sein? Kurz gesagt: Wie bekifft muss man sein, sich diese ideologiebehaftete Rückwärtsrolle auch nur ansatzweise auszudenken?

Der eigentliche Skandal ist, dass beide Koalitionspartner über jeweils einen zweifelnsfrei geeigneten, amtserprobten Kandidaten für das BMG verfügten, aber Parteiproporz über die Interessen von Patient:innen und Gesundheitsberufen und deren gemeinsames Ziel eines wieder funktionsfähigen Gesundheitssystems gestülpt wurde. Mit beiden präferierten Kandidaten sind sicher nicht K. Lauterbach oder derzeitige BMG-Staatssekretär:innen gemeint.

Bei der Facharztversorgung geht es um die Wurst

Wenn in diesem Zusammenhang ein allein aus ernährungsmedizinischer Sicht wenig vorzeigbarer Unionspatron von der letzten Patrone spricht, dann ist diese gesundheitspolitisch nicht nur sinnfrei verschossen, sondern dabei auch noch gehörig nach hinten losgegangen. Umfragewerte unter Versicherten und Wählern belegen diese absehbare Folgeneinschätzung. Wo berechnigte Unzufriedenheit auf Erfahrungen mit

der Demontage unseres demokratischen Rechts- und Sozialstaates beruht, dort droht auch die Demokratie an ihren Rändern zu arrodieren. Die vielbeschworene Mitte ist aus gesundheitspolitischer Sicht zur amorphen Masse mutiert, aus der jeder und jede ohne ersichtlichen Qualifikationsnachweis das BMG leiten darf und nachweislich qualifizierte Bewerber disqualifiziert werden wegen unerwünschter Überqualifikation und deren Nebenwirkungen.

Inzwischen hält diese unsäglich Praxis Einzug in andere demokratierelevante Bereiche und erlaubt einem Bundesgesundheitsminister a. D., die mediale Demontage einer angesehenen Verfassungsjuristin billigend in Kauf zu nehmen. Respekt vor wissenschaftlicher Expertise in Bezug auf unsere demokratische Verfassung sieht anders aus. Der politische Respekt gegenüber der aktiven Fachärzteschaft und ihrer Patientennähe ist schon längst Vergangenheit; die Zukunft soll konfliktscheuen Jasagern und selbstgefälligen Funktionär:innen gehören. In Bayern wurde erst kürzlich ein Vertreter dieser Spezies mit einem Orden aus der Hand der Gesundheitsministerin dekoriert. Sicher nicht wegen besonders nachhaltiger konstruktiv-kritischer Bemerkungen oder seines selbstlosen Einsatzes für die Rechte aller seiner Kolleginnen und Kollegen.

Erst informieren, dann politisch entscheiden

Wer einmal die Partei- oder Fraktionsspitze erklommen hat, hält sich bekanntlich für einen Überflieger und überfliegt wichtige Positionspapiere aus den Reihen der aktiven und patientennahen Fachärzteschaft nur flüchtig. Mögen die untergeordneten Sherpas eines Würdenträgers solchen Formats diese lästigen Rufer in der Versorgungswüste zum Schweigen bringen. In dieser subalternen Funktion sieht sich die ärztliche Selbstverwaltung: Zuerst fliegen Kinder und Menschen mit Behinderung aus der Hybrid-DRG-Vergütung, bevor diese abgewickelt wird zum immerwährenden unterfinanzierten EBM; eine überfällige und der Kostenstruktur des 21. Jahrhunderts angepasste GOÄ-Reform wird auch der Regierung Merz erspart bleiben, unter der Kinder weiter nicht im erforderlichen Umfang und Zeitraum ambulante HNO-Eingriffe zugestanden bekommen. Dieses Gesamtbild ist kritik- und korrekturwürdiger als so manches schief geratene Stadtbild.

Durch das Portalarztsystem, wie es die Politik vorsieht, wird ein Berliner Trichter geschaffen, in dem sich Behandlungsbedarfe so lange aufstauen, bis auch die letzte Facharztpraxis aus Altersgründen, Unwirtschaftlichkeit, fehlender Nachfolge oder schierer Verzweiflung geschlossen hat. Damit hat der Trichter seinen Zweck erfüllt. Ein klarer Sieg des Bündnisses aus Demografie und Demagogie gegen Demokratie und der Triumph einer patientenfernen Funktionärskaste gegen die aktive ambulante Fachärzteschaft.

Planwirtschaft zeichnet nicht bloß Mangel an lebenswichtiger Daseinsvorsorge aus, sondern auch Kampagnen gegen erklärte Gegner einer solchen menschenunwürdigen Vorgehensweise. Vor allem im BAO organisierte ambulante Operateure und Anästhesisten mahnen diese Missstände seit 1992 regelmäßig an. Nicht zufällig hat Bundesgesundheitsminister Seehofer einst dafür gesorgt, dass der BAO-Gründungspräsident Prof. Jost Brökelmann seiner Kassenarztzulassung verlustig ging. Während die von letzterem behandelten und operierten Patient:innen sich von den Vorzügen ihres OP-Teams und des ambulanten Operierens überzeugen konnten, konnte Erstgenannter nicht mit seinen sehr übersichtlichen gesundheitspolitischen und sonstigen Fähigkeiten überzeugen, an deren

Folgen vor allem unser Gesundheitssystem heute noch zu leiden hat, während Kabarettisten bis heute sich an ihm schadlos halten.

Lohnt sich Höchstleistung noch, wenn das Gegenteil Karriere macht?

Zum Problemberg gesellt sich nun auch noch ein eine Billion schwerer Schuldenberg, statt einer ursprünglich 3%igen Steigung eine senkrechte Steilwand, der politische Lobby-Seilschaften sicher nicht gewachsen sind. Nur noch eine hohe Inflationsrate kann den Staat vor seinen immensen Zinsverpflichtungen retten und beschleunigt entschulden, während Preise und Abgaben steigen und EBM und GOÄ eingefroren bleiben und H-DRG nur von kurzer Lebensdauer sein soll.

AOP ist Opfer politisch vorsätzlicher Versäumnisse und damit gefährdete Infrastruktur

Wieso vorsätzlich: Kontinuierliche Instandhaltung der Infrastruktur ist überlebenswichtig für den Binnenmarkt, zuletzt staatlich motiviert durch Aufträge der öffentlichen Hand infolge der weltweiten Finanzkrise 2008, an deren Zustandekommen auch deutsche Wirtschafts- und Finanzpolitik(er) kräftig mitgewirkt haben.

Eine Landesbank überwies noch mehrere hundert Millionen Euro an das die Krise auslösende marode amerikanische Bankhaus, eine GKV verspekulierte in gleicher Höhe Sozialbeiträge ihrer Versicherten. Trotz erwiesener Überforderung des Führungspersonals und eines Überangebotes an Geldinstituten und gesetzlichen Krankenkassen hielt die damalige Koalition an diesem Konstrukt fest, verzichtete auf Reformen und sozialisierte die Verluste auf Kosten des Durchschnitts-sparers sowie gesetzlich Krankenversicherter. Wie vor der Krise werden Gewinne wieder privatisiert und steuerlich bevorzugt, private Altersvorsorgen still und leise sozialsteuerepflichtig und Einkommen aus qualifizierter produktiver Arbeit überdurchschnittlich belastet, die Kassenbeiträge und -subventionen steigen und die Wertigkeit fachärztlicher Expertise und Zuverlässigkeit sinkt.

Ähnlich verfahren die politischen Nachkommen mit der Krise des Gesundheitssystems. Kliniken, neben Arzneimittel als die Preistreiber, werden weiterhin jährlich in Milliardenhöhe gefördert, aktuell mit vorläufig 35 Mrd.

Da wartet sicher noch ein nicht weniger kräftiger und bedingungsloser Nachschlag aus Steuermitteln. Bedingungslos, weil die Krankenhauslandschaft zu keinen intrinsischen Reformschritten bereit ist. Bei der kassenärztlichen Fachärzteschaft wird hingegen fleißig gespart. Honorarsteigerungen liegen seit Jahren unter der Inflationsrate, unter der nach Auffassung der Politik nur Kliniken zu leiden haben und deshalb fleißig alimentiert werden müssen. In diesem Staatsmonopoly sind Facharztpraxen die benachteiligten Sparer von einst und Krankenhäuser die dazugehörigen alimentierten Bankhäuser. Inzwischen ist auch die Bayerische Ärztekammer dem Selbstbedienungsclub beigetreten und verlangt seit diesem Jahr von ihren Ruhestandsmitgliedern Beitragszahlungen. Gleichzeitig bleiben die jährlichen Steigerungen der Ruhestandsbezüge weit hinter der Inflationsrate zurück, was de facto einem wirtschaftlichen Verlust gleichkommt. Die zuständige Aufsichtsbehörde in Gestalt des bayerischen Gesundheitsministeriums ringt noch um keine Antwort, was einer glasklaren Zustimmung an die BLÄK entspricht. Ähnlich Beifall klatschend verhält sich die Politik beim Thema Regress, das m. E. zu einem entscheidenden Sargnagel für die Kassenfacharztmedizin geworden ist und einer staatlich gewollten Abwrackprämie gleicht.

Ambulantes Operieren verhindert unnötige und risikobehaftete Klinikaufenthalte

Ambulantes Operieren ist gelebte Patientensicherheit, weil 25 JAHRE AQS1 und 33 Jahre BAO Schlimmeres verhindert und zahlreiche Regierungen gehen und kommen gesehen haben. Aber dabei gilt es auch zu erkennen, wie sich Fehlentwicklungen addieren, deren Folgen sich multiplizieren, und dabei personalisierte Verursacher sanktionsfrei bleiben. Frühzeitig von BAO-Mitgliedern implementierte Qualitätssicherungsmaßnahmen wie der AQS1 haben kontinuierlich dazu beigetragen, dass ambulantes Operieren in Deutschland trotz aller an Sabotage grenzenden Widerstände immer sicherer und damit zu einer der tragenden Säulen im einsturzgefährdeten deutschen Gesundheitswesen wurde. Parallel dazu verharrt unqualifiziertes Personal sowohl in der Gesundheitspolitik als auch in der Selbstverwaltung in seiner das ambulante Operieren negierenden Verweigerungshaltung.

Bewegung kommt in diesen Kreisen nur dann auf, wenn es patientenferne, aber aus Steuer- oder Versichertengeldern hochdotierte Positionen zu vergeben gilt.

Kein Wunder, dass unser Gesundheitswesen sich u. a. wegen dieser leistungsunabhängigen Personalrochaden und Tischleindeckdich-Mentalität inzwischen auch zur kritischen Infrastruktur zählen darf. Wer jahrzehntelang tagtäglich sich fachärztlich (pro)aktiv für Patienten engagiert und als ambulanter Operateur oder Anästhesist selbstständig Verantwortung für seine Patient:innen, Mitarbeitenden und sein Unternehmen trägt, kann sehr wohl beurteilen, ob Vorstände innerhalb der Selbstverwaltungsorgane ihren Aufgaben gewachsen sind oder nicht und ob nicht zum ersten und letzten Mal Sozialpflichtbeiträge und Steuerquersubventionen durch personelle Fehlgriffe zweckentfremdet werden. Hinzu gesellen sich nicht nur einmal charakterliche Schwächen und Vorlieben für Ärzte-Bashing, Unwahrheiten und Intransparenz.

Wer heute im Angesicht von qualifiziertem Personalmangel, vermeidbaren Zusatzrisiken wie Krankenhausinfektionen und einer hochverschuldeten stationären Versorgung immer noch die sichere ambulante Behandlungsalternative ablehnt, der verstößt wesentlich

und vorsätzlich gegen Patienteninteressen. Eines davon ist das Recht auf bestmögliche Patientensicherheit. Es kann nicht angehen, dass das Gesundheitswesen weiterhin missbraucht wird als Auffangbecken für in ihrer eigentlichen medizin- und patientenfernen Profession gescheiterte Erwerbsbiografien. Die hinreichend erkannten Probleme verlangen zu ihrer Lösung ein Mindestmaß an Vorkenntnissen und praktischer beruflicher Erfahrung in den genannten Problemzonen. Kein Jurist würde sich von einem Landwirt Gesetzestexte diktieren lassen, und kein Altphilologe würde mit einem der lateinischen oder altgriechischen Sprache nicht mächtigen Gegenüber Texte übersetzen und diskutieren wollen. Zu schnell wären Hochstapelei und leeres Gerede als solche erkannt und benannt. Nicht so im Gesundheitswesen, dem mit über 500 Mrd. ausgestatteten Biotop für Phrasen-, Worthülsen- und Sozialneid-Produzenten. Statt sozialer Kompetenzen lieber Social-Media-Kanäle. Um die eigene Unfähigkeit und Profitgier zu kaschieren, werden die wahren Kompetenz- und Leistungsträger, zu denen ganz vorne ambulant-operative Fachärzt:innen zählen, seit Jahren wahrheitswidrig als Kostentreiber diffamiert. Die eigentlichen leistungsunabhängigen Abzocker werden zu selbsternannten Bloggern und erdreisten sich, Patient:innen, Angehörigen, Pflegenden und Ärzt:innen vorschreiben zu müssen, wohin die Reise geht.

Aus Behandlungspfaden werden abrechnungstechnische Schnellstraßen, Kassenbeiträge sind zunehmend eher Mautgebühr denn ein Eigenbeitrag in ein solidarisches Sozialsystem. Inzwischen haben subalterne Schreibtische mehr Einfluss auf die ärztliche Therapiefreiheit als fachärztlich qualifizierte Mediziner:innen mit Weiterbildungsverpflichtung. Sogar Ärzt:innen im Ruhestand verfügen über mehr Interesse am Fortgang des von ihnen über Jahrzehnte mitgeprägten Gesundheitswesens, als mancher Entscheidungsträger jemals an Sachverstand besitzen wird.

Mit wenigen Ausnahmen wollen Selbstverwaltung und Politik weiterhin Probleme produzieren, statt diese zu lösen. Schließlich leben sie von der erstgenannten Variante mehr als nur sehr gut. Zwei Landes-KVen ist es sogar gelungen, in zwei- und dreistelliger Millionenhöhe angehäuften Beitragsgelder ihrer Zwangsmitglieder hochspekulativ regelrecht zu versenken bzw. an Unbekannt zu verschenken. Und alles nur, um das Geld ihrer Mitglieder zu sichern. Mit derselben kognitiven Dissonanz gehen sie gegen ihre Zwangsbeitrag zahlenden Mitglieder vor, wenn diese bedarfs- und leitliniengerecht und nicht nur nach dem WANZ-Diktat medizinisch versorgen und damit z. B. Chronifizierung oder diabetesbedingte Amputationen vermeiden



helfen. In diesen schrägen KV-Bestrebungen unterscheidet sich keine der 17 Landes-KVen von den anderen oder der KBV. In seiner aus vertragsfachärztlicher Sicht dystopischen Ausführung kann Föderalismus sogar einmal einstimmig funktionieren und gleichzeitig Applaus aus der Berliner Zentrale erwarten.

Qualität hat keine Lobby

Politik und Kostenträger belassen es lieber beim Schenkelklopfen, wenn unter der Inflationsrate liegende Honorarverhandlungsergebnisse als KV-Erfolge gefeiert werden, und spielen gerne die Statistenrolle als Jubelperser. In Wirklichkeit drängen sie das Verständnis für ein demokratisches freizeitliches Gesundheitswesen immer mehr an den Rand ihres egozentrischen Weltbildes, über den sie selbst lieber nicht blicken wollen. Lösungsverweigerer definieren sich gerne als ihre eigene Mitte und verteidigen mit wagenburggleicher Mentalität ihre Positionen und Privilegien. Und die sind nicht ohne: Abermals ist es der DKG gelungen, mit übler Stimmungsmache gegen Praxen, AOZ und Praxiskliniken das Überleben einer hochdefizitären und reziprok effizienten Krankenhauslandschaft abzusichern und einer neu ins Amt gekommenen Ministerin 35 Milliarden zu entlocken und Steuerzahler um denselben Betrag zu erleichtern. Nicht aber, deren oft mit Schmerzen verbundene Wartezeiten in klinikeigenen Ambulanzen und Notaufnahmen zu erleichtern. Und auch nicht unter der Auflage, jährlich hunderttausende Sepsisfälle rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln und Krankenhausinfektionen in ähnlich schwindelnder Höhe endlich signifikant zu verringern. Denn beide Male kostet derartig staatlich gefördertes Qualitätsverständnis zehntausenden Menschen das Leben. Allein die Zahl der an einer Sepsis verstorbenen Neugeborenen ist in Deutschland doppelt so hoch wie in Norwegen. Dafür liegen unsere bundesrepublikanischen Gesundheitskosten weit über den Gesamtausgaben vieler anderer Länder mit ähnlich hohem Lebensstandard. Effizienz, Nachhaltigkeit und verantwortungsvoller Ressourceneinsatz sehen anders aus und sind wohl bei den Entscheidungsträgern mehrheitlich unbekannt oder nicht erwünscht.

Gesundheitspolitische Ämter und ihre Anschlussprojekte

Die Menschen werden nicht mehr mitgenommen, sind in den Augen DRG-verliebter Lobbyisten und mehr auf Monetik statt Ethik bedachter Politiker immer mehr zur Fallpauschale und zum der Erlösmaximierung dienenden Objekt geworden. Nicht von ungefähr saß Lauterbach im Aufsichtsrat eines milliardenschweren Klinik Konzerns und später auf der Regierungsbank oder wechselte von dieser einer seiner unbedeutenden Vorgänger über Nacht in die Versicherungswirtschaft. Eines Empfehlungsschreibens oder ersatzweise vorzeigbarer Erfolge in der Patientenversorgung bedurfte es nicht: Allein das Verhindern einer GOÄ-Reform war der Türöffner zur Vorstandsetage. Und sollte sich einmal kein lukratives Anschlussangebot auf dem Gesundheitsmarkt oder in der Versicherungswirtschaft finden, dann bietet die eigene Partei krisensichere Jobs an, wie den eines strammen Fraktionsvorsitzenden. Oder den Vorsitz einer neu geschaffenen Kommission, um von dort aus den Feldzug gegen niedergelassene Fachärzt:innen ungeniert fortzusetzen. Weitaus fähigeres und durch Vorleistungen nachweislich sattelfestes Personal wird von seinen eigenen Parteiführungen ausgebremst.

Folklore und Volkstümelei ...

Dass die ihre Ärzteschaft mehrheitlich immer noch sehr wertschätzende Bevölkerung diesen Postenschacher und dieses Stühlerücken nicht mehr bereit ist hinzunehmen, zeigen aktuelle Umfragewerte. Weil das Positionslicht der Koalition nur noch bei Rot gelegentlich aufflackert, ist es schwer, die genauen politischen Koordinaten des Berliner Kabinetts auszumachen. Kanzler Merz hatte ursprünglich bereits im Sommer spürbare Veränderungen versprochen und dann seinen zum politischen Kompass beförderten Bierdeckel wohl unauffindbar verlegt. Deshalb auch der in der Geschichte der Bundesrepublik erst- und einmalige Kanzlerbesuch auf dem Oktoberfest zu München. Ein „Ich-möchte-auch-so-gerne-Kanzler“ lässt sich dieses Spektakel als Höhepunkt seines bisherigen politischen Schaffens nur ungern entgehen.

Denn im politischen Berlin werden ständig nur leere Fässer aufgemacht, in München volle angezapft. In Berlin werden Sozialsysteme gleich mehrfach ungeschickt angezapft und rekordverdächtig geleert, weil vieles danebenläuft und in Berlins Sand versickert.

Zünftig und zukünftig sind zwei verschiedene Paar Trachtenschuhe, und derartige Kanzlerbesuche sollten an vorausgegangene und klar definierte Arbeitsaufträge gekoppelt werden. Sogar Blaskapellen verlangen nach Führungsqualitäten und verbitten sich taktloses Taktieren auf der Bühne. Wieso nicht auch die Fachärzteschaft?

Also lautet der erste Auftrag: Hybrid-DRG und 115f werden zum 01. Januar 2026 so umgesetzt, dass Praxen und Kliniken diejenigen Patient:innen ambulant operieren, deren Diagnosen und Risikoprofil einen ambulanten Eingriff und eine ambulante Narkose erlauben. Und dies ohne Regressgefahr oder sonstige Sanktionswerkzeuge, dafür leistungs- und aufwandgerecht sowie bedarfs- und kosten deckend vergütet. Freiwerdendes Personal aus der Überwachungs bürokratie muss je nach Qualifizierungsgrad in die Patientenversorgung integriert werden. Damit schließt sich nach einem halben Jahrzehnt der Kreis um das 2020 verabschiedete MDK-Reformgesetz.

Auftrag Nr. 2: Sektorenunabhängig müssen Qualitätssicherungsmaßnahmen erfolgen. Beim AOP geschieht dies durch den AQS1-Patientensicherheitsfragebogen. Unqualifizierte Zwischenrufe wie der Vorwurf zusätzlicher Bürokratie sind zu unterbinden und als Verstoß gegen die Patientensicherheit zu ahnden.

Auftrag 3: Der Aufwand für Facharztweiterbildungen in Praxen und Kliniken muss separat vom Staat als Teilmenge seiner Daseinsvorsorge vergütet werden.

FAZIT:

Sollte der bisherige gesundheitspolitische Schlingerkurs ungebremsst fortgesetzt werden, dann werden sich die anstehenden Landtagswahlen 2026 in ihren Ergebnissen einfach an den aktuellen Umfragewerten orientieren wollen.



MACHEN
SIE MIT!

UFO-PROJEKT: ERFASSUNG UNERWÜNSCHTER BEHANDLUNGSFOLGEN NACH OPERATIONEN AUS PATIENTENPERSPEKTIVE

In Deutschland werden jedes Jahr mehr als 17 Millionen Operationen im Krankenhaus sowie 8,5 Millionen ambulante Eingriffe in verschiedenen Einrichtungen durchgeführt. Je komplexer die Eingriffe sind, desto häufiger treten angenommen postoperative Komplikationen auf. Da im Rahmen einer politisch und ökonomisch angestrebten Ambulantisierung wesentlich mehr Eingriffe ambulant durchgeführt werden sollen, sind detaillierte Informationen wünschenswert. Treten bestimmte unerwünschte Behandlungsfolgen bei bestimmten Operationen häufiger auf? Ist dies abhängig davon, ob die Operation stationär oder ambulant erfolgte, von der Struktur, in der sie vorgenommen wurde? Oder von individuellen Merkmalen der Patientinnen und Patienten? Es fehlen wichtige Daten aus einer prospektiven Versorgungsforschung.

Hier setzt das Projekt UFO an. Anhand von Patientenbefragungen wollen die Forschenden die häufigsten unerwünschten Behandlungsfolgen ermitteln und ihre Begleitumstände festhalten, denn Betroffene bemerken unerwünschte Behandlungsfolgen meist frühzeitig an subjektiven Symptomen (PREMs).

Die Forschenden führen zunächst eine Literaturrecherche durch und werten in Kooperation mit der BEK Routinedaten aus. Auf dieser Grundlage und gemeinsam mit Patientinnen und Patienten sowie mit Expertinnen und Experten aus Fachgesellschaften und Berufsverbänden entwickeln die Forschenden ein elektronisches Befragungsinstrument. Dessen Eignung wird in einer Studie überprüft, an der 2.500 Patientinnen und Patienten teilnehmen.

Zusätzliche telefonische Nachbefragungen bei den Studienteilnehmenden sollen weitere Aufschlüsse zu den aufgetretenen unerwünschten Behandlungsfolgen und möglichen weiteren Komplikationen geben.

Im Erfolgsfall wird das Projekt wichtige, neue Erkenntnisse aufzeigen, welche dieser unerwünschten Folgen bei bestimmten Operationen häufig auftreten und welche Operationen ohne großes Risiko auch ambulant durchgeführt werden können, und damit erstmals eine wissenschaftlich begründete Risikoadjustierung von ambulanten Operationen und Eingriffen ermöglichen.

Erste Kontaktaufnahme bitte mit Dr. Axel Neumann



Vize-Präsident BAO;
dr.axel.neumann@bao-praesidium.de
Wir unterstützen Sie bei der Durchführung vom Ethikvotum bis zur Datenübermittlung.

UFO-Forschungsprojekt, gefördert durch den Innovationsfonds

Konsortialpartner:

BAO Bundesverband für
Ambulantes Operieren Berlin
Universitätsklinikum Jena (Klinik für
Anästhesiologie und Intensivmedizin)
BEK Barmer Ersatzkasse Berlin
DGAI Nürnberg
DGAV Berlin
APS Aktionsbündnis Patientensicherheit
(Kooperationspartner)



SIE FÜHREN OPERATIONEN IM AMBULANTEN UND/ODER STATIONÄREN SETTING DURCH?

Und Sie möchten Teil eines Versorgungsforschungsprojekts werden, welches sich mit der Erfassung von unerwünschten Behandlungsfolgen befasst?

DANN MELDEN SIE SICH BEI UNS!

LEISTENHERNIEN- VERSORGUNG WELTWEIT

EPIDEMIOLOGIE, METHODEN UND GLOBALE UNTERSCHIEDE

Autor: Ralph Lorenz



Dr. Ralph Lorenz

Nachtrag zum Herniensymposium des Bundeskongresses Chirurgie Nürnberg 2025

Leistenhernien gehören zu den häufigsten chirurgischen Erkrankungen weltweit. Schätzungsweise 20 Millionen Menschen erleiden jährlich einen Leistenbruch, was einen erheblichen Anteil an allen elektiven Operationen ausmacht. Besonders Männer sind betroffen: Statistisch entwickelt jeder vierte Mann im Laufe seines Lebens eine Leistenhernie, während das Risiko für Frauen mit etwa jeder 27. deutlich geringer ist.

Trotz dieser Häufigkeit zeigt sich ein sehr heterogenes Bild der Versorgung. Unterschiede in der Prävalenz, den Operationsmethoden und den chirurgischen Ergebnissen sind stark durch sozioökonomische Faktoren, Ressourcenverfügbarkeit und regionale Traditionen geprägt. Ziel dieses Artikels ist es, die globalen Unterschiede in der Leistenhernienversorgung darzustellen, operative Methoden zu vergleichen und aktuelle Entwicklungen sowie zukünftige Herausforderungen zu beleuchten.

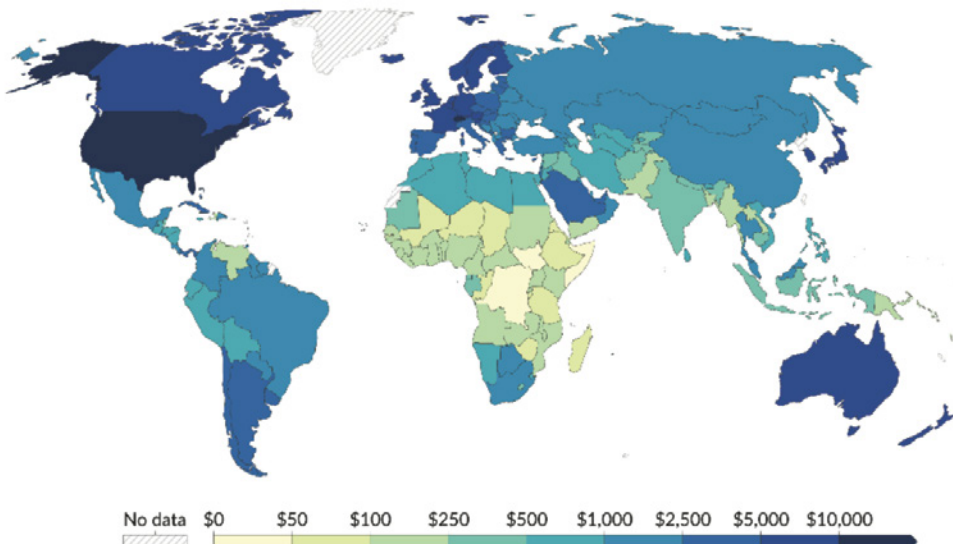
Globale Epidemiologie und Versorgungsrealität

Die weltweite Bevölkerung ist ungleich verteilt:

- Asien beherbergt 59,4 % der Weltbevölkerung,
- Afrika 17,8 %,
- Europa 9,3 %,
- Lateinamerika 8,2 %,
- Nordamerika 4,7 %,
- Australien/Ozeanien lediglich 0,6 %.

Dementgegen sind in weiten Teilen Afrikas und Asiens die Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung jedoch erheblich geringer als in den Ländern Europas und Nordamerikas (Abb. 1).

Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung 2023 (WHO Data 2025). Parallel dazu bestehen extreme Unterschiede auch in der personellen medizinischen Versorgung. Während Deutschland 45,2 Ärzte und 123 Pflegekräfte pro 10.000 Einwohner zählt, liegt dieser Wert in Ländern wie Malawi bei nur 0,5 Ärzten und 5 Pflegekräften pro 10.000 Einwohner. Ruanda verfügt über lediglich 1,2 Ärzte je 10.000 Einwohner, was eine adäquate chirurgische Versorgung nahezu unmöglich macht.



Land	Einwohner (in 1000)	Ärztendichte/ 10.000	Pflegedichte/ 10.000
Deutschland	84.552	45,2	123,0
Italien	58.760	42,5	77,1
Niederlande	17.880	39,1	116,6
Schweden	10.540	71,5	217,0
United Kingdom	68.350	31,7	91,5
Ghana	34.427	1,4	37,9
Kenia	54.030	1,0	6,4
Kongo	109.276	1,9	11,9
Malawi	21.655	0,5	5,0
Nigeria	212.915	3,9	16,8
Ruanda	14.256	1,2	9,3
Uganda	47.250	1,7	22,7

Tab. 1: Ärztdichte und Dichte des Pflege- und Hebammenpersonals in ausgewählten Ländern im Vergleich zu Deutschland, WHO Health Report Global Health Observatory (GHO) 2024

Eine im Lancet 2024 publizierte Studie vergleicht 83 Staaten mit dem Zugang zur hernienchirurgischen Versorgung und die Qualität der Versorgung weltweit. Dabei wurden die 83 Länder in **HIC = high income countries**, **UMIC = upper middle income countries**, **LMIC = lower middle income countries** und **LIC = low income countries** eingeteilt und miteinander verglichen. Die Autoren fassen dabei folgende Unterschiede zusammen (Naluyimbazi 2024):

- In einkommensstarken Ländern (HICs) treten Notfalleingriffe in 6,8 % der Fälle auf, in einkommensschwachen Ländern (LICs) hingegen in 14,2 %.
- Skrotale Hernien sind in LMICs (38,9 %) erheblich häufiger als in HICs (15,2 %).
- Darmresektionen müssen in LICs mit 4,2 % deutlich häufiger durchgeführt werden als in HICs (1,2 %).
- Kunststoffnetze werden in HICs (97,6 %) deutlich häufiger eingesetzt als in LICs (61,0 %).
- Postoperative Komplikationen sind dagegen überall ähnlich (12,9 %–13,6 %).
- Der Anteil der Tageschirurgie beträgt überall ca. 50 %.
- Die mittlere Wartezeit für eine Operation liegt global bei ca. acht Monaten; in Schottland sogar bei bis zu zwei Jahren.

Es scheint jedoch neben den Unterschieden in der chirurgischen Versorgung weltweit zusätzlich auch anatomische Unterschiede zu geben. Während bei der mitteleuropäischen Bevölkerung die Länge der Bruchpforte im Hesselbach-Dreieck durchschnittlich bei

4,5 cm liegt, scheint er bei der Bevölkerung Ostafrikas nur 3,5 cm zu betragen, was auf die Auswahl der Netzgröße Einfluss haben könnte (Mitura 2018).

Operative Techniken: Vielfalt und regionale Präferenzen

Die Behandlungsmöglichkeiten für Leistenhernien sind vielfältig – über 20 Techniken sind beschrieben.

Neben den häufig angewandten

Endoskopischen Verfahren: TAPP (transabdominell), TEP (extraperitoneal), eTEP und

Offenen Netzverfahren: Lichtenstein, TIPP, MOPP, TREPP, ONSTEP gibt es weiterhin

Offene Nahtverfahren: Shouldice, Desarda, Bassini und zunehmend

Robotisch assistierte Verfahren: rTAPP sowie weitere

Seltenere Verfahren: Stoppa, Rives, Trabucco.

Nationale und regionale Unterschiede scheinen dabei signifikant. Eine in Vorbereitung auf den Vortrag 2025 durchgeführte Umfrage unter Einbeziehung von nationalen Daten und Publikationen in Europa zeigt:

- In Deutschland dominiert TAPP (50,5 %), gefolgt von TEP (27,3 %) und Lichtenstein (17,5 %) (Herniamed Daten 2022–2024).
- In Österreich scheinen TAPP (39 %) und Lichtenstein-Technik (36 %) fast gleichauf. TEP (12 %) und offene Nahtverfahren (4 %) spielen eine geringere Rolle (Österreichische DRG-Daten 2023).

- In Spanien liegt die Lichtenstein-Technik mit 94,3 % fast exklusiv an der Spitze (Guillaumes 2021).
- Auch in Italien macht die Lichtenstein-Technik mit 93,5 % den Großteil aller Eingriffe aus (Ortenzi 2023).
- In Schweden und Finnland überwiegen auch 2023 noch immer die Lichtenstein-Technik (Finnland 71,4 %, Finnische Krankenhausstatistik 2022), Schweden 58 %, Nationales Hernienregister 2023).
- In Rumänien werden 82,7 % offen operiert (Garofil 2025).
- Dänemark bevorzugt TAPP (74 %) gegenüber Lichtenstein (20 %) (Dänisches Hernienregister 2023).
- In Belgien und den Niederlanden scheint die TEP die bevorzugte Technik (ca. 60 % bzw. ca. 48 %).
- Frankreich zeigt ein gemischtes Bild mit TAPP (37 %), TEP (26,6 %) und Lichtenstein (18,3 %) (Club-Hernie-Daten 2023).

Weltweit zeigt sich ein ähnliches Bild:

- In Japan wird bei über 118.000 Eingriffen die TAPP-Technik mit 48,8 % bevorzugt (Poudel 2024).
- In China dominieren TAPP (36,5 %) und Lichtenstein (26 %), während Nahtverfahren kaum noch relevant sind (Qin 2021).
- In Afrika werden aus Kostengründen weiterhin überwiegend offene Nahtverfahren ohne Netz durchgeführt.
- Die USA zeigen ein interessantes Muster: 76,4 % aller Eingriffe werden offen durchgeführt, trotz eines leichten Trends zu minimalinvasiven Verfahren.

Die Rezidivraten nach offenen Eingriffen scheinen dort interessanterweise nach 1, 3 und 5 Jahren signifikant geringer zu sein als nach minimal-invasiven Verfahren (Ehlers 2023).

Technologische Entwicklungen und Trends

In den letzten Jahren zeichnet sich ein klarer Trend zur minimal-invasiven und robotisch assistierten Chirurgie ab. Besonders in westlichen Ländern und den USA wird die Robotik zunehmend eingesetzt. In einkommensschwachen Regionen bleibt der Einsatz von Robotik aufgrund der hohen Kosten jedoch noch eine Ausnahme. Auch die Verfügbarkeit von Kunststoffnetzen ist ein limitierender Faktor – während in HICs über 97 % der Operationen mit Netz erfolgen,

liegt dieser Anteil in LICs bei lediglich 61 %. Ein weiterer Trend betrifft die Nachhaltigkeit. Kosten für Implantate, Einwegmaterialien und die Energiebilanz robotischer Systeme führen zunehmend zu Diskussionen über ressourcenschonende Strategien. Künftige Leitlinien werden diesen Aspekt stärker berücksichtigen müssen.

Leitlinien und internationale Empfehlungen

Die Behandlung von Leistenhernien wird zunehmend durch internationale Leitlinien standardisiert. 2023 wurden die Empfehlungen der European Hernia Society aktualisiert. Ein maßgeschneidertes Konzept wird weiterhin empfohlen, auch wenn laparoskopische Verfahren Vorteile bieten

(Stabilini 2023). Einzelne Nationen wie Dänemark gehen in ihren 2025 veröffentlichten Konsens-Empfehlungen noch einen Schritt weiter, wenn sie minimal-invasive Verfahren als Standard bei primären Leisten- und Schenkelhernien unabhängig von Alter oder Geschlecht empfehlen (Kirk 2025).

Ein besonderes Augenmerk liegt zukünftig auf:

- patientenorientierter Entscheidungsfindung mit individueller Anpassung je nach klinischer Präsentation und Hernientyp,
- Management von Rezidiven und Schmerz,
- standardisierten hernienchirurgischen Weiterbildungsprogrammen.

FAZIT:

Die Versorgung von Leistenhernien ist weltweit von großen Unterschieden geprägt.

Während in hochentwickelten Ländern moderne Verfahren wie TAPP, TEP und robotische Techniken zunehmend verbreitet sind, werden in ärmeren Regionen nach wie vor offene Nahtverfahren ohne Netz angewandt. Weitere globale Ungleichheiten spiegeln sich auch in Notfallraten und Wartezeiten vor elektiven Eingriffen wider. Nachhaltigkeit, Kostenbewusstsein und globale Chancengleichheit werden die Schlüsselfragen der nächsten Jahre sein.

Nur durch internationale Zusammenarbeit, gerechte Ressourcenverteilung und angepasste Leitlinien können die Versorgungslücken geschlossen und die weltweit hohe Inzidenz von Leistenhernien adäquat behandelt werden.

Literaturverzeichnis

Bei der Erstellung des Artikels wurde ChatGPT auf Grundlage meines Vortrages zum Bundeskongress Chirurgie im Februar 2025 in Nürnberg genutzt.

[1] WHO Data (2025) Total health spending per person, 2023 <https://ourworldindata.org/grapher/annual-healthcare-expenditure-per-capita> (Zugriff 24.09.2025)

[2] WHO Health Report Global Health Observatory (GHO) data Full report 2024 https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/ (Zugriff 10.01.2025)

[3] Mitura, K., Koziel, S., & Pasierbek, M. (2018). Ethnicity-related differences in inguinal canal dimensions between African and Caucasian populations and their potential impact on the mesh size for open and laparoscopic groin hernia repair in low-resource countries in Africa. *Wideochirurgia i inne techniki maloinwazyjne = Videosurgery and other miniinvasive techniques*, 13(1), 74–81. <https://doi.org/10.5114/wiitm.2018.72579>

[4] Naluyimbazi, R., & Fitzgerald, T. N. (2024). Hernia repair as a tracer for elective surgical care. *The Lancet Global Health*, 12(7), e1069–e1070. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00214-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00214-6)

[5] Guillaumes, S., Hoyuela, C., Hidalgo, N. J., Juvany, M., Bachero, I., Ardid, J., Martrat, A., & Trias, M. (2021). Inguinal hernia repair in Spain. A population-based study of 263,283 patients: factors associated with the

choice of laparoscopic approach. *Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery*, 25(5), 1345–1354. <https://doi.org/10.1007/s10029-021-02402-y>

[6] Ortenzi, M., Botteri, E., Balla, A., Podda, M., Montori, G., & Sartori, A. (2023). Nationwide analysis of open groin hernia repairs in Italy from 2015 to 2020. *Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery*, 27(6), 1429–1437. <https://doi.org/10.1007/s10029-023-02902-z>

[7] Garofil, N. D., Zorzu, M., Bratucu, M. N., Paic, V., Tigora, A., Vladescu, C., Badoiu, S., Strambu, V. D. E., Radu, P. A., & Ramboiu, S. (2025). Laparoscopic vs. Open-Groin Hernia Repair in Romania—A Populational Study. *Journal of Clinical Medicine*, 14(8), 2834. <https://doi.org/10.3390/jcm14082834>

[8] Poudel, S., Yamamoto, H., Miyazaki, K., Idani, H., Sato, M., Takagi, T., Nagae, I., Matsubara, T., Shirabe, K., Ueno, H., & Hachisuka, T. (2024). State of groin hernia repair in Japan: Annual Report of 2022 from the National Clinical Database. *Surgery Today. Advance online publication*. <https://doi.org/10.1007/s00595-024-02971-2>

[9] Qin, C., Yang, H., Shen, Y., Cheng, L., Bittner, R., & Chen, J. (2021). Development of hernia and abdominal wall surgery and Hernia Registry in China. *Surgery in Practice and Science*, 7, 100043. <https://doi.org/10.1016/j.sipas.2021.100043>

[10] Ehlers, A. P., Lai, Y. L., Hu, H. M., et al. (2023). Five year trends in surgical technique and outcomes of groin hernia repair in the United States. *Surgical Endoscopy*, 37(9), 4818–4823. <https://doi.org/10.1007/s00464-022-09586-z>

[11] Stabilini, C., van Veenendaal, N., Aasvang, E., Agresta, F., Aufenacker, T., Berrevoet, F., Burgmans, I., Chen, D., de Beaux, A., East, B., Garcia-Alamino, J., Henriksen, N., Köckerling, F., Kukleta, J., Loos, M., Lopez-Cano, M., Lorenz, R., Miserez, M., Montgomery, A., Morales-Conde, S., ... Simons, M. (2023). Update of the international HerniaSurge guidelines for groin hernia management. *BJs open*, 7(5), zrad080. <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrad080>

[12] Kirk, M., Henriksen, N. A., Christoffersen, M. W., Andresen, K., Dorfelt, A., Krogsgaard, M., Pejtersen, L., Sommer, T., Wensel, N., Zinther, N. B., Helgstrand, F., & Rosenberg, J. (2025). Management of Adult Groin Hernia in Denmark: A National Updated Consensus. *Journal of Abdominal Wall Surgery*, 4, 14904. <https://doi.org/10.3389/jaws.2025.14904>

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Ralph Lorenz, FEBS-AWS, lorenz@3chirurgen.de

Praxis 3+CHIRURGEN, Klosterstraße 34/35, 13581 Berlin

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel
Hochstraße 29, 14770 Brandenburg an der Havel



HERNIA trip ... for future?

 22.–24. JANUAR 2026

 BERLIN

HERNIAMED
Studientreffen

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, liebe Hernien-Entdecker:innen der Zukunft, schnallen Sie sich an – wir heben ab zu einer spannenden Reise durch die Gegenwart und Zukunft der Hernienchirurgie!

Am 22. Januar 2026 starten wir mit dem traditionellen Herniamed-Studientreffen – Ihrem Boarding Gate für die neuesten Daten, Trends und Diskussionen rund um unser Hernienregister. Gemeinsam werfen wir einen fundierten Blick auf die aktuellen Entwicklungen und stellen die Weichen für zukünftige Forschung. Unter dem Motto „Hernia Trip ... for Future?“ laden wir Sie dann am 23. und

24. Januar 2026 herzlich zu den DHG-Hernientagen ein – einem interdisziplinären Kongress, der weit über Netz und Naht hinausgeht.

Freuen Sie sich auf ein vielfältiges Programm mit innovativen Videobeiträgen, spannenden Vorträgen und kontroversen Diskussionen mit den führenden Köpfen der Hernienchirurgie.

Wissenschaftlich fundiert, praxisnah und dabei immer mit dem nötigen Humor – denn wer die Zukunft gestalten will, darf ihr ruhig mit einem Lächeln begegnen.

DATUM & ORT:

22. Januar 2026 Herniamed-Studientreffen
23.–24. Januar 2026 DHG-Hernientage
Hotel Berlin, Berlin



Dresscode:
OP-Kittel trifft Weitblick





**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

PROGRAMMVORSCHAU

- Fachthemen der Allgemein-, Viszeralchirurgie, Kinderchirurgie und -orthopädie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Fußchirurgie
- Digital Health (Robotik und KI)
- DGUV aktuell: D-Arzt-Forum
- Chirurgie der Kriegsverletzungen, Amputationen
- Hernien- und Wundsymposium
- Chirurgie der Körperoberfläche
- Antibiotika
- Bildgebung
- Sportmedizin
- Alterschirurgie
- GOÄ und H-DRG
- Junges Forum
- Tag der MFA, medizinische Assistenzberufe
- Workshops und Industrieausstellung

Auch im kommenden Jahr bietet der Kongress alle von der Berufsgenossenschaft geforderte Fortbildungsveranstaltungen an.



BNC **BAO**

Bundesverband für
Ambulantes Operieren e.V.

AMBULANTE CHIRURGIE BESSER FÜR ALLE

Zur Homepage



Zur Anmeldung



06. – 07. Februar 2026, Nürnberg Convention Center



Veranstalter/Organisation/Information

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg GmbH
Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg

☎ 0911 / 39316 - 37

✉ info-bch@mcn-nuernberg.de

🌐 www.bundeskongress-chirurgie.de



DER BUNDESKONGRESS CHIRURGIE 2026 IN NÜRNBERG

AMBULANT OPERIEREN – BESSER FÜR ALLE



Am 6. und 7. Februar 2026 ist Nürnberg wieder der Treffpunkt für die ambulante Chirurgie in Deutschland. Unter dem Motto „Ambulant operieren – Besser für alle“ lädt der Bundeskongress Chirurgie Ärztinnen, Ärzte und Praxisteams zu zwei intensiven Tagen voller Wissen, Austausch und Zukunftsimpulse ein.

Ein Branchentreff mit Gewicht

Der Bundeskongress ist längst mehr als eine Fachtagung, er ist die zentrale Plattform für niedergelassene Chirurginnen und Chirurgen, die täglich entscheidend zur Patientenversorgung und Stabilität unseres Gesundheitssystems beitragen. Gemeinsam mit über 20 chirurgischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden ist es gelungen, ein spannendes Programm auf die Beine zu stellen. Von Viszeral- und Gefäßchirurgie über Proktologie, Fußchirurgie und bariatrische Eingriffe bis hin zur Unfallchirurgie und Kinderchirurgie: Die ganze Breite des Fachs ist vertreten. Auch das traditionsreiche Herniensymposium hat wieder seinen festen Platz.

Neue Themen im Jahr 2026

Auch im kommenden Jahr hält der Bundeskongress spannende neue Themen für Sie bereit: von wegweisender Alterschirurgie über den gezielten Einsatz von Antibiotika, die Erst- und Weiterbehandlung von Verwundeten mit Amputationen und komplexen Wundheilungsstörungen bis hin zur modernen Sportmedizin. Neu im Programm sind zudem erstmals die Kinderorthopädinnen und -orthopäden der Cnopfschen Kinderklinik, die das Thema Hüfte in den Fokus stellen.

Medizin trifft Politik

Neben der Fachmedizin stehen auch gesundheitspolitische Fragen im Mittelpunkt: die neue GOÄ, Hybrid-DRG, steigende Materialkosten. Der Politische Nachmittag bietet hier Raum für einen offenen Dialog mit Vertreter:innen des neu gewählten Bundestags.

Ein Kongress für das ganze Team

Chirurgie ist Teamarbeit. Deshalb richtet sich der Kongress nicht nur an Ärztinnen und Ärzte: Mit dem Tag der medizinischen Fachberufe gibt es ein eigenes interaktives Fortbildungsformat, zugeschnitten auf die Anforderungen im Praxisalltag.

Gemeinsam Zukunft gestalten

Der Bundeskongress Chirurgie 2026 ist fachliche Fortbildung, gesundheitspolitisches Forum und Netzwerkplattform in einem. Er bietet Inspiration und konkrete Antworten und lädt dazu ein, die Zukunft der ambulanten Chirurgie aktiv mitzugestalten.

SAVE THE DATE
Bundeskongress Chirurgie 2026
6./7. Februar in Nürnberg



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 abgerech-
nete 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 abgerech-
nete 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





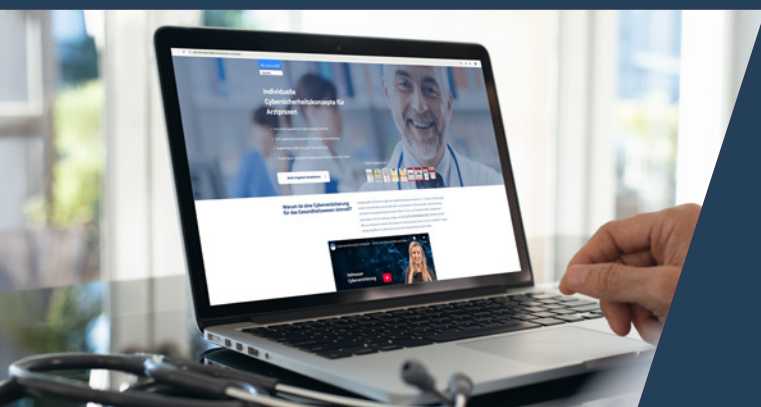
Gesundheitswesen verstärkt im Visier von Cyberangriffen

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

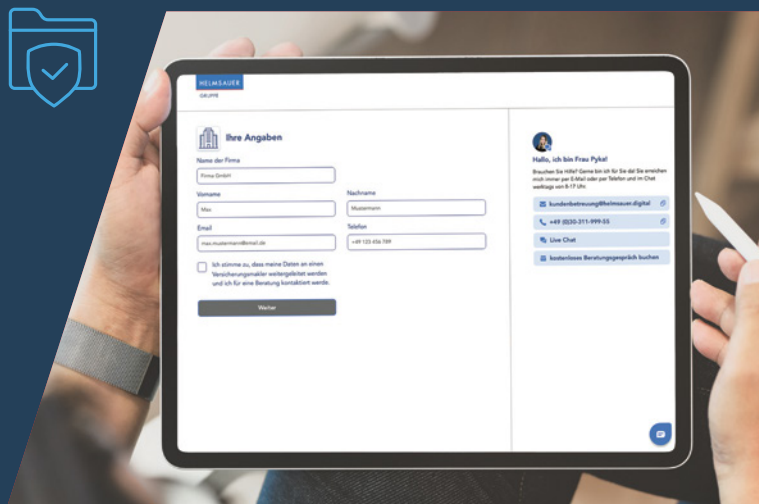
Kompetente Beratung – digital und persönlich

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



Sentinex® Solo OP-Mantel **NEU**

Der neue, innovative Standard in Effizienz und Sicherheit im OP.

Der weltweit erste selbstanziehbare sterile OP-Mantel.



Zuverlässige Infektionsprävention durch alleine korrekt verschließbaren, sterilen OP-Wickelmantel



OP-Effizienzsteigerung durch Zeitersparnis bei der sterilen Vorbereitung



Effektiver Personaleinsatz durch Entlastung des Personals



Bereit für den Umstieg vom Duett zum Solo?
Dann besuchen Sie gerne unsere Website.

www.Lohmann-Rauscher.com

**HOLZNER GMBH –
IHR PARTNER FÜR
MASSGESCHNEIDERTE
DAMPFSTERILISATOREN**



Seit 1981 entwickelt und fertigt die Holzner GmbH in Nußloch individuelle, langlebige und hocheffiziente Dampfsterilisatoren für die Bereiche Pharmazie, Medizin, Forschung und Industrie.



SOFTWARE & PROGRAMME



DAMPFSTERILISATOREN



DAMPFERZEUGER



Holzner GmbH
Westring 6-8
69226 Nußloch

49 6224 92501 - 0
info@holzner.net
www.holzner.net



TECHNISCHE DIENSTLEISTUNG

EINLADUNG ZUR BAO-MITGLIEDER-VERSAMMLUNG 2026

Am 7. Februar 2026 auf dem Bundeskongress für Chirurgie in Nürnberg

Der Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO) lädt alle Mitglieder herzlich zur Mitgliederversammlung am Samstag, den 7. Februar 2026, um 11:00 Uhr, im Rahmen des Bundeskongresses für Chirurgie in Nürnberg ein.

Nach der Begrüßung steht zunächst ein Beitrag zur Vertragsgestaltung zwischen Operierenden, Anästhesierenden und OP-Betreibern auf dem Programm. Im Anschluss folgt eine gemeinsame Diskussion zu diesem wichtigen Thema.

Daraufhin berichten die Mitglieder des Präsidiums über ihre Arbeit und die aktuellen Entwicklungen im Verband. Nach den Berichten hoffen wir auf die Entlastung des amtierenden Präsidiums und führen im Anschluss die Neuwahlen des BAO-Präsidiums durch.

Zum Abschluss informiert Dr. Axel Neumann über den aktuellen Stand des UFO-Projekts (unerwartete Ereignisse nach ambulanten Operationen sektorenunabhängig).

MOMENTANE PRÄSIDIUMSMITGLIEDER



Präsident:
Dr. Christian Deindl,
Kinderchirurg,
Nürnberg



Vizepräsident:
Dr. Axel Neumann,
(Hand-)Chirurg,
München



Schriftführer:
Dr. Jörg Hennefründ,
Gynäkologe/IVF,
Oldenburg



Kassenwart:
Dr. Raphael Hansen,
Anästhesist, Berlin

Wir freuen uns über alle Mitglieder, die sich aktiv in die Vorstandsarbeit einbringen oder eine Funktion übernehmen möchten. Gerne können Sie auch direkt das Präsidium ansprechen.

Information zum Mitgliedsbeitrag 2026

Der Jahresbeitrag 2026 wird am 20. Januar 2026 von dem uns bekannten Konto eingezogen. Selbstzahlerinnen und Selbstzahler erhalten ihre Rechnung per E-Mail-Anhang. Bitte teilen Sie uns mit, falls Sie für E-Rechnungen eine spezielle E-Mail-Adresse verwenden möchten: **mitgliederverwaltung@bao.berlin**

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Präsidium des Bundesverbands Ambulantes Operieren (BAO)
E-Mail: buero@bao.berlin





WIR LADEN ALLE BNC-MITGLIEDER GANZ HERZLICH EIN ZUR 30-JAHR-FEIER DES BNC E. V.

in Nürnberg am 6. Februar ab 19.00 Uhr ins

WIRTSCHAUS TUCHER-BRÄU AM OPERNHAUS
Am Kartäusertor 1 · 90402 Nürnberg



Jan Henniger



Dr. Frank Sinning



Dr. Michaela Rothe



Dr. Matthias Szabo



Dr. Manfred Weisweiler



Anmeldungen
bitte hier

Ihr Vorstand des BNC e. V.

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



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



AUSWIRKUNG DER H-DRG

Hybrid-DRGs als neue gesundheitsökonomische Maßnahme für die Billigmedizin?



Im Rahmen einer aktuellen versorgungswissenschaftlichen Auswertung wurden die Auswirkungen der Einführung der Hybrid-DRGs nach § 115f SGB V und der damit verbundenen Vergütungspauschalen im Zusammenhang mit der ambulanten Durchführung von Hernienoperationen untersucht. Die Datenerhebung umfasste insgesamt 11.116 Eingriffe in dem Zeitraum vom 1. Januar 2024 bis 30. Juni 2025.

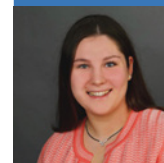
Die Ergebnisse zeigen, dass die Einführung der Hybrid-DRGs entgegen bisheriger Befürchtungen keine Veränderung in der

Zusammenarbeit zwischen Operateuren und Anästhesisten bewirkt hat. Bezüglich der Operationstechniken konnte außerdem festgestellt werden, dass jede fünfte Hernienoperation im ambulanten Setting minimalinvasiv erfolgt. Zudem werden bei den offenchirurgischen Methoden wie beispielsweise nach Lichtenstein oder TIPP sowie bei laparoskopisch transperitoneal (TAPP) und endoskopisch total extraperitoneal (TEP) weiterhin Netze implantiert. Das entspricht über 80 % der Fälle und ist ein Hinweis auf eine weiterhin hohe Versorgungsqualität und den Einsatz moderner Operationsverfahren.

Auch die Patientenzufriedenheit fällt sehr positiv aus: Rund 77 % der Befragten bewerten die Hernienoperation als „sehr gut“, weitere 22 % als „gut“. Ebenso beurteilen über 94 % der Befragten die Ausstattung und Organisation der ambulanten Zentren positiv. Hiermit wird die These der „Hernienoperationen auf dem Küchentisch“ deutlich widerlegt.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass die Hybrid-DRG-Systematik im ambu-

lantem Bereich bislang keine negativen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität oder die interdisziplinäre Zusammenarbeit hat. Die ambulante Hernienchirurgie bleibt damit ein erfolgreiches und patientenorientiertes Versorgungsmodell.



Vanessa Keil

Bachelor Gesundheitsmanagement
Wilhelmsstraße 9
34117 Kassel



Volker Heuzeroth

Krankenkassenfachwirt
Elisabethenstraße 19
63500 Seligenstadt



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





Rechtsanwalt Jörg Hohmann

WECHSEL ZUR KONKURRENZ –

WETTBEWERBSVERBOT

Um den Wechsel eines/einer angestellten Kollegen/Kollegin zu verhindern, könnte die Aufnahme einer Wettbewerbsklausel in den Arbeitsvertrag ein probates Mittel sein. Bei einer solchen Klausel sind allerdings einige rechtliche Fallstricke zu beachten.

Wenn eine solche Klausel in den Arbeitsvertrag aufgenommen wird, muss diese zeitlich, örtlich und sachlich eingegrenzt werden. Es muss klar sein, welche Tätigkeiten genau untersagt sind, wie lange die Wettbewerbsklausel gelten soll und welchen räumlichen Bereich sie umfasst. Art und Umfang der Beschränkung sind vom Einzelfall abhängig und können nicht pauschal definiert werden.

Bezüglich des sachlichen Geltungsbereichs ist zu definieren, welche Tätigkeiten genau untersagt sind. So könnte in einem Vertrag mit einem/einer angestellten Arzt/Ärztin formuliert werden, dass dem/der ausscheidenden Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin für die Dauer von zwei Jahren untersagt ist, im Umkreis von z. B. 3 km Luftlinie um die Praxis eine konkurrierende Tätigkeit auf eigene oder fremde Rechnung, insbesondere in Form einer ambulanten Tätigkeit als Facharzt für Chirurgie (oder ggf. anderer Schwerpunkt), selbstständig, angestellt oder als Betreiber eines MVZ auszuüben.

Nach § 74 Abs. 1 HGB, der nicht nur für den Handlungsgehilfen, sondern auch entsprechend sämtlichen Arbeitnehmern anwendbar ist, darf das nachvertragliche Wettbewerbsverbot für eine Dauer von zwei Jahren festgelegt werden. Eine darüber hinausgehende Dauer dürfte die Unwirksamkeit der Klausel zur Folge haben (ggf. erfolgt eine geltungserhaltende Reduktion durch das Gericht).

Der Umfang der räumlichen Beschränkung hängt davon ab, wie weit der Wirkungsbereich eines Unternehmens gefasst ist. Soweit der/die Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin in einer chirurgischen Praxis tätig war, kann das Wettbewerbsverbot in der Gestalt sein, dass es, je nach Schwerpunkttätigkeit, im Umkreis der Arztpraxis von etwa 3 km wirkt. In Ballungszentren dürfte ein größerer Umkreis wettbewerbsrechtlich kaum erreichbar

sein, in der ländlichen Struktur ist dies eher denkbar. Die Wettbewerbsklausel darf nicht zu einem totalen Berufsverbot führen. Ist der wirtschaftliche Einfluss der Praxis weiter gefasst, könnte entsprechend auch der Geltungsbereich des Wettbewerbsverbots erweitert werden. Dies ist eine Frage des Einzelfalls.

Bei der Vereinbarung einer solchen Klausel darf aber nicht übersehen werden, dass sich der Arbeitgeber verpflichten muss, dem Arbeitnehmer für die Dauer des Wettbewerbsverbots eine sogenannte Karenzentschädigung zu zahlen. Die monatliche Entschädigung muss dabei nach § 74 Abs. 2 HGB mindestens die Hälfte der zuletzt bezogenen monatlichen Vergütung betragen.

Die Karenzentschädigung berechnet sich dabei aus allen Vergütungsbestandteilen, die zum Gesamtgehalt des/der Arbeitnehmers/Arbeitnehmerin gehören. Daher müssen Sachleistungen (Dienstwagen, Handy, Deutschlandticket etc.) genauso berücksichtigt werden wie variable Vergütungen (Urlaubs- und Weihnachtsgeld, Sonderzahlungen, Gewinnbeteiligungen).

Zu beachten ist außerdem, dass nach § 74c Abs. 1 HGB die Einkünfte, welche der/die Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin während des Bezugs der Entschädigung erwirtschaftet, auf die Karenzentschädigung angerechnet werden. Dies gilt aber nur dann, wenn die Summe aus eigenen Einkünften und Karenzentschädigungen über 110 % des zuletzt bezogenen Entgelts liegen.

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts (vergleiche Urteil vom 15.01.2014 – 10 AZR 243/13) ist ein nachvertragliches Wettbewerbsverbot, das keine Karenzentschädigung vorsieht, nichtig. Ein solches Wettbewerbsverbot (ohne Karenz-

entschädigung) muss der Arbeitnehmer in dem Fall nicht einhalten. Er kann sich hierauf aber auch nicht berufen und die Zahlung einer Karenzentschädigung verlangen. Die Situation wird in dem Fall so behandelt, als wäre ein Wettbewerbsverbot überhaupt nicht vereinbart worden.

Was gilt jedoch, wenn in einem Anstellungsvertrag ein nachvertragliches Wettbewerbsverbot zwar eine Karenzentschädigung vorsieht, die Entschädigung aber nicht die gesetzliche Mindesthöhe (die Hälfte des zuletzt bezahlten Gehalts) erreicht? In diesem Fall geht die Rechtsprechung von einer sogenannten unverbindlichen Entschädigungszusage aus, die jedoch nicht zur Nichtigkeit des nachvertraglichen Wettbewerbsverbots führt. Vielmehr wird dem Arbeitnehmer in dem Fall ein Wahlrecht eingeräumt (Urteil des BAG vom 22.03.2017 – 10 AZR 448/15).

Die Entscheidung, ob der/die Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin der unverbindlichen Entschädigungszusage zustimmt, muss er/sie zu Beginn der Karenzzeit für den gesamten Zeitraum treffen. Er/Sie könnte sich entweder von dem Wettbewerbsverbot lösen, mit der Folge, dass er/sie dann im Wettbewerb zu dem ehemaligen Arbeitgeber treten darf bzw. zur Konkurrenz wechseln kann, in dem Fall aber auch keine Entschädigung erhält. Er/Sie könnte sich aber auch an das unverbindliche Wettbewerbsverbot halten. Dann hätte er/sie Anspruch auf eine Entschädigung aber auch nur in Höhe der vereinbarten geringeren Karenzentschädigung.

Im Ergebnis kann die Frage, ob ein nachvertragliches Wettbewerbsverbot in einen Angestelltenvertrag aufgenommen und von dem/der Angestellten akzeptiert werden sollte, nicht pauschal beantwortet werden. Dies hängt insoweit vom Einzelfall bzw. den Interessen der Parteien ab.

Im Übrigen untersagt auch die ärztliche Berufsordnung übermäßig einschränkende Wettbewerbsverbote. Zulässig ist demnach nur, was dem Schutz berechtigter Patienteninteressen dient (z. B. Sicherung des Patientenstamms, Verhinderung unmittelbarer Konkurrenz im selben Fachgebiet); unangemessen weite Verbote könnten sowohl vom Gericht als auch von der Ärztekammer für nichtig erklärt werden.

Im Ergebnis könnte eine solche Klausel z. B. lauten:

§ Wettbewerbsverbot nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses

1. Der Arbeitnehmer verpflichtet sich, für die Dauer von zwei Jahren nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses im Umkreis von 3 km um den Sitz der Praxis des Arbeitgebers keine ärztliche Tätigkeit in der Fachrichtung (z. B. Allgemeinchirurgie, Chirurgie und Unfallorthopädie, Orthopädie ...) in eigener Praxis oder in Anstellung bei einer konkurrierenden Praxis oder Einrichtung aufzunehmen.
2. Das Wettbewerbsverbot dient dem Schutz der berechtigten Patienteninteressen des Arbeitgebers, insbesondere dem Schutz des Patientenstamms.
3. Für die Dauer des Wettbewerbsverbots zahlt der Arbeitgeber an den Arbeitnehmer eine Karenzentschädigung in Höhe von 50 % der zuletzt bezogenen vertragsmäßigen Leistungen (Grundgehalt, variable Vergütungen und geldwerte Vorteile) pro Monat. Die Karenzentschädigung ist monatlich im Nachhinein fällig.
4. Der Arbeitgeber ist berechtigt, vor Beendigung des Arbeitsverhältnisses schriftlich auf das Wettbewerbsverbot zu verzichten, in diesem Fall entfällt die Pflicht zur Zahlung der Karenzentschädigung nach Ablauf eines Jahres seit der Erklärung des Verzichts.
5. Verstößt der Arbeitnehmer schuldhaft gegen das Wettbewerbsverbot, so hat er dem Arbeitgeber eine Vertragsstrafe in Höhe einer monatlichen Bruttovergütung zu zahlen. Weitergehende Schadensersatzansprüche bleiben unberührt.

Rechtsanwalt Jörg Hohmann

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

Brandstwierte 4, 20457 Hamburg

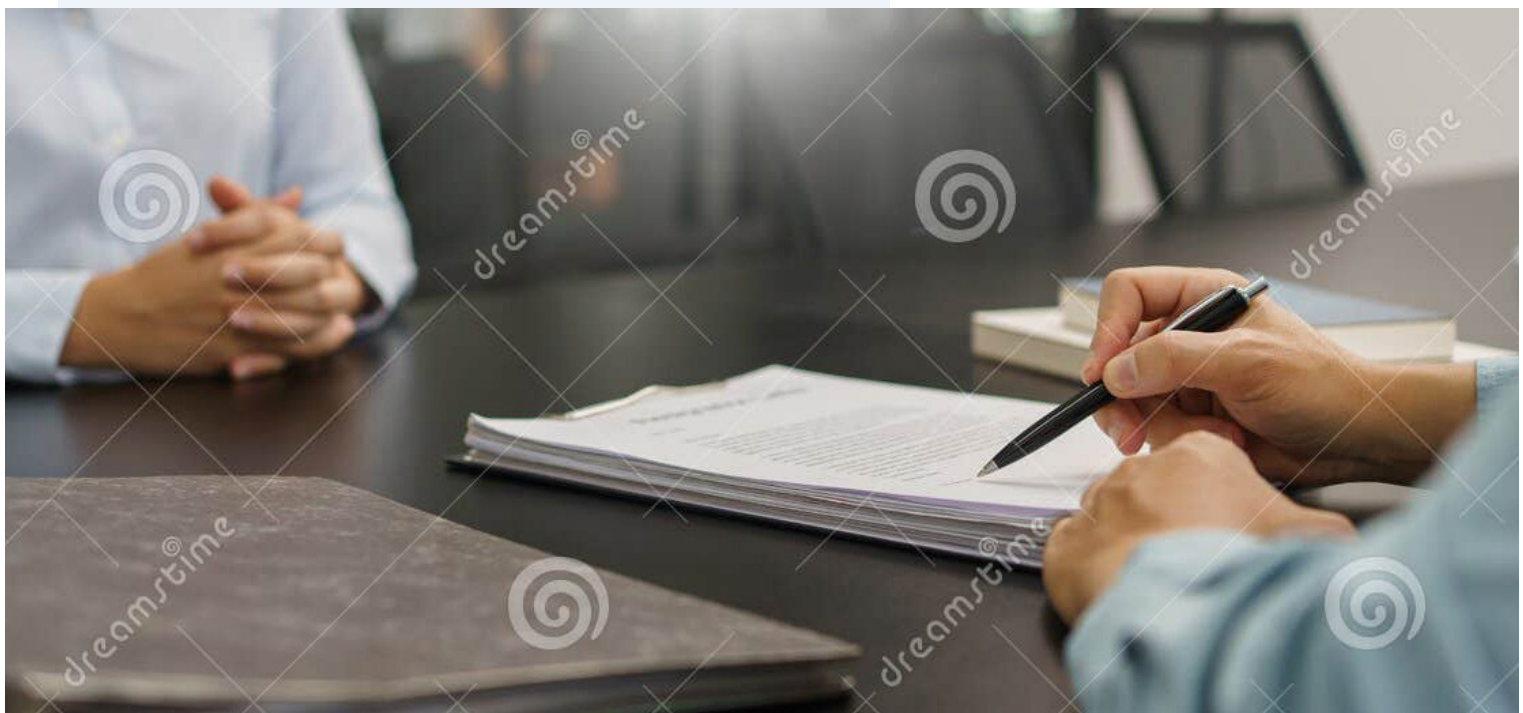
Telefon 040 3910697

Telefax 040 3910697-10

www.gesundheitsrecht.com

ZU BEACHTEN IST DABEI,

dass der räumliche Umkreis je nach Standort und Einzugsgebiet variieren kann. Im ländlichen Bereich und bei entsprechender Spezialisierung könnte ein weiterer Umkreis zulässig sein. Die Fachrichtung muss genau definiert werden, eine zu allgemeine Formulierung könnte eine konkurrierende Tätigkeit nicht exakt ausschließen. Die Dauer von zwei Jahren darf auf keinen Fall überschritten werden. Die Verzichtsklausel schützt den Praxisinhaber vor unnötigen Kosten, wenn kein Interesse mehr an dem Wettbewerbsverbot besteht.



GEWALT IN ARZTPRAXEN

GEWALT ERKENNEN, PATIENT:INNEN SCHÜTZEN

Die Rolle ambulanter Chirurg:innen in der Versorgung Betroffener häuslicher und sexualisierter Gewalt

Begründung

Häusliche und sexualisierte Gewalt ist ein erhebliches Public-Health-Problem mit gravierenden Folgen für die körperliche und seelische Gesundheit. Studien zeigen, dass jede dritte Frau in Deutschland mindestens einmal in ihrem Leben von physischer oder sexualisierter Gewalt betroffen ist (BMFSFJ, 2021). Auch Männer erleben Gewalt, werden jedoch seltener darüber befragt oder berichten seltener selbst.

Häusliche und sexualisierte Gewalt betrifft Patientinnen und Patienten in allen medizinischen Fachrichtungen, auch in der ambulanten Chirurgie. Viele Betroffene suchen aufgrund von Verletzungen oder Beschwerden zunächst chirurgische Praxen oder werden aufgrund körperlicher Traumata in ambulanten OP-Zentren versorgt. Ärzt:innen stehen dann oft vor der Frage, wie sie angemessen reagieren, eine sichere Gesprächsatmosphäre schaffen und gerichtsfest dokumentieren können. Zugleich aber auch vor der Herausforderung, den Verdacht zu erkennen, denn allzu oft wird er nicht offen kommuniziert. Neben den

physischen sind die seelischen Folgen oft unbehandelt. Gerade diese sind entscheidend, um hier präventiv handeln zu können. Denn nach dem Angriff ist bei häuslicher Gewalt häufig vor dem Angriff.

Gerade ambulant operierende Chirurg:innenn nehmen dabei eine Schlüsselrolle ein:

Erstkontakt: Verletzungen werden häufig zuerst chirurgisch versorgt – oft ohne dass der Kontext von Gewalt sofort sichtbar ist.

Erkennen und Dokumentieren: Verdachtsmomente müssen erkannt und gegebenenfalls gerichtsfest dokumentiert werden. Hier kann die ärztliche Expertise den weiteren Verlauf maßgeblich beeinflussen.

Wege in Hilfe: Chirurg:innen können Betroffene niedrigschwellig auf Unterstützungsangebote hinweisen und so eine wichtige Schnittstellenfunktion übernehmen.

Das Online-Portal <https://rtb-gesundheit.de> unterstützt Fachkräfte mit praxisnahen Hand-

lungsempfehlungen, Gesprächsleitfäden und Informationen über regionale und überregionale Hilfeangebote. Damit wird medizinisches Personal in der Erstversorgung gestärkt, um in einer oft unklaren Situation professionell, rechtssicher und menschlich zu handeln.

Ein Kongressbeitrag könnte aufzeigen, wie chirurgische Praxen in solchen Situationen rechtssicher, professionell und empathisch handeln können. Auch die enorme Bedeutung ihrer Arbeit in diesem Kontext könnte hervorgehoben werden. Denn: Nach dem Angriff ist bei häuslicher Gewalt häufig vor dem Angriff.

Und jede gelungene Intervention kann verhindern, dass Patient:innen erneut Opfer werden. Damit leistet die Fachgruppe einen wichtigen Beitrag zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe:

Gewalt zu erkennen, bedeutet nicht nur, Verletzungen zu behandeln, sondern Leben zu schützen.

Allgemeine Kennzahlen und Wahrnehmung

1. Umfang und Entwicklung häuslicher Gewalt

- 2023 wurden in Deutschland 256.276 Menschen Opfer häuslicher Gewalt – ein Anstieg um 6,5 % gegenüber 2022. Über fünf Jahre betrachtet liegt der Zuwachs bei fast 20 % (Tagesschau).
- 2024 erreichte die Zahl mit 256.942 registrierten Opfern einen neuen Höchststand, + 3,7 % gegenüber dem Vorjahr. Im Fünf-Jahres-Vergleich beträgt der Anstieg rund 14 % (euronews/Tagesschau).

2. Betroffenheit nach Geschlecht

- Rund 70–73 % der Opfer häuslicher Gewalt sind Frauen (Tagesschau, Der Spiegel).
- Im Bereich der Partnerschaftsgewalt liegt der Anteil der weiblichen Opfer bei etwa 80 %.

3. Dunkelziffer: das verborgen große Problem

- Analysen zufolge liegt die Dunkelziffer bei häuslicher Gewalt um etwa 25 % höher als die offiziell erfassten Zahlen – das zeigt, dass ein erheblicher Teil der Fälle gar nicht bei der Polizei registriert wird (ZDF).
- Zudem wird betont: „Das Dunkelfeld spiegelt sich auch in diesem Lagebild nicht wider“, viele Taten bleiben aus Angst oder Scham ungemeldet (Tagesschau).

Wichtige Studien und Kennzahlen

1. Studie der S.I.G.N.A.L.-Intervention (Notaufnahme Berlin)

- 36,6 % der Frauen (n = 806) berichten mindestens eine Gewalterfahrung ab dem 16. Lebensjahr.
- 4,6 % wurden im letzten Jahr Opfer häuslicher Gewalt, 1,5 % kamen in die Notaufnahme zur Behandlung von Gewaltverletzungen.
- Häufige gesundheitliche Folgen: Kopfverletzungen, Hämatome, Frakturen, aber auch psychische Symptome wie Angst, Depression oder Suizidversuche.
- 80 % der Frauen befürworteten eine routinemäßige Abfrage zu Gewalterfahrungen im Rahmen der Anamnese (PubMed).

2. Forensische Ambulanz Hamburg (2003/2004)

- In der Gewaltopferambulanz wurden 1.071 Personen untersucht, davon 312 Opfer von Partnerschaftsgewalt.
- Befunde: bei 53,5 % stumpfe Traumata im Kraniofazialbereich, 46,2 % Verletzungen an den oberen Extremitäten, 22,9 % Nackenverletzungen.
- In 21,4 % aller Fälle wurde mindestens eine potenziell lebensbedrohliche Verletzung dokumentiert. Wiederholte (unterschiedlich alte) Verletzungsmuster waren in rund 14–17 % der Fälle erkennbar (ResearchGate).



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

3. Studie zur Identifikation in Unfallchirurgie und Gewaltopferambulanzen

- In den A&E-Abteilungen lag die Identifikationsrate von Opferstatus bei 0,9 % (2007–2009).
- Im Follow-up-Zeitraum (2014–2016) stieg der Anteil auf 1,6 %, was auf eine verbesserte Erkennung hinweist.
- Trotz verbesserter Erkennung sank die Weiterleitung an Spezialambulanzen: von 22,2 % auf 17,2 % (PubMed).

4. DEGS1 – Häusliche Gewalt und GP-Kontakte (General Practitioner contacts = Hausarztkontakte)

- 20,7 % der Befragten (n = 5.938, Alter 18–64) berichteten über Gewalterfahrungen in den letzten 12 Monaten.
- Opfer hatten signifikant mehr GP-Kontakte als Nicht-Opfer (Ø 3,47 vs. 2,87 Besuche in 12 Monaten).
- Besonders stark erhöht bei physischer (Ø 3,55) oder psychischer Belastung (Ø 4,24; PubMed).

5. DORIS-Studie (Schweden, orthopädische Notfallversorgung)

- Unter Frauen mit orthopädischen Notfallverletzungen gaben 1,5 % an, dass ihre Verletzung auf häusliche Gewalt zurückging.
- Und 7,5 % hatten aktuell Gewalterfahrungen – obwohl dies nicht zwingend der Grund ihres Notfalls war (PubMed).



Liebe Praxisteam,

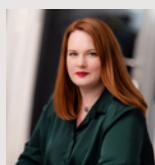
versorgen Sie Patient:innen, die häusliche oder sexualisierte Gewalt erfahren, und sind unsicher, was Sie konkret tun können? Ab sofort steht Ihnen das Online-Portal <https://rtb-gesundheit.de> mit Informationen und Hilfestellungen zur Verfügung. Sie finden Handlungsempfehlungen zur Ersthilfe für zentrale Notaufnahmen, Gynäkolog:innen, Hebammen und weitere Berufsgruppen sowie Anregungen für den Gesprächseinstieg, Informationen zur gerichtsfesten Dokumentation und Infos über Hilfeangebote. Das Portal bietet zudem Informationen über den Runden Tisch Berlin – Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt (RTB) und über die Kampagne „Gewalt stoppen. Gesundheit stärken“.

Unsere Aktivitäten zum Thema finden Sie unter <https://rtb-gesundheit.de>.

Über Rückmeldungen und Anregungen zum Online-Portal freut sich die Geschäftsstelle des RTB:
RunderTisch@signal-intervention.de.

Viele Grüße, Patricia Ley

Zu diesem Thema wird es auch ein Angebot am Freitag auf dem BCH 2026 in Nürnberg. geben



Verband medizinischer
Fachberufe e.V.

Patricia Ley

Freiberufliche Dozentin

*B.A. Medizinpädagogik und Gesundheitspsychologie
systemischer Deeskalations- und Inklusion-Coach*

Vizepräsidentin – Verband medizinischer Fachberufe e. V.

MediForYou

*Medizinisches Fortbildungsinstitut
mediforyou.online*



Ecclesia Gruppe

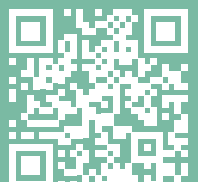
– Ihr starker Partner für Versicherung und Risikoberatung

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



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

