

CHIRURGENMAGAZIN

BAO *Depesche*



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



Unguis incarnatus – EPIDEMIOLOGIE, METHODEN UND GLOBALE UNTERSCHIEDE

Rückblick

**Kongress in Nürnberg und
30-Jahr-Feier des BNC**

Unterthema:

**Aus- und Facharzt-
weiterbildung | Umbau des
Gesundheitssystems**

Ankündigung

**NARKA 09.–11. Oktober
in Berlin**

INHALT

04
BNC**Editorial**
Raus aus der Bubble

20

*30 Jahre engagiert für
die gemeinsamen Ziele*06
BAO**Leitartikel BAO**
*Gesundheitspolitik hat auch 2026 weder
Hand noch Fuß, Herz oder Verstand*

22

*Rückblick berufspolitischer
Nachmittag*

10

*UFO: Erfassung unerwünschter
Behandlungsfolgen nach Operationen
aus der Patienten-Perspektive*24
BAO*Wir fahren nach Berlin,
zum BAO-Symposium und NARKA*

11

*Die Subventionierung defizitärer
(Kranken-)Häuser*26
BNC*Ein Kind. Eine Operation.
Ein neues Leben.
Interview mit dem
Friedensdorf International*12
BNC**Leitartikel BNC**
Unguis incarnatus

28

*Was hat der BNC mit dem Erhalt des
Facharztes für Allgemeinchirurgie zu tun?
Ein historischer Abriss*

18

Aktuelles
BNC Kongress Nürnberg 2026

IMPRESSUM: CHIRURGEN MAGAZIN + BAO DEPESCHE

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

Herausgeber und verantwortlich für den Inhalt:**Berufsverband Niedergelassener Chirurgen Deutschland e. V.**

Dorfstraße 6d, 22941 Jersbek
Telefon 04532 2687560, info@bncev.de, www.bncev.de

Bundesverband für Ambulantes Operieren e. V. BAO

Joachim-Karnatz-Allee 7, 10557 Berlin
Telefon 030 31958413, buero@bao.berlin, www.operieren.de,
www.op-netzwerk.de

Redaktionskollegium und wissenschaftlicher Beirat:

Jan Henniger, Frankfurt
Dr. Christian Deindl, Nürnberg
Dr. Frank Sinning, Nürnberg
Dr. Axel Neumann, München
Dr. Ralf Lippert, Bremen

Dr. Jörg Hennefründ, Oldenburg
Dr. Karsten Becker, Hannover
Jörg Hohmann, Hamburg
Dr. Ralf Großbölting, Berlin

Agentur, Anzeigen, Vertrieb, Grafik und Layout:

JS Deutschland GmbH, Hugh-Greene-Weg 2, 22529 Hamburg
www.jsdeutschland.de,
Projektleitung JS Deutschland: Nadine Schlömer

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:

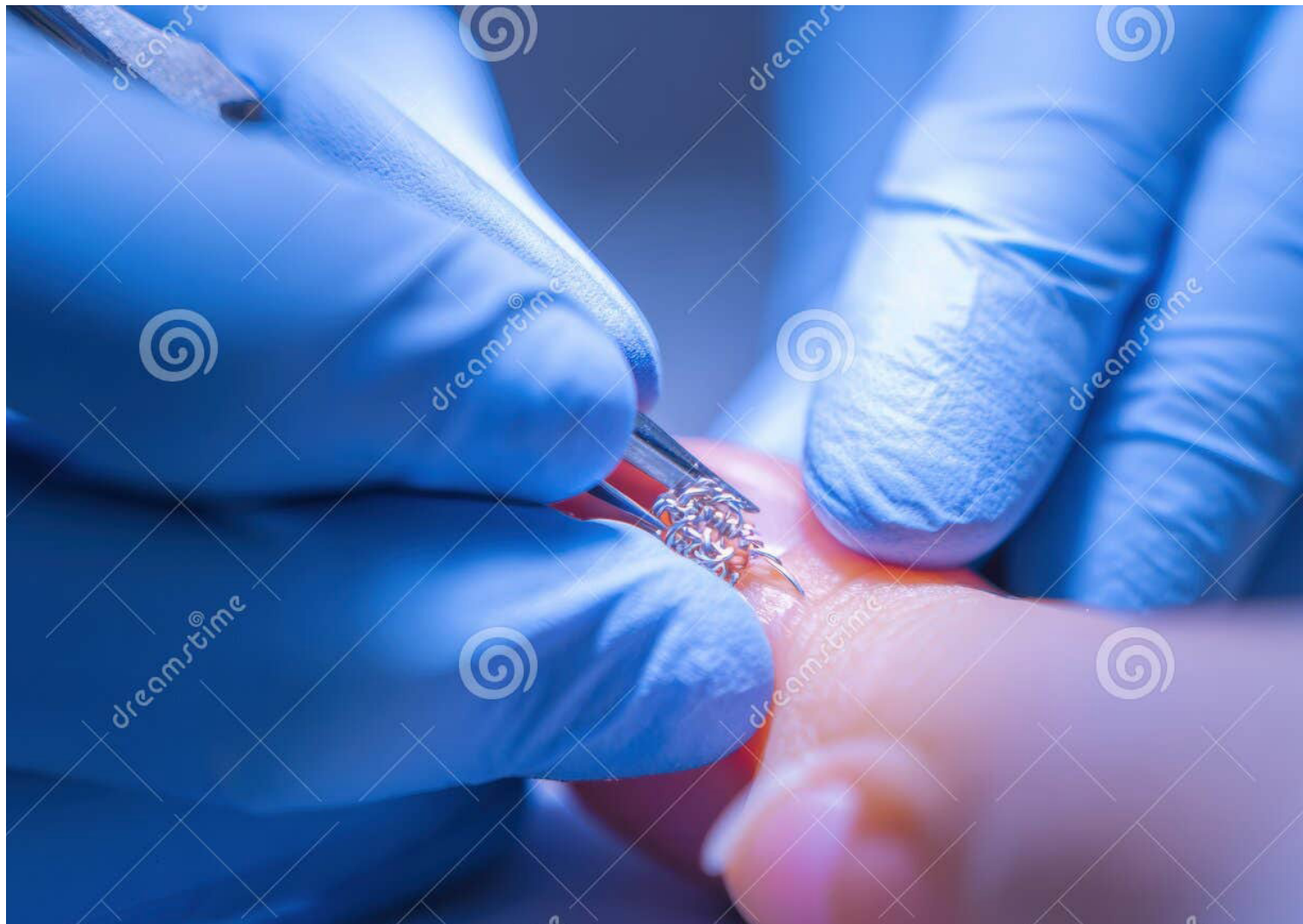
Die Redaktion haftet nicht für unverlangt eingesandte Manuskripte. Mit der Annahme der Veröffentlichung überträgt der Autor der Agentur das Nutzungsrecht für seinen Beitrag einschließlich der Nutzung für elektronische Ausgaben, Online-Veröffentlichung, Datenbanken etc.

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.



STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE



www.karlstorz.com

TELEPACK+ - Ihre All-in-One Lösung:

- ✓ 18,5"-Touchscreen-Monitor
- ✓ Integrierte LED-Lichtquelle
- ✓ Dokumentationseinheit
- ✓ kompatibel für starre und flexible Endoskope
- ✓ Netzwerkanbindung möglich

Ambulantes Operieren - Gemeinsam neue Wege gehen

Jetzt QR-Code scannen und mehr erfahren:

- ✓ Unsere Portfoliolösungen für ambulante Eingriffe entdecken
- ✓ Direkten Draht zu unserem Remote-Sales-Team nutzen
- ✓ Teil der KARL STORZ Community werden – immer up to date



<https://go.karlstorz.com/ambulantes-operieren>





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

RAUS AUS DER BUBBLE

Warum die Zukunft der ambulanten Versorgung nicht mit Likes, sondern nur durch gesellschaftliche und politische Beteiligung gesichert werden kann.

„Friede den Praxen, Krieg den Palästen“ – vielleicht ein wenig zugespitzt, aber so hören sich die sozialen Netzwerke immer wieder an, wenn die nächste Zumutung der Politik um die Ecke kommt. Wir alle sind dann in einer Blase und erzählen uns selbst, wie recht wir haben und bekommen sehr viel Bestätigung. Das ist der Moment, wo der Berufsverband endlich mal was machen kann, bei dem man ja Beiträge bezahlt!

Was genau passiert da? Wie kann das denn sein? Da muss man rechtlich gegen vorgehen! Ein Gutachten sollten wir machen und endlich mal zeigen, dass wir unverzichtbar sind! Alles das ist richtig und hat in normalen Zeiten viel gebracht. In den letzten Jahren hat man aber eher das Gefühl, dass es nicht mehr richtig verfängt. Beschwerden der Ärzteschaft werden ignoriert und weggelächelt. Sinnvolle, in die Zukunft gerichtete Maßnahmen werden nicht getätigt und Überflüssiges wird beibehalten oder im schlimmsten Fall ausgebaut.

Da wären wir bei dem neuen Spargesetz aus dem BMG, welches mit einem Fingerschnipp, ohne Input der Verbände und Institutionen, das Vergütungssystem auf den Kopf stellt. Im Vorhinein muss man sagen, dass sich die Ärzteschaft und die Politik darauf verständigt hatten, das Gesundheitssystem in die Richtung umzubauen, dass weniger Leistungen stationär erbracht und mehr in den ambulanten Sektor verlagert werden sollten. Dabei sollten die Patienten aufgrund des Fachkräftemangels und für eine fachärztliche Versorgung besser gesteuert werden. Die Einrichtung der Terminservicestellen war nichts, was die Ärzteschaft gewollt hatte. Aber wir haben es eingerichtet, weil es gewollt war. Es brachte neuen Aufwand in unsere Praxen, der teilweise vergütet wurde.

Warum wurde also das Gesetz zur Begrenzung der Krankenkassenausgaben in einer Nacht-und-Nebel-Aktion aus der Taufe gehoben?

Um die Ausgaben der Krankenkassen zu stabilisieren! Wer sind die größten Kostentreiber? Eindeutig Krankenhäuser und Arzneimittel! Wer bezahlt diese Beiträge? Die Versicherten! Wer zahlt sie nicht? Der Staat! Wenn der Staat seine Aufgaben erfüllen würde, wäre die Finanzierung der Krankenkassen schlagartig weniger dramatisch, und man könnte das Gesundheitswesen umbauen, ohne die Sachen, die funktionieren, gleich mit zu vernichten.

Stattdessen wird ein Gesetz gebaut, welches den Staat als Beitragszahler entlastet und den ambulanten Sektor, der mit Abstand am leistungseffizientesten ist und die geringsten Ausgabensteigerungen hatte, massiv belastet. Unter dem Deckmantel, dass jeder belastet werden muss, werden Strukturen zerstört, die der Staat und die Krankenkassen in Zukunft brauchen werden. Unter diesen Bedingungen ist es uns schlichtweg nicht möglich, Nachfolger für Praxen zu finden, die gesetzlich Versicherten den ihnen zustehenden Termin und die adäquate Behandlung bieten wollen.

Die faktische Mengenbegrenzung beim ambulanten Operieren wird die Transformation in ein effizientes, eher ambulant ausgerichtetes Gesundheitswesen verhindern!

Und warum sehen die Politik und die Kassen dies nicht so? Weil sie uns nicht glauben! Weil sie davon ausgehen, dass wir ohnehin nur Interesse an unserem eigenen Geldbeutel haben. Weil sie sich nicht vorstellen können, dass der gemeine Arzt wirklich Interesse an einem funktionierenden Gesundheitssystem hat, in dem Patientinnen und Patienten Mittelpunkt allen Handelns sind.

Die Politik unterschätzt den Einfluss einer intakten Arzt-Patienten-Beziehung auf den gesellschaftlichen Zusammenhalt und das Vertrauen in den Staat. Wenn wir als Ärzte

das Vertrauen in den Staat verlieren und nur noch eigene Interessen im Blick haben, ist der Weg nicht weit in eine Gesellschaft, die die Schwachen nicht mehr beschützt.

Wir vom BNC werden weiter unsere Interessen als Chirurgen vertreten und uns um die Vertretung der niedergelassenen Chirurgen kümmern. Dabei wollen wir, dass es auch in Zukunft noch freiberuflich tätige Chirurgen gibt – und dass wir weisungsunabhängig die Interessen unserer Patienten vertreten können.

Dabei müssen Sie uns mehr unterstützen – raus aus Ihrer Bubble der Gleichgesinnten und rein in die Diskussion! Was ist das Ziel der niedergelassenen Chirurgen? Ist das Angestelltsein unter der Knute eines Kaufmanns wirklich eine segensreiche Zukunft?

Wie bekommen wir junge Kolleginnen und Kollegen in unsere Praxen? Die Hoffnung auf eine bessere Zukunft ist weg, und das Vertrauen in die Institutionen hat erheblich gelitten.

Ich wünsche Ihnen viel Spaß mit unserem Chirurgen Magazin!

Bleiben Sie politisch!
Ihr Jan Henniger

*Geschäftsführender Vorstandsvorsitzender BNC
Mitglied im Vorstand des SpIfa
Mitglied Beratender Fachausschuss Fachärzte KBV
Stellvertretender Vorsitzender der 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

GESUNDHEITSPOLITIK HAT AUCH 2026 WEDER HAND NOCH FUSS, HERZ ODER VERSTAND

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Die Welt ist um eine Wortschöpfung reicher: alternativlose notwendige Zumutung. Die persönlichen Urheberrechte liegen bei der Ministerin, Premiere war der Ärztetag. Dessen Präsident die überfällige Me-too-Debatte energischer voranbringen muss als von ihm in anderen Dingen gewohnt. Die Zeichen für einen gesundheitspolitischen Neuanfang stehen schlecht trotz mehrfacher Wahldenkzettel und an die Ordnungspolitik adressierter Lösungsvorschläge. So wird mit den Worten des streitbaren Philosophen P. Sloterdijk „der Rückfall in die Seriosität schrecklich sein“.

Summum ius summa iniuria Cicero lässt grüßen; BMG und GKV hingegen nicht. Nach dem Sozialstaat vollzieht der Rechtsstaat einen Gesinnungswandel. Regresse gegen die Vertragsärzteschaft feiern Urstände und ernten Applaus aus Politik und anderen Sozialneid-expertisen. Zeitgleich harren über eine Million unerledigte Gerichtsverfahren ihrer Aufarbeitung. Mit niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen wird kurzer Prozess gemacht, dafür gelangen Schwerstkriminelle ohne eigenes Zutun juristisch unbehelligt aus der U-Haft in Freiheit, weil Bearbeitungsfrist und Zellenutzungshöchstdauer abgelaufen sind. Regresse gehen vor. Sie sind eine Refinanzierungsdroge auf Rezept, das sich die (Sich-) Selbstverwaltung selbst ausstellt und bei Vertragsärzten auf deren Kosten jederzeit und inzwischen lebenslang einlösen darf. Und alles ohne Reuepunkte. In Wahrheit sind Regresse Bürokratie², Ausdruck puren Kontrollwahns, einer vordemokratischen Misstrauens- und Überwachungskultur und verminderter Geschäftsfähigkeit ihrer inoffiziellen Urheber. Über Versorgung nur noch ergebnisoffen zu reden, ist ökonomisch lukrativer geworden, als diese aktiv und kompetent zu praktizieren (s. HSK). Schon lange müssen fachliche Nicht-

schwimmer nicht mehr den Rand halten, wenn die Inhalte und Formate nur seicht genug sind. Der ökonomische Druck nimmt weiter zu und patienten- und mitarbeitergefährdende Ausmaße an. So wollte ein Maximalversorger dem ärztlichen Fachkräftemangel entgegenwirken durch Manipulation der Zulassungskriterien zur Facharztreihe. Und landete prompt in der Zeitung. Die eigentlichen patientenfernen Verursacher sonnen sich währenddessen in ihrer parlamentarischen Immunität und verzeihen sich gegenseitig ihr epochales (Nichts-)Tun.

Narrenkappe contra OP-Mütze

Wie weit Politik zu Klamauk verkommt, beweisen Satirebeiträge direkt aus dem politischen Maschinenraum und anlassbezogene Reden mit Maßkrug bzw. Narrenkäfig. Beliebige austauschbare Narrenkappen wännen sich in ihrem Outfit auf Augenhöhe mit OP-Mützen. Letztere steht für spezialfachärztliches ambulantes Operieren als eine der wenigen tragenden Stützen unseres Gesundheitswesens und als Gegenentwurf zum selbstgefälligen und intriganten Gesundheitsbürokratismus wie z. B. in Gestalt eines InEK-Chefs auf dem DRG-Forum. Parteien laufen Wähler nicht ohne Grund in Scharen davon, während Wartezimmer und Klinikambulanzen überlaufen. Darf man Wähler anlügen, nur weil diese keinen gesteigerten Wert auf Wahrheit und Information legen? Einstmals seriöse Arbeitskreise und ehemals außerparlamentarisches und auf seine Unabhängigkeit bedachtes Expertentum sind zu regierungstreuen Kommissionen zurückmutiert. Nicht Fusionen der besten und klügsten, weil problem- und lösungsorientierten Meinungen, sondern Konfusionen und pseudowissenschaftliche Rechtfertigungen für Stillstand sind das Resultat. Ein Polsterer wird zum Stoffwechselexperten, und zum Digitalexperten wird, wer Handyanrufe dort zu imitieren vermag, wo bekanntlich kein

Empfang ist. Damit sind die Themen Gematik und sichere digitale Infrastruktur abgehandelt. 20 % der Krankenhäuser arbeiten mit, die restlichen 80 % ohne ePA, was einiges aussagt über ihren Lobbyverein und erklärten Vertragsarztpraxen-Gegner DKG.

Gesundheitsreform perfekt vergeigt – am Pult der Kanzler höchstpersönlich

Die niedergelassene ambulant-operative Fachärzteschaft schafft ihr Pensum an gesamtgesellschaftlicher Verantwortung, auch wenn es an manchen Tagen zum Davonlaufen – z. B. laut Umfrage ins benachbarte Ausland und dessen bessere Rahmenbedingungen – ist, während die Regierungspolitik über Ausreiseverbote vorlaut nachdenkt. Droht als nächster Contrecoup die Fußfessel für das gemeine medizinische Fußvolk? Meldungen über wiederkehrende ePA-Abstürze, um die sich das BMG ab sofort persönlich kümmern will, erinnern an Inspektor Clouseau und nicht an eine Fehlerbehebung.

Vivaldi verbindet die vier Jahreszeiten mit höchsten Tönen, der Kanzler mit tönernen Versprechen. Merz wollte als lautstarker Oppositionsführer richtig ausmerzen und ist jetzt statt zum Aufschwung zur Frühlingsrolle rückwärts angetreten, um punktgenau im in Kürze folgenden traditionellen Sommerloch zu landen; danach erwarten uns nach seinem Dirigat auf der Wiesn der übliche Herbstblues und ein längerer Winterschlaf, weshalb gesetzlich Versicherte weiterhin 12 Mrd. für Bürgergeldbezieher von ihrer eigenen Versorgung abziehen dürfen und Millionen an ambulanten Facharztterminen unbezahlt bleiben. Damit verkommt der ÜW-Schein zur wertlosen Spendenquittung. Steigende Arbeitslosigkeit ist ein belastbares Zeichen einer inkompetenten Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik, wodurch die GKV-Einnahmen und Praxisumsätze und das Vertrauen



Gesund werden zu Hause

Mitgliederversammlung im Anschluss

- TOP1 Begrüßung, Feststellung der Beschlussfähigkeit
- TOP2 Genehmigung der Tagesordnung
- TOP3 Hybrid-DRG: Aufteilung zwischen Chirurgie und Anästhesie –
Interne Aufteilung fair gestalten! RA Dr. List
- TOP4 Bericht der beiden Präsidenten über 2025
Bericht des Schatzmeisters
Bericht der Geschäftsführerin
- TOP5 Entlastung der Präsidenten und des Schatzmeisters
- TOP6 Bericht aus den Ländern und Mitgliedsverbänden
- TOP7 Neuwahlen des gesamten Präsidiums und Kassenwarts
- TOP8 Verschiedenes

der Menschen in die Gesundheitspolitik und medizinische Versorgung schrumpfen. Umsetzbare Einsparungen in Kombination mit einer verbesserten Patientensicherheit werden systematisch boykottiert. So ist Deutschland internationaler Spitzenreiter beim Pro-Kopf-Verbrauch von Blutkonserven wegen mangelnder Umsetzung des als internationaler Standard anerkannten Patient Blood Managements (PBM). Unverzichtbare medizinische Fachgebiete wie Infektiologie, Anästhesie, Intensiv- und Schmerzmedizin sowie die spezielle Kindermedizin wurden selbstherrlich aus dem Leistungsgruppenverzeichnis gestrichen. Mit gleicher Chuzpe wird die Hybrid-DRG-Vergütung zuerst nach St(r)ich und Faden verzögert, dann um die Sachkostenerstattung betrogen und am Ende wieder in die Fänge des unterfinanzierten EBM zurückkatapultiert. Willkommen im Tal der Berliner Ahnungslosigkeit!

Der Reformdauergewinner heißt wieder einmal GKV

Dyskalkulie ist ein Ausschlusskriterium für Mathematiklehrstühle, aber nicht für begehrte, bedingungslos überbezahlte 94 GKV-Vorsitzsofas in überdimensionierten Immobilien. Von hier aus lassen sich superbequem eine zur Staatsdoktrin gewordene Misstrauenskultur und Regressorgien gegen

Praxen und Kliniken steuern. GKV-Beton- und Wagenburgen können keine Patienten behandeln, aber meinen es besser zu wissen, ohne es zu können. Gleiches gilt für die zur parlamentarischen Verabschiedung anstehenden Spargesetze und ihre Rolle als außer Kontrolle geratener Rasenmäher. Sein Konstruktionsbüro beschäftigt nur zwei Mediziner aus der universitären Onkologie und Allgemeinmedizin. Letztere bedeutet hausärztliche Lobbyarbeit statt patientenorientierter Interdisziplinarität. Wer von 2007 bis 2023 Mitglied, ab 2012 Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege war, trägt glasklar Mitverantwortung für Qualitätsverlust und Kostenanstieg im Gesundheitswesen und unterliegt im erneuten Versuch, Einnahmen und Ausgaben als einzige Messgröße und Entscheidungsgrundlage für maximal mögliche Behandlungsbedarfe gelten zu lassen, perpetuierend immer wieder demselben Irrtum.

Subventionstropf noch einziges im Land verbliebenes Allheilmittel

Die seit Jahren kränkelnde und dauersubventionierte deutsche Wirtschaft verschlechtert sich, nach einer passenden Therapie wird erst gar nicht gesucht. Für Patienten werden Medikamente knapp, weil in systemrelevan-

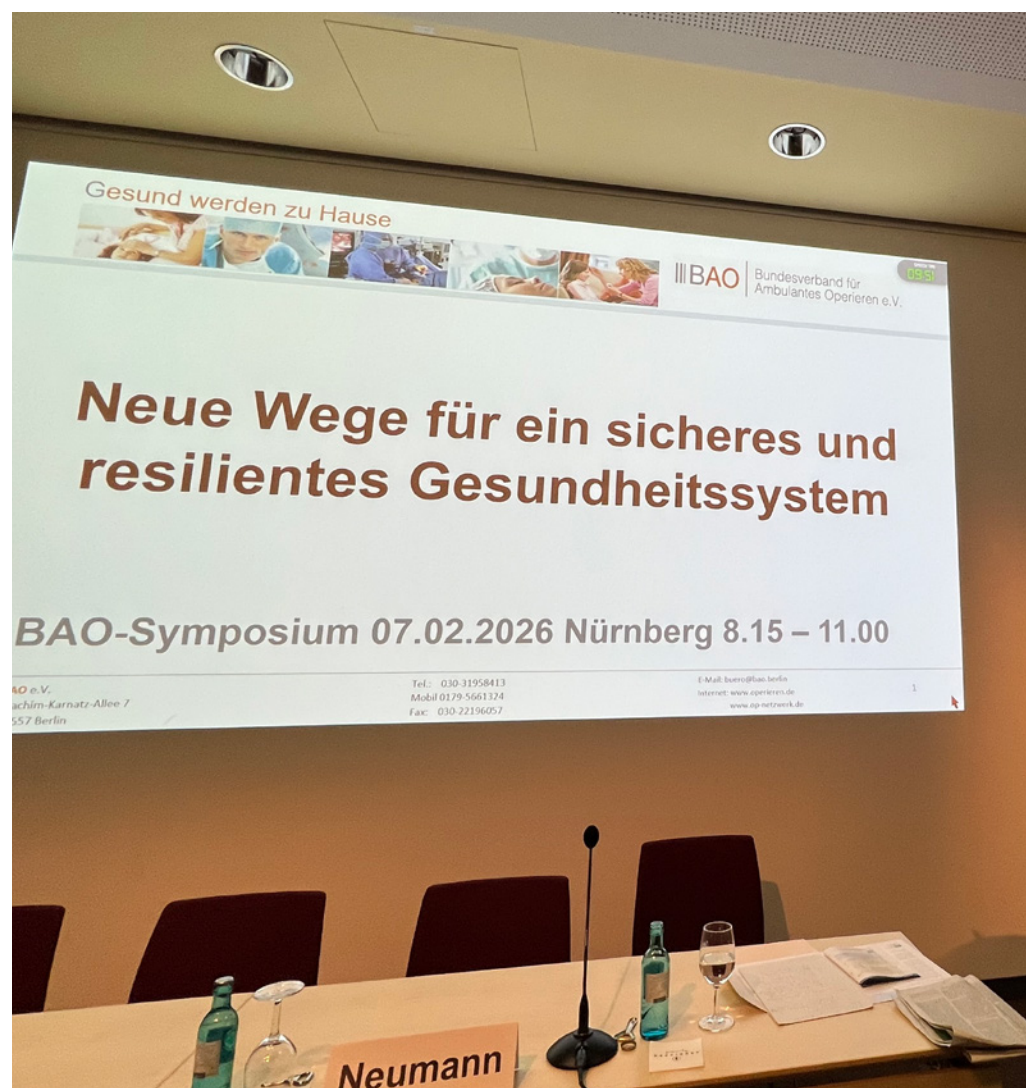
ten Mengen importiert; als Ersatz verteilen Kanzler und BMG bittere Pillen unters Volk. Deutschland ist kein sicherer Pharmastandort mehr, Apotheke(r) der Welt war einmal, dafür weiterhin weltweiter Referenzmarkt für Pharmahöchstpreise nebst maximalem Mehrwertsteuersatz. Deswegen müssen Patienten zuzahlen und werden Vertragsärzte inzwischen lebenslang (!) in Regress genommen. Ihre Grokodilstränen darüber konnten Gesundheits- und Finanzpolitiker aller bisherigen Regierungskonstellationen kaum unterdrücken.

Verwässerte und zahnlose Reformen – Hauptsache alles al dente Neuerdings mit Gaß und Gassen vereint am Krisenherd, während unter dem Reformdruck unkoordiniert Kliniken, Praxen und Apotheken schließen, so dass in einigen Regionen die Versorgung gänzlich wegbriecht und politische Mitkonkurrenten die Gesundheitspolitik und -versorgung auf ihrer Agenda inzwischen ganz weit oben stehen haben. Anstatt Versorgung zu stabilisieren, reden Regierung und Kassen von Beitragssenkungen, um die wenigen Euro mehr auf dem Durchschnittskonto in steigende Energiepreise und deren Renditen zu investieren. Der eigentliche Schlüssel zur Stabilisierung der Gesundheitskosten liegt in verpflichtender Prävention und einer

konsequenten Qualitätsverbesserung und -sicherung im Sinne sektorenverbindender Klasse statt dauersubventionierter Masse mit der Note „ausreichend“. Als maximal berufsbildschädigend erweist sich der voraus-eilende Gehorsam eines BÄK-Präsidenten, der die Interessen der Vertragsärzteschaft preisgibt, nur um selbst noch ein Plätzchen auf dem Trittbrett und am Katzentisch der Regierung zu erhaschen, von dort andächtig auf herabfallende Krümelchen hoffend. Währenddessen sitzen Gesundheits-, Finanz- und Versicherungswirtschaft, GKV, Klinikkonzerne und Pharmlobby an der großen Tafelrunde zu Berlin und schrauben fleißig an weiteren Einschränkungen der noch verbliebenen vertragsärztlichen Therapiefreiheit, an der Absenkung der Praxishonorare und an weitere Jahrzehnte überdauernden GOÄ-Verhinderungstaktiken. Durch die vom BMG am Gipfel des Berliner Schuldenbergs in Auftrag gegebenen Gesetzestafeln zur Honorarkürzung bei vollem Leistungsanspruch werden Arbeitgeber- und Arbeitnehmerschaft kurzfristig entlastet, v. a. bleiben die Existenzen überflüssiger und systemdestabilisierender Krankenkassen und -häuser bis auf weiteres respektive bis zur nächsten Bundestagswahl gesichert. Damit ist der Regierungsauftrag mehr als erfüllt und sind die Zeiger von fünf auf zehn nach zwölf vorgerückt. Dafür ist alle Tage Hashtag – und die Resterampe an Problemen unberührt geblieben. Die Folgen eines derart absurden Amtsverständnisses verhandelt aktuell ein Gericht gegen das Staatsunternehmen Deutsche Bahn. Missmanagement, Inkompetenz und lückenhafte Regeln haben Mitte 2022 fünf Bahnreisende das Leben und viele Schwerverletzte ihre Gesundheit gekostet, weil das Staatsunternehmen versagt hat und neun Monate trotz klarer Ansage untätig geblieben ist (s. SZ Nr. 108, vom 12. Mai 2026). Prävention und das Retten von Menschenleben hätten erheblichen Kraft- und zusätzlichen Personalaufwand gekostet. Jahrzehntelanges Kaputtsparen, marodes Schienennetz und tatenloses Versagen mehrerer Bundesregierungen und Verkehrsminister – einzige Alternative wären Langsamfahrten an Gefahrenstellen gewesen. Getoppt wurde das Ganze durch mangelnde Sachkenntnisse in der aufgeblähten Bürokratie und fehlende Fachkompetenzen und Verständnis in den Abteilungen und deren eigenen Logistik- und Budgetproblemen.

Unheilvolle Allianz zwischen wenig Ahnung und viel zu sagen haben. Beide, Verkehrs- und Gesundheitspolitik, tragen große Verantwortung und werden ihr oft nicht gerecht. Drei Juristen an der Spitze des BMG sehen keinen Handlungsbedarf, eher noch Spielraum zu weiteren Versorgungsdefiziten. Ihr jüngster Gesetzeswurf knüpft nahtlos an die am DB-Exempel zu Tage getretene fatale und bisweilen tödliche Verkettung von politischer Arroganz, Beratungsresistenz und Desinteresse am Wohl behandelter und behandelnder Menschen an. Die entscheidende Frage lautet nicht, was diese Regierung zukünftig gesundheitspolitisch leisten kann, sondern was sie sich sonst noch alles leisten wird, auf Kosten von Patienten, Ärzten und Pflegenden. Verfügbare Medikamente werden knapp, Nebenwirkungen und Interaktionen steigen, und die Lebenserwartung der Deutschen sinkt im EU-Vergleich bei 2,5-mal so vielen Krankenhausaufenthalten pro 1000 Einwohner im Vergleich zu den Niederlanden. Trotzdem

halten Kommunal-, Landes- und Bundespolitik eisern an ihren Fehlern fest. Einzig C. Linne-mann wagt kurz über die Abwicklung des Kassenwohlstandsbauchs nachzudenken, und schon ist der BÄK-Präsident eifertig zur Stelle, weist derartiges Ansinnen medial weit von sich, bekennt sich stattdessen zu Warkens Honorarkürzungen und schwadroniert als Zugabe über Zweitmeinungen, ohne eigene operativ-anästhesiologische Erstmeinung. Anmaßung war schon immer ein Markenzeichen meinungs- und rückgratfreier Individuen, die aus ihrer Froschperspektive anerkennen, dass die GKV schon deshalb nicht sparen kann, weil sie übertarifliche Gehälter an MFA, die sie von Praxen abwirbt, bezahlt. Gegenfinanziert durch oft an Haaren herbeigezogene Regress-Konstrukte via KV als Inkassobüro. Sozialsysteme sind längst die Portokasse von Regierungen. Kein Schelm, wer annimmt, dass nicht alle verantwortlichen Entscheidungsträger GKV-Versicherte sind und folglich keine ehrliche GOÄ-Anpassung gutheißen.



Trotz Gesetzessintflut keine Kinder- und Patientensicherheitsrechte

500 neue Gesetze werden gewöhnlich pro Legislatur verabschiedet, während bereits nach 333 an der Zahl sich die Ampelmännchen selbst abgeschaltet haben. Patientenbefragungen sind für eine transparente Qualitätssicherung unverzichtbar und deshalb politisch ausdrücklich unerwünscht und mit dem Totschlagargument namens Bürokratie abgestempelt. Seit 2011 gibt es ein Infektionsschutzgesetz, bis heute fehlt ein Ignoranz-Schutzgesetz, so kann der Kanzler ungeniert von einem Fettnäpfchen zum anderen mäandern. Merz revidiert binnen Tagesfrist getätigte Aussagen ins Gegenteil. Nur gegenüber Kindern und Eltern sowie Menschen mit Behinderung gibt er den knallharten Macher und wirft beide ohne seriöse Begründung aus dem Hybrid-DRG-System, nachdem schon vor drei Jahren ambulante HNO-Eingriffe bei Kindern ihr politisches Aus erfahren muss-

ten. Trotz seriöser Argumente verharren BMG und Kanzler bei ihrer Fehlentscheidung, wohl wissend, dass Kinderrechte im Grundgesetz bewusst fehlen. Um Kinder vor Übergriffen und Gewalt zu schützen, wurden Kinderschutzteams etabliert; ähnlicher Schutzmaßnahmen bedarf es dringend auf gesundheits- und sozialpolitischer Ebene. Marode Staatsfinanzen durch Einschnitte in der Kindermedizin sanieren zu wollen, ist sinn- und nutzlos wie schäbig und eines demokratischen Sozial- und Rechtsstaates unwürdig. Laut UNICEF-Studie von diesem Mai belegte die BRD 2020 noch Rang 14 und liegt seit 2026 auf Platz 25 von 37 untersuchten OECD- und EU-Ländern. Damit sinkt auch das Kindeswohl bei uns auf unterdurchschnittliches Niveau. Kommt als nächstes Level „unterirdisch“? Bei Gesundheit und Bildung wird so konsequent gekürzt, dass ein Drittel der Kinder übergewichtig oder adipös ist. Ca. 40 % der 15-Jährigen verfügen nicht über grundlegende Lese- und Rechenfähigkeiten, nachdem es in der vierten Jahrgangsstufe bereits 25 % waren. In Summe bedeuten diese Zahlen einen klaren Bruch des Generationenvertrages und eine Erklärung für fehlende Gesundheitskompetenzen und damit weiter steigende Gesundheitskosten, die deutlich über den vermeintlichen Einsparungen liegen. Sinnfreie Hauptsätze aus dem realitätsfern gelegenen Hause Warken ersetzen noch lange keinen Dreisatz.

Berliner Honorartopfschlagen – passender Reformdeckel gefunden

Unterqualifizierte und überbezahlte Kerninkompetenzen haben den von Lobbyisten und Intriganten getriggerten Hinauswurf von Kindern und Menschen mit Behinderung aus dem Hybrid-DRG-System sowie von überlebenswichtigen, patientensicherheits-

relevanten und hochspezialisierten medizinischen Fachgebieten aus dem Leistungsgruppenkatalog zu verantworten, ohne selbst zur Verantwortung gezogen zu werden. Kaputtsparen ist eine teure Eselei, Patienten dabei bewusst zu Schaden kommen zu lassen, ist ein Straftatbestand. Das sollten die im BMG an den Hebeln der Macht sitzenden Juristen wissen. Sie haben u. a. die im internationalen Vergleich deutschen Spitzenwerte bei vermeidbaren Amputationen, Krankenhausinfektionen und Todesfällen durch Sepsis mitzuverantworten. Ein derartig verheerendes Armutszeugnis ist immer noch ausreichend für ein Abo auf der Regierungsbank. Allein in diesem kurzen Textabschnitt verbergen sich optionale Deckungsbeiträge für die von Ministerin Warken und ihren GKV-Claqueuren proklamierten 40 Mrd. Euro an Einsparungen, und dies in Kombination mit gesteigertem Patientenwohl, Patientennutzen und Patientensicherheit. Merz und Warken verweigern weiter Realitätschecks und treffen lieber falsche Entscheidungen auf der Basis falscher Fakten. 2026 darf nicht zur bloßen Seriennullnummer vorausgegangener untätiger Dekaden werden. Es ist überlebenswichtig, dass Sie, liebe Leserinnen und Leser, sich am innerärztlichen Diskurs rege beteiligen und regelmäßig mit Ihrem Land- und Bundestagskandidaten kommunizieren und an diesen Ihre klaren Forderungen adressieren. Unterm Strich ein übersichtlicher, aber effektiver Aufwand im Vergleich zum großen Ärger anlässlich einer nächsten von Ihrer KV als mehr als „ausreichend“ befundeten Quartalsabrechnung und/oder einer Regressforderung. Stellen Sie jeweils deren Rechtmäßigkeit in Frage, bevor Ihre eigene Existenz in Frage gestellt wird. Vielleicht lässt es sich auf diesem Weg in einen vernunftbasierten Dialog eintreten und finden politisches und ärztliches Ethos zueinander.



Dr. Meindl u. Partner
Verrechnungsstelle

50
JAHRE
1975 – 2025

» Ihr Experte in der Privatabrechnung seit 1975 «

Willy-Brandt-Platz 20, 90402 Nürnberg

Tel 0911 98478-290

Mail marketing@verrechnungsstelle.de

verrechnungsstelle.de





UFO: ERFASSUNG UNERWÜNSCHTER BEHANDLUNGSFOLGEN NACH OPERATIONEN AUS DER PATIENTEN-PERSPEKTIVE

Aktueller Stand der wissenschaftlichen Untersuchung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich möchte Sie über den Stand dieses wichtigen wissenschaftlichen Projektes informieren, das ja aus Mitteln des Innovationsfonds zur Förderung von Versorgungsforschung gefördert wird.

Insbesondere die aktuelle politische Situation, in der von Gesundheitspolitikern und Krankenkassen-Vertretern eine Ambulantisierung von medizinischen Leistungen allein aus ökonomischer Sicht gefordert wird, macht das UFO-Projekt so bedeutungsvoll. Die Patientenbefragung wird ja intersektoral, also unabhängig von der postoperativen Liegedauer, stationär und ambulant und longitudinal über einen längeren Zeitraum erfolgen.

Die wissenschaftliche Begleitung leistet in hervorragender Weise das Team der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universität Jena, unter der Leitung von Prof. Dr. Meißner.

Die DGAV und die DGAI und der BAO sind als Partner eingebunden und haben gemeinsam nun ein Befragungsinstrument entwickelt. In Anlehnung an die Patientenbefragung AQS1, die unter der Ägide des BAO 2004 entwickelt wurde, steht nun ein Befragungsinstrument zur Verfügung, dessen Wirksamkeit wissenschaftlich evaluiert werden wird.

Das Ziel der Untersuchung ist, ob mit einer Befragung aus Patienten-Perspektive intersektoral Fehler in der Zuordnung von Eingriffen ambulant/stationär vermieden werden können und alle wichtigen unerwünschten Behandlungsfolgen nachhaltig erkannt werden können.

1. Fragebogen: 7 Tage pop: Frühsymptome

- Symptome im Gebiet der Operation
- Allgemeinbefinden und weitere Symptome
- Operationsbedingte Einschränkung bei grundlegenden Alltagsaktivitäten
- Zufriedenheit und allgemeiner Gesundheitszustand / Bewertung

Wie benoten Sie die Nachbetreuung Ihrer Operation nach der Entlassung, z. B. durch Hausarzt/Hausärztin oder die operierende Einrichtung?

2. Fragebogen: 30 Tage pop: Komplikationen

- Wurden Sie in den letzten 14 Tagen wegen einer **Komplikation** infolge Ihrer Operation **erneut operiert**?
- Können Sie sagen, ob bei Ihnen in den letzten 14 Tagen eine der folgenden Komplikationen aufgetreten ist? (Wunde, Blutung, Infekt, Sepsis, Ileus, Pneumonie, Thrombose, Cor, Niere ...)
- Wie würden Sie Ihren **heutigen Erholungszustand** nach der Operation einschätzen?
- Wie viele Tage konnten Sie aufgrund Ihrer Operation **nicht arbeiten, nicht studieren, nicht zur Schule gehen** bzw. nicht Ihrem gewohnten Tagesablauf nachgehen?

Der Fragebogen wird den Patienten/-innen auf einer digitalen Plattform zur Beantwortung zur Verfügung gestellt. Das Befragungsinstrument wird zweiteilig sein:

Probebefragungen mit Einschätzung ihrer Bewertung wurden bei Patienten und Patientenvertretern durchgeführt.

Bedeutsam ist auch die wissenschaftliche Erfassung des subjektiven Erholungszustandes nach einer Operation und die Abfrage wichtiger sozialmedizinischer Daten wie Arbeitsunfähigkeit oder Schulunfähigkeit.

Aktuell findet nun die Auswahl der Studienzentren statt, die sich bisher für eine Teilnahme am Projekt beworben haben.

Die Studienzentren werden eine Fallpauschale für jeden eingeschlossenen Patienten erhalten.

Bei der Auswahl der Studienzentren werden Krankenhausabteilungen, ambulante OP-Zentren und operierende Facharztzentren Berücksichtigung finden.

Auf Wunsch der Konsortialpartner Barmer Ersatzkasse und BAO haben folgende Forschungsfragen besondere Bedeutung:

1. Welche Operationen eignen sich aufgrund des ermittelten Risikoprofils ggf. mehr oder weniger für eine ambulante Durchführung?
2. Bei welchen Eingriffen werden unerwünschte Behandlungsfolgen besonders häufig berichtet?
3. Welche Patientenmerkmale sind mit besonderen Risiken assoziiert?

Ein vergleichbares Projekt der Versorgungsforschung AOP hat zuletzt unter Mitwirkung des BAO, der KV Bayern und der AOK Bayern 2010 stattgefunden.

Die verschiedenen Foren haben auf dem Dtsch. Chirurgenkongress kürzlich in Leipzig erneut aufgezeigt, welche großen Lücken in der Versorgungsforschung bezüglich unerwünschter Behandlungsfolgen in den einzelnen chirurgischen Fächern noch bestehen.

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)

DIE SUBVENTIONIERUNG DEFIZITÄRER (KRANKEN-) HÄUSER VERSCHÄRFT UNTERVERSORGUNG UND WARTE-ZEITEN DER PATIENTEN

Betriebe, auch medizinische, können unterschiedlich effizient und wirtschaftlich sein. Aber was bedeutet dies für die Versorgung der Patienten? Stellen wir uns zwei Krankenhäuser mit gleichem Behandlungsspektrum und gleicher Behandlungszahl vor. Eines erwirtschaftet schwarze, das andere rote Zahlen. Da der Erlös gleich ist, unterscheiden sich die beiden in den Kosten. Das Haus mit den roten Zahlen benötigt mehr Personal für die gleiche Leistungserbringung, bzw. erbringt pro Arzt/Personal weniger Behandlungsfälle.

Staatliche Krankenhäuser erhalten bei roten Zahlen Geld von der öffentlichen Hand und bleiben erhalten. Stellen wir uns vor, das wirtschaftliche Haus ist in kirchlicher Hand, die schwarzen Zahlen sind knapp und der Gesetzgeber zieht die Daumenschrauben an. Jetzt kommt das kirchliche Haus in die roten Zahlen, erhält aber keinen Zuschuss von der Kirche und schließt. Dann verbleiben die weniger effizienten Krankenhäuser, die relativ wenig Patientenversorgung aus den vorhandenen Ärzten generieren.

Noch deutlicher wird das Problem im intersektoralen Vergleich. 97% aller Behandlungen werden von Vertragsärzten erbracht. Die vertragsärztlichen Operateure erbringen, bei mindestens gleicher Qualität und Sicherheit für die Patienten, die doppelte Operationszahl pro Arzt. Etliche Operationsarten werden fast nur noch von Vertragsärzten erbracht. Sie entlasten damit die Krankenhäuser von den für diese unwirtschaftlichen Operationen. Diese Vertragsärzte bilden das Rückgrat der Patientenversorgung. Deren Ausscheiden wäre nirgends mehr auszugleichen und mündet bereits in unversorgte Patienten.

Daher: Wenn Krankenhausschließungen, dann unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit. Die Patienten und die Gelder müssen zu den effizienteren Häusern und den effizienteren Vertragsärzten geleitet werden.

Wir können es uns nicht leisten, mit öffentlichen Geldern gerade die Häuser mit den höchsten Defiziten zu erhalten. Das mindert die Patientenversorgung.

Dr. med. Jörg Hennefründ, Oldenburg



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



UNGUIS INCARNATUS

EPIDEMIOLOGIE, METHODEN UND GLOBALE UNTERSCHIEDE

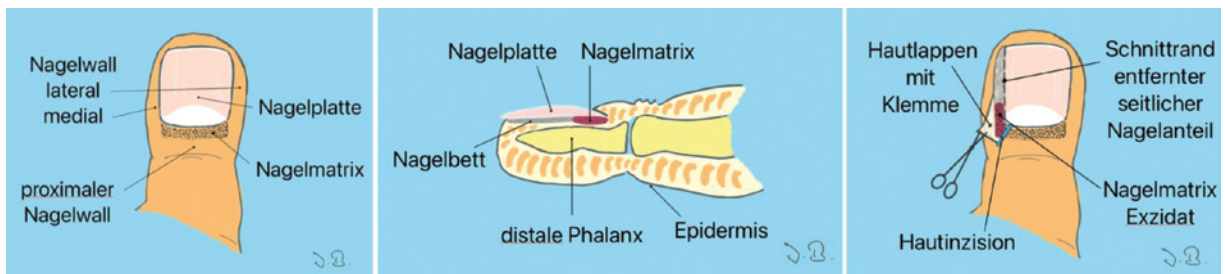


Dr. Jens Börner

Ein scheinbar banales Problem stellt Ärzte im klinischen Alltag häufig vor eine Herausforderung. Bei einer Prävalenz zwischen 2,5 und 5 % und einer Häufung besonders im Jugend- und im jungen Erwachsenenalter ist der Unguis incarnatus eine häufige Erkrankung, mit der die niedergelassenen Kinderchirurgen konfrontiert werden. [3]

Durch die seitlich endende Nagelplatte wird eine Irritation der periungualen Haut verursacht, die im Sinne einer Fremdkörperreaktion zu einer Inflammation und Bildung

von Hypergranulationsgewebe und zu einer sekundären Infektion des seitlichen Nagelwalls führt. Am häufigsten ist der laterale Nagelwall betroffen. Falsches Schneiden der Nägel und zu enges Schuhwerk stehen im kausalen Zusammenhang mit der Ausbildung der Entzündungsreaktion, da im Bereich des seitlichen Nagelwalls entstehende spitze Nagelecken (sog. Nagelspikula) förmlich in den Nagelwall einwachsen und die beschriebene Kaskade auslösen. [3]



Anatomie des Nagels und OP-Skizze (Jens Börner)

Anatomie des Nagels und OP-Skizze (Jens Börner)

Stadien-Einteilungen des Unguis incarnatus können für den Praxisalltag hilfreich sein, besonders die Unterscheidung in akute Formen (Symptombdauer < 3 Monate) und chronische Formen (Symptombdauer > 3 Monate) ist sinnvoll. [3]

Für die Therapie-Prognose ist festzustellen, dass eine Anamnesedauer über viele Wochen/Monate aussichtslos für eine erfolgreiche konservative Therapie ist.

Eine initiale konservative Therapie beinhaltet in der Literatur:

- 1.) weichende Fußbäder + anschließende desinfizierende Salben bzw. topische Steroide (Heilungsrate 42 %) [4],
- 2.) Anheben der seitlichen Nagelplatte mittels Watte, Gaze oder sog. Dachrinnenschiene von 2 bis 12 Wochen [1],
- 3.) podologische Behandlung (Gesamtheilung: 17 %) [4]

In der eigenen Praxis für Kinderchirurgie wird die konservative Behandlung des Unguis incarnatus für mindestens 4–6 Wochen mittels permanenter atmungsaktiver Wundverbände und desinfizierender Salbe (Povidon-Iod) 2x täglich, gepaart mit 1x täglich weichendem Fußbad (mittels Kernseife), angewandt. Stellt sich keinerlei Erfolg ein, so ist das operative Vorgehen indiziert.

In der operativen Therapie finden die verschiedensten Methoden in der Literatur Anwendung:

- alleinige Exzision des Hypergranulationsgewebes am seitlichen Nagelwall und Glätten des Nagelspikulums (die Entfernung des lateralen Nagelmatrixhorns bleibt aus, die verbleibende seitliche Nagelplatte seitlich führt weiter zur Gewebsirritationen; Rezidivrate 30–70 %)
- chirurgischer Ausriss der Nagelplatte (73 % Heilungsrate) [4]

- Nagelkeilresektion nach Emmert: Nagelwall und seitliche Nagelmatrix werden keilförmig komplett bis auf die Endphalanx der Zehe exzidiert (häufig schlechte ästhetische Ergebnisse; Rezidivraten bis zu 20 %, da die seitliche Nagelkeimatrix durch die keilförmige Exzision häufig inkomplett entfernt wird) ^[3]
- Keilexzision nach Winogard, ist analog der OP nach Emmert, lediglich wird dabei die Nagelmatrix nur mittels Kürette/scharfer Löffel zerstört ^[1]
- selektive Nagelmatrixablation: Nur Hypergranulationsgewebe und der seitliche Nagelrand werden entfernt, die Nagelkeimatrix wird zerstört. Der seitliche Nagelwall jedoch bleibt im Gegensatz zur typischen Emmert-Plastik erhalten. Bei der Zerstörung der Nagelmatrix finden die chirurgische oder die chemische Ablation Anwendung. Bei der chirurgischen Ablation wird mittels scharfen Löffels das Nagelmatrixepithel entfernt, wozu ein zusätzlicher Hautschnitt in Verlängerung des Nagelwalls notwendig ist. Bei der chemischen Ablation ist die proximale Hautinzision nicht erforderlich, da die seitliche Nagelmatrix mittels Phenol getränkter steriler Wattestäbchen 3 x 1 Min. unter Druck eingerieben wird (alternativ auch Trichloressigsäure oder Natriumhydroxid).

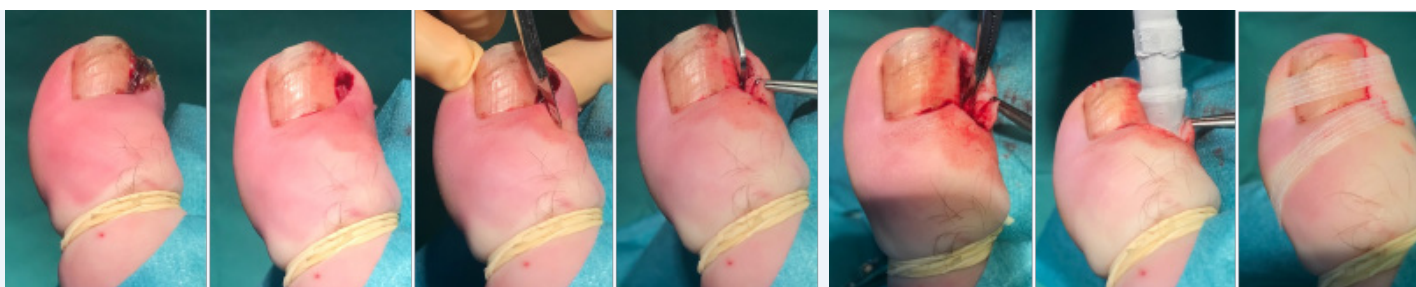
Es entsteht eine lokale Nekrose des Matrixepithels. (Rezidivraten beider Methoden 5–18 %; die chemische Methode führt lt. Literatur zu besseren kosmetischen Ergebnissen; erwähnt werden aber auch häufiger stark sezernierende Wunden nach Phenolanwendung.) ^[1; 2; 3]

Die operative Behandlung des Unguis incarnatus wird in der eigenen kinderchirurgischen Praxis als Kombination der Emmert-Plastik und der selektiven chirurgischen Nagelmatrixablation durchgeführt. Der Eingriff wird meist in Oberst-Leitungsanästhesie (4 ml Xylonest 2 %) nach 10-minütiger Einwirkdauer durchgeführt. Zur Blutsperrung dient ein abgetrennter OP-Handschuhrand um das proximale Grundglied angelegt (nur umschlungen, nicht geklemmt). Am proximalen seitlichen Nagelwall erfolgt die Hautinzision 45° schräg (ca. 10 mm Länge), der Hautlappen wird mittels scharfer Moskitoklemme seitlich aufgeklappt. Das entzündliche Hypergranulationsgewebe entlang des seitlichen Nagelwalls wird keilförmig unter Erhalt des eigentlichen Nagelwalls mittels Skalpells exzidiert. Danach wird der Nagel von der Zehenspitze aus am seitl. Rand auf wenige mm Breite längs mittels spitzer gerader Schere durchtrennt und entfernt. Das nun frei liegende Nagelbett wird nur im Bereich der

proximalen Nagelkeimatrix mittels 15-er-Skalpellklinge am entstandenen Nagelrand senkrecht bis auf die Knochenoberfläche inzidiert und von der Seite her komplett exzidiert, so dass ein quaderförmiger Matrixanteil von L x B x T von 6 x 3 x 2 mm entsteht. Restliches entzündliches Gewebe wird mittels scharfem Löffel oberflächlich entfernt. Im Bereich der entfernten Nagelmatrix erfolgt eine zusätzliche lokale Kryo-Kontakt-Therapie mittels flüssigen Stickstoffs (30 sec.). Sowohl Hautinzision als auch seitlicher Nagelwall werden nicht vernäht, sondern lediglich mittels 3 x Steristrip kosmetisch korrekt fixiert. Diese Strips verbleiben unverändert für vier Tage. Die Zehe wird mit einem komprimierenden Jodsalbenverband verschlossen.

Die Verbandwechsel werden in der Folge 1 x täglich durchgeführt. Eine additive Antibiotika-Behandlung (Clindamycin) wird nur in absoluten Ausnahmefällen mit chronisch abszedierenden Formen des Unguis incarnatus angewandt. Zur postoperativen Analgesie bei Jugendlichen (> 50 kg) erfolgt unmittelbar präoperativ und nach 24 Stunden die Gabe je einer Diclofenac-Retard-Tbl. (75 mg) oral. In den meisten Fällen ist keine zusätzliche Analgesie mehr nötig. Die Wundheilung ist in aller Regel nach 14 Tagen abgeschlossen.





FOTOS 1–7 1.) nach LA und Blutsperre 2.) nach Exzision der Hypergranulation 3.) Hautinzision am seitr. Nagelwall 4.) Durchtrennung Nagelplatte

5.) Matrixexzision 6.) lokal Stickstoff-Kryo 7.) Steristrip-Wundverschluss

Im Zeitraum eines Jahres (Nov/22 – Okt/23) wurden in der eigenen kinderchirurgischen Praxis gesamt 326 Jugendliche mit einem Unguis incarnatus behandelt. Die Altersspanne umfasste das 9.–18. Lebensjahr. Die prozentuale Altersverteilung betrug zwischen 9.–11. Lebensjahr (Lj.) lediglich 10 %, zwischen dem 12.–13. Lj. hingegen 40 %, zwischen 14.–15. Lj. 30 % und 16.–17. Lj. 20 % der Behandlungen mit Unguis incarnatus. Von allen Behandlungsfällen wurden 117 Fälle (36 %) erfolgreich rein konservativ und 209 Fälle (64 %) erfolgreich operativ behandelt. Die konservativen Behandlungen lagen schwerpunktmäßig in den Altersgruppen 8.–12. Lj. Die Operation erfolgte nur 5x in Narkose, sonst ausschließlich in Oberst-LA. Eine additive Clindamycin-Behandlung erfolgte nur 7x.

Nach der durch uns angewandten modifizierten chirurgischen Nagelmatrixablation und Emmert-Plastik traten im betrachteten Zeitraum 3 Fälle (1,5 %) mit einem Rezidiv des Unguis incarnatus auf.

Zusammenfassende Vorteile in der angewandten OP-Methode:

- keine postoperativen Nachblutungen
- geringe postoperative Schmerzen
- kurzer Heilungsverlauf (i. d. R. binnen zwei Wochen)
- gute kosmetische Endergebnisse gänzlich ohne Hautnähte
- die additive lokale Kryo-Behandlung scheint residuales Matrixgewebe nach Exzision desselben suffizient zu zerstören
- Rezidivquote nach OP nur 1,5 %



Literaturverzeichnis

- [1] Eekhof JAH, Van Wijk B, Knuistingh Neven A et al. Interventions for ingrowing toenails. Cochrane Database System Rev. 2012; (4) CD001541
- [2] Mayeaux EJ, Charles Carter MD, Tenley E et al. Ingrown toenail management. American Family Physician; 2019 (8) Vol. 100 No.3
- [3] Moelhoff N, Polzer H, Baumbach SF et al. Unguis incarnatus – konservative oder operative Therapie? Unfallchirurg 2021; 124: 311-318
- [4] Sechi A, Zengarini C, Piraccini BM et al. Treatment of retronychia: a systematic review. Dermatologic therapy; 2022; 35(2) e15251

Sämtliche Skizzen sind durch den Autor gezeichnet, sämtliche Fotos wurden durch den Autor in der Kinderchirurgie, Praxisklinik in Dresden, selbständig aufgenommen.



Dr. Maria-Andreea Nagy

INTERVIEW MIT DR. MARIA-ANDREEA NAGY

1. Wer sind Sie und was machen Sie?

Mein Name ist Dr. Maria-Andreea Nagy. Ich bin Fachärztin für Allgemein- und Viszeralchirurgie, ärztliche Wundexpertin ICW, zertifizierte Ernährungsberaterin und Master of Science in Sportwissenschaft. In meiner chirurgischen Privatpraxis in Gießen widme ich mich der ganzheitlichen chirurgischen und medizinischen Betreuung mit besonderem Schwerpunkt auf chronischer Wundbehandlung und ästhetischer Medizin.

2. Was sind Ihre größten Herausforderungen im medizinischen Alltag?

Die Behandlung chronischer Wunden bei multimorbiden Patienten stellt die größte Herausforderung dar. Eine Wunde ist oft nur die „Spitze des Eisbergs“ einer komplexen

Krankheitsgeschichte. Entsprechend benötigt die Therapie nicht nur moderne Wundverbände, sondern auch die Berücksichtigung und Behandlung zugrunde liegender Erkrankungen, wie Diabetes, Gefäßprobleme oder Stoffwechselstörungen.

3. Was ist großflächiges Kaltplasma?

Großflächiges Kaltplasma ist ein innovatives, physikalisches Verfahren, bei dem kaltes Plasma auf Wund- und Hautflächen aufgebracht wird. Das Plasma ist ein ionisiertes Gas, das durch seine physikalischen Effekte bei Raumtemperatur aktivierend auf Zellen wirkt.

4. Wie ist die Wirkung von Kaltplasma?

Kaltplasma wirkt antimikrobiell, fördert die Durchblutung sowie die Regeneration von Gewebe, unterstützt die Wundheilung und kann die Aufnahme topischer Wirkstoffe verbessern. Zudem stärkt es die Barrierefunktion der Haut und reduziert Entzündungsreaktionen.

5. Wie hilft Ihnen das großflächige Kaltplasma?

Die vollautomatische Anwendung erleichtert mir die Behandlung, da ich durch die Standardisierung stets im Wirkoptimum bleibe und

kein manuelles Handling notwendig ist. Das gibt Sicherheit, dass die Therapie effizient und präzise erfolgt.

6. Wo setzen Sie großflächiges Kaltplasma ein?

Ich setze großflächiges Kaltplasma bei vielen Patienten an, etwa bei chronischen Wunden wie Dekubitus, diabetischen Fußulzera, chronisch-venösen Unterschenkelgeschwüren, postoperativen Wundheilungsstörungen und Narben. Auch in der ästhetischen Medizin, z. B. nach Microneedling, verbessert es die Regeneration und Aufnahme von Seren. Weitere Einsatzgebiete sind Acne inversa, Psoriasis, Herpes, Pilzbefall und Zoster.

7. Wie ist die Studienlage zu Kaltplasma?

Eine umfangreiche Studienlage zeigt die Wirksamkeit von Kaltplasma. Insbesondere bei chronischen Wunden wie venösen Ulzera zeigt z. B. die POWER-Studie beeindruckende Zwischenergebnisse, die mich überzeugen.



COLDPLASMATECH

CPT® Kaltplasma.

Der Unterschied in der Wundtherapie.

Wegweisend für die Zukunft der Geweberegeneration und Infektionskontrolle.



Evidenzbasiert.

Die klinische Studie POWER* bestätigt signifikante Zwischenergebnisse:

- ▶ Über doppelt so schneller Wundverschlussfaktor
- ▶ Reduzierter Bedarf an Antibiotika
- ▶ Spürbare Verringerung der Wundschmerzen
- ▶ Erhebliche Verbesserung der Lebensqualität

Interesse an einer kostenlosen Beratung?
Kontaktieren Sie uns:

COLDPLASMATECH GmbH
Bahnhofstraße 31, 17489, Greifswald
03834 7714 700
info@coldplasmatech.de
www.coldplasmatech.de

*Zwischenergebnisse der POWER-Studie

SCAN MICH



Selektivverträge – Abrechnung und Management

Unsere Perfektion ist das Ergebnis einer permanenten Weiterentwicklung und jahrelanger Erfahrung

Unsere zwei Managementgesellschaften gehören zu den größten Anbietern in der Abrechnung von Selektivverträgen bundesweit. Über 9.900 Ärzte der verschiedensten Fachrichtungen führen die Abrechnung von Selektivverträgen über unser Haus durch. Das Management von Selektivverträgen erlangt eine immer größere Bedeutung in den Arztpraxen. Unsere Managementgesellschaft bietet neben der Entwicklung und Verhandlung von Selektivverträgen die komplette Verwaltung und Abrechnung von eigenen und fremden Selektivverträgen an.

Die Managementgesellschaft für Selektivverträge versteht sich innerhalb der Unternehmensgruppe als Bindeglied der unterschiedlichen Unternehmensbereiche. Unsere Innovationskraft basiert auf grundlegenden, und in allen unseren Vertragsentwicklungen umgesetzten, Bausteinen.

Leistungen unserer Abrechnung von Selektivverträgen im Detail

- ✓ Eine kostenfrei zur Verfügung gestellte Abrechnungssoftware zur lokalen Installation in der jeweiligen Arztpraxis.
- ✓ Ein Online-Portal mit einer umfassenden Information der Arztpraxis zum Stand der übermittelten, bearbeiteten und ausgezahlten Leistungen aus Selektivverträgen.
- ✓ Ein grundlegendes Verständnis der ambulanten und stationären Versorgungsprozesse in allen Facetten unterschiedlicher Fachspezialitäten.
- ✓ Einen leistungsfähigen Vertrieb mit zahlreichen bundesweiten Niederlassungen, die eine regionale und überregionale Präsenz ermöglichen
- ✓ Gewachsene Kompetenz in der Konzeption und Umsetzung neuer und bestehender Verträge mit der Erfahrung als eines der ältesten Abrechnungszentren in Deutschland.

Selektivvertragsangebote

Beratung und Schulung für Ihre Abrechnung

Die Helmsauer Gruppe entwickelt und organisiert als zugelassener Vertragspartner integrierte Versorgungsformen und Selektivverträgen nach den Voraussetzungen des §140a SGB V, 73b SGB V und 132e SGB V.

Unsere Kompetenz liegt in einem interdisziplinären Team, das aus Fachärzten, externen Steuerberatern und Rechtsanwälten sowie eigenen Gesundheitsökonominnen besteht. Dank langjähriger Tätigkeit auf dem Gebiet des Vertragswesens im Gesundheitswesen sind alle Beteiligten Experten.

Wir stehen Ihnen zur Seite

Wir unterstützen unsere Partner bei der Umsetzung der Vertragsinhalte, der Umsetzung von Logistik und Vertragswesen.

- ✓ Etablierung eines kostengünstigen Qualitätsmanagements
- ✓ Mitarbeiterschulung
- ✓ Anbahnung eigener Verträge mit regionalen Kassen zur integrierten Versorgung

Sprechen Sie uns an, wir beraten Sie gerne.



REBECA Health Care – ein Unternehmen der Helmsauer Gruppe

Partner für medizinische Versorgungskonzepte

Die REBECA Health Care GmbH mit Sitz in Nürnberg, ist eine Managementgesellschaft, die sich auf die Gestaltung und Vermittlung von besonderen Versorgungsverträgen im Gesundheitswesen spezialisiert hat, um eine moderne, innovative und wirtschaftliche Patientenversorgung zu ermöglichen.

Unsere Stärke liegt in einem vielseitigen Team aus erfahrenen Fachleuten, die über langjährige Expertise im Vertragswesen des Gesundheitswesens verfügen.

Wir rechnen Hybrid DRG für Sie ab

Abrechnung von Hybrid-DRG gemäß §115f SGB V

Sie haben die Wahl: Zahlen Sie nur...

1,55 %

oder

2,75 %

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.

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.

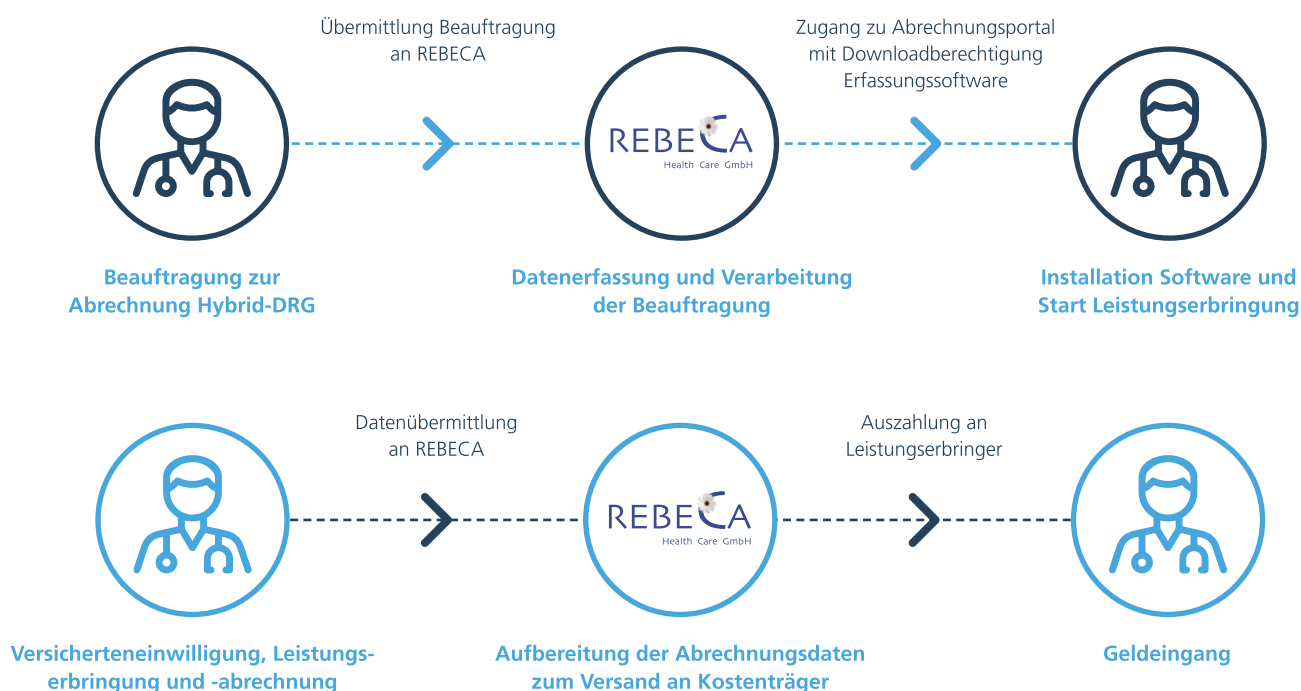
Seit 01.01.2025

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



Die Abrechnung erfolgt dabei über den Helmsauer Care Manager®, der einen integrierten und zertifizierten DRG-Grouper beinhaltet.

Abrechnung von Leistungen nach der Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Vergütungsverordnung)



Jetzt informieren: +49 (0) 911.9292.700

REFORMEN, KRISENVORSORGE UND FACHKRÄFTEMANGEL. IMPULSE AUS NÜRNBERG.

BNC KONGRESS NÜRNBERG 2026



Wissen zu einer Vielfalt aktueller Themen und Austausch über Herausforderungen des Alltags: Zufriedene Gesichter beim Bundeskongress Chirurgie.

SAVE THE DATE

Bundeskongress Chirurgie 2027
26.–27. Februar 2027

Vergütung, Resilienz, Kooperation

„Ambulant operieren – Besser für alle“: Mit diesem Motto hatte der BNC zum Bundeskongress Chirurgie nach Nürnberg eingeladen.

Im Kontext der Vergütung wurde mit Jahresbeginn ein neues Kapitel aufgeschlagen, erklärte Dr. Frank Sinning. „Bei den Hybrid-DRGs sind neue Fälle hinzugekommen, es wird neu kategorisiert“ – und spannend sei die Frage, welche Folgen sich aus den Pauschalen ergeben, betonte der stellvertretende BNC-Vorsitzende. „Erwarten uns Regresse, weil wir ‚falsch‘ kodiert haben – zum Beispiel bei der Fußchirurgie: Zwei Strahlen operiert bedeutet Hybrid-DRG, drei Strahlen nicht? Wir haben zwar eine neue Verordnung, aber MD, Kassen und Juristen sortieren sich nun langsam und stellen ihre Geschütze auf.“

Das gehe mit Risiken für jede Praxis einher. „Weil der Gesetzgeber nicht ausreichend schnell agiert, müssen wir Rückstellungen bilden ... und abwarten, was die ersten Sozialgerichtsurteile besagen.“ Beruhigend wirke dabei, dass die Grundstimmung so sei, dass keine großen Rückstellungen gebildet werden müssten. Sinning: „Es geht um Beträge im niedrigen einstelligen Prozentbereich im Verhältnis zu den Einnahmen.“ Positiv sei hier ja auch, dass man inzwischen eine andere Vergütungssituation habe, wodurch das nicht so sehr schmerze.

Resilienz in Krieg und Krise

„Wir müssen uns im Kontext von Bündnis- und Landesverteidigung auf eine hohe Belastung des Gesundheitswesens einstellen“, betonte Bundeswehr-Generalarzt Prof. Dr. Benedikt Friemert. Zivile Verteidigung sei das Stichwort, mit dem der Niedergelassenen-Bereich mit in der Verantwortung stehe. Mehrere Kongress-Sessions waren diesem aktuellen, gesellschaftlich relevanten Thema gewidmet.

Ein großer Teil des Patientenguts sei ambulant zu behandeln – etwa viele Flüchtlinge, aber auch im Kontext der Weiterbehandlung stationär Versorgter. Zudem lasse sich die Gesamtleistung des Gesundheitssystems nur durch sektorübergreifendes Vorgehen nutzen. So müssten ggf. OP-Kapazitäten bei Niedergelassenen für stationäre Patienten eingesetzt werden, oder Niedergelassene müssten in Krankenhäusern aushelfen – abhängig von der jeweiligen Situation. Flexibilität und Bereitschaft, sich mit zu engagieren – das sei eine Kernfrage der Kultur in der Versorgung.

„Wir dürfen nicht warten, bis jemand Geld gibt oder einen staatlichen Auftrag erteilt. Die erste Frage lautet, werde ich selbst im Ernstfall hierbleiben – und wer von meinen Mitarbeitenden? Wie voll sind meine Lager, etwa hinsichtlich Verbandsmaterial ... mit den aufwändigen Wechseln?“

Schon heute könne man dies in der eigenen Praxis besprechen ... und dann auf der Ebene von Gemeinde, Kreis und Land. „In Ulm“, so Friemert, „bringen wir derzeit die Akteure aus den verschiedenen Bereichen an einen Tisch.“

Was hat sich im Hinblick auf eine Weiterbildung für die Versorgung in Krieg und Krise getan? „Die DGOU bietet Kurse und eine Zertifizierung zum Notfallchirurgen Katastrophe und Krise an. Nötig ist eine breitere Ausbildung ... und im Kontext der immer weiter gehenden Spezialisierung müssen wir den Kolleginnen und Kollegen die Angst davor nehmen, generalistisch, über ihre Subspezialisierung hinaus, tätig zu werden“, forderte Friemert. Das gelte auch für die Verbrennungsmedizin. Und: „Weiterbildungsmaßnahmen muss nicht immer der Chef durchlaufen.“ Internistische Pflegekräfte müssten mal einen Verband anlegen und wechseln ... Die Vorbereitung auf Anforderungen in Kriegsfällen könnten niederschwellig geschehen.

Gesundheitsberufe: ein Dschungel?

Eine Übersicht zu Gesundheitsfachberufen bot Patricia Ley. Es gebe 43 verschiedene bestehende Berufe, aber zusätzlich Berufsbilder, die in einem Land gelten und nur in einer Schule ausgebildet würden, so die VMF-Vizepräsidentin mit Schwerpunkt Bildungspolitik. Welche Berufe fallen unter das Heilberufegesetz, und welche Berufe sind geschützt? Unregulierte Berufe umfassen laut Ley Advanced Practice Nurses (APN), Community Health Nurses, Digital Health Professionals sowie Physician Assistants (P.A.). Zu den Nachteilen zähle hier, dass es keine Tarife gebe; Hochschulen legten Ausbildung

fest, Bildung unterliege der Länderhoheit. Eine Einschätzung für Arbeitgeber sei schwierig. „Wir brauchen ein Berufegesetz“, konstatierte Ley. P.A. aus Bayern würden anders ausgebildet als jene aus Berlin. Niedergelassene müssen sich auseinandersetzen mit der Ausbildung des Bewerbers, es sei kaum Vergleichbarkeit gegeben – „anders als bei OTA und MFA fürs ambulante Operieren, die alle dasselbe erlernt haben.“

Der Fachkräfteengpass sei mitbedingt durch Aufgaben außerhalb der Kerntätigkeiten, wie etwa Bürokratie. Die Schlussfolgerung lautet: „Druck muss auf die Politik ausgeübt werden, zum Beispiel in Richtung eines Berufegesetzes für P.A., und Hochschulen unter Länderhoheit sollten nicht weitere Berufe mit eigenem Curriculum erfinden. „Schluss mit dem Berufebasteln – wir haben ausreichend Berufe, die sollten mit ihren Kernaufgaben ausgeführt werden“, forderte Ley. Und: Wir sollten uns nicht in Vorbehaltsaufgaben verlieren, was eine Interprofessionalität mit positiven Schnittstellenmöglichkeiten in den Teams unterbindet.

Das Versprechen der Robotik

Ist Robotik Zukunftsmusik oder entsteht hier ein Rohrkrepierer? Patienten, so Prof. Dr. Benjamin Craiovan, werde eine bessere, präzisere Implantation der Prothese ermöglicht, indem sie zum Beispiel die natürliche Position des Kniegelenks mit weniger Schmerzen und guter Funktionsweise sowie langer Standzeit gewährleistet. Die verfügbare Robotik weitet sich laut Craiovan aus; Kliniken, die diese Technologie nicht anbieten, verlieren ihre Position im Markt. VR-Brillen oder ausgeklügelte Implantate mögen irgendwann diesen Stellenwert der Robotik in Frage stellen.

Umgang mit Gewalt in der Praxis

In der Session zu körperlicher, psychischer, Cyber-basierter sowie sexueller oder selbstgerichteter Gewalt gegen Mitarbeitende in AOP-Praxen erläuterte Ley: Diese Akte werden in der Gewaltstatistik bislang nicht aufgeführt. Meldungen bei den Kostenträgern wären jedoch wichtig als statistische Grundlage für Maßnahmen. „Wie kann ich gewaltfrei deeskalieren, körperliche Gewalt in der Entstehung erkennen, wie kann ich mein Personal schützen bzw. mich selbst verteidigen?“ Diese Fragen beantwortete eine Session beim Bundeskongress. Ein Gewaltschutzplan gehöre ins Praxismanagement; er müsse verschriftlicht und gelebt werden, so Ley.

Das Fazit zum Kongress

Dr. Frank Sinning und Dr. Frido Mütsch boten in Nürnberg „die Bühne und das Bühnenbild – mit den Ausstellern“ für die ambulant Operierenden. Das Klima der Offenheit sei essenziell für ein Gelingen der Veranstaltung – „eine der uneitelsten in der Branche“ – weil es nicht darum gehe, wissenschaftliche Expertise gegeneinander auszuspielen. Vielmehr laute der Ansatz, die Branchenöffentlichkeit breit zu informieren und Erfahrungen auszutauschen. „Was kann ich dazu beitragen, dass wir Herausforderungen beim ambulanten Operieren beherrschbar machen ... im Sinne einer guten Versorgung der Patientinnen und Patienten?“ Dieses Ziel sei Konsens unter den Teilnehmenden. „Wir stellen nicht den wissenschaftlichen Stand in den Mittelpunkt, sondern die vielfältigen Themen des Alltags.“

Zahlreiche Kolleginnen und Kollegen seien nach Nürnberg gekommen, hätten die Ausstellung besucht ... und die vollen Säle hätten gezeigt, „wir haben die richtigen Referierenden eingeladen und Themen gewählt.“ So habe der Experte Prof. Thomas Auhuber fundiert

über die Kodierrichtlinien als lernendes System berichtet. Beim Blick auf das Kontrollsystem zu DRGs in Kliniken müsse ambulant Operierenden klar sein, dass die Regeln zugunsten der Kassen angepasst würden ... bei aller aktuellen Berufszufriedenheit der niedergelassenen Chirurgen.

„Es lohnt sich, sich niederzulassen – man kann gestalten, die Einnahmen passen ... die Weiterbildung ist die größte Not“, stellte Mütsch fest. Er beschrieb Aussagen einer von ihm moderierten Session: „Was erwartet eine angehende Unfallchirurgin von ihrem Ausbilder?“ Monique Sanzenbacher aus Heilbronn beschrieb die Herausforderungen, die die Kollegen auf dem Weg zur Praxis begleiten. Die Ausbildung sei komplex und lang – „man muss viel investieren, wenn man sich niederlassen will, etwa wegen der Geräteausstattung.“ „Die Weiterbildung allein in der Klinik ist heute nicht mehr möglich“, unterstrich Mütsch. Mit Desaster sei daher in fünf bis zehn Jahren zu rechnen. Warum müssen Studierende, die später ambulant operieren möchten, „alles“ im Curriculum lernen? Während beispielsweise in den USA Orthopäden/Unfallchirurgen 1.600 OPs in sechs Jahren durchführen müssen, komme man ja hierzulande mit 500 aus – reduziert von 700.

Früher sei Weiterbildung ein Nebenprodukt des Alltags gewesen, rief Sinning in Erinnerung; wie lässt sich heute Wissen an Mann und Frau bringen ... ohne dass Lebensläufe geändert werden müssen? „Welche Familie möchte auf dem Weg zum Facharzt dreimal umziehen?“ Bei Frauen gehe es dabei oft um zehn statt fünf Jahre – mit Verlust der Sicherheit eines festen Arbeitsvertrags und Nachteilen bei der Rente. Das Ziel, gestaltend und frei als ambulante Operateure zu arbeiten, sei jedenfalls sehr lohnenswert.

Autor: Michael Reiter



SEIT 30 JAHREN
Akkreditiert 1996

06195 6735 0
www.huecker-gmbh.de

Beurteilung und
Sicherung der
**Medizinprodukte-
aufbereitung**

Krankenhäuser,
Kliniken, OP-Zentren

Alle Geräte, alle Prozesse

10 % Rabatt CODE: **PRÜFLABOR30**

Zertifizierte Fortbildung

**HYGIENEBEAUFTRAGTE(R)
ÄRZTIN/ARZT**

www.hygienebeauftragterarzt.de

06195 6735 0

10 % Rabatt CODE: **AKADEMIE20**



30 JAHRE ENGAGIERT FÜR DIE GEMEINSAMEN ZIELE



Michael Reiter

Der BNC ist aus den niedergelassenen Chirurgen im BDC hervorgegangen, rief der BNC-Vorsitzende Jan Henniger in Nürnberg in Erinnerung. „Damals waren die Interessensunterschiede zwischen den Professoren – mit ihrer starken Stimme – und den Niedergelassenen noch deutlich größer als heute.“

Politik und Kostenträger

Es war daher in jenen Jahren sehr wichtig, dass sich die Kolleginnen und Kollegen organisierten, so Henniger weiter. Die ersten Selektivverträge wurden ausgehandelt, was das wirtschaftliche Überleben der Praxen ermöglichte; die Verbandskollegen beteiligten sich ferner an der Entwicklung des AOP-Katalogs. Viele niedergelassene Chirurgen waren vorher Oberärzte an Kliniken – und sollten plötzlich keine größeren Eingriffe mehr durchführen? „Ohne unser Engagement vor diesem Hintergrund würde wohl heute noch immer keine Hernie ambulant operiert werden.“

Der BNC ist ein Gesamtverband regionaler Akteure. Die bundeslandspezifischen Kriterien spielten immer eine Rolle – im Vergleich von Baden-Württemberg mit Hamburg ebenso wie von Bayern mit Thüringen. Mit dem Ziel einer gemeinsamen Stimme gründeten die Regionalverbände daher den „Verbändeverband“ BNC. Er nahm zunehmend Einfluss auf die Renovierung der Gesundheitsversorgung ... „unter dem Vorzeichen, dass das Potenzial des ambulanten Operierens enorm ist“.

Heute hat der BNC rund 1.000 Mitglieder. Um Nachwuchs zu generieren, stellt sich der Verband die zentrale Frage: Wie erreichen wir angestellte Kollegen für eine Mitgliedschaft zum Zeitpunkt, wenn sie sich niederlassen wollen? Alle ähnlichen Verbände stehen laut Henniger vor solchen Herausforderungen. Die Spezialisierung habe dazu geführt, dass es beispielsweise Unfallchirurgen/Orthopäden gebe, die nicht im BNC organisiert seien. „Die Allgemeinchirurgie ist nichtsdestotrotz zukunftsrobust. Unser Teil am Kuchen kann nur größer werden“, so der BNC-Vorsitzende.

Hürdenreiche Facharztausbildung

Universitäten sind für Niedergelassene schwer zu erreichen; für die Facharztausbildung sei jedoch eine Kooperation künftig unausweichlich. Was Gesundheitsberufler wie Physician Assistants (P.A.) betreffe, so stehe der BNC im Kontakt zu Verbänden für Kooperationen; sein Schwerpunkt liege jedoch weiterhin auf ärztlichen Akteuren, auch wenn Delegation immer mehr zum Thema werde. „Wir bilden ja zum Beispiel MFAs weiter. Teampraxen mit diesen kompetent ausgebildeten Gesundheitsberuflern sind die Zukunft; aber wir müssen Krankenkassen davon abhalten, aufgrund von Delegation die Erlöse zu reduzieren.“

Weitere Trends hinsichtlich des Nachwuchses bestünden darin, dass früher Einzelpraxen die Szene dominierten, während heute viel gemeinsam agiert werde; MVZs gewinnen an Anteilen, und manche Kliniken möchten im Kontext der Ambulantisierung näher mit Vertragsärzten zusammenrücken:

„Viele ANCs berichten von Initiativen der Krankenhäuser mit der Frage, wie man zusammen agieren könnte. Hier passt das Sprichwort: Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg.“

Das Belegarztsystem sei eines der besten, fuhr Henniger fort. Es sei gut durchstrukturiert – aber so gering bezahlt, dass es an Attraktivität verloren habe. Politik und KBV packen nur halbherzig dieses Thema an. Gibt es künftig Niedergelassene in der stationären Versorgung? „Die Not wird's richten.“

Wir müssen weiter Patientinnen und Patienten gut behandeln – um sie dreht sich alles. „Sie sind in der Zwickmühle im Rahmen der Reform.“ Henniger bei Jubiläums-Festabend optimistisch: „Bei allen (politisch getriebenen) Differenzen etwa mit Anästhesisten finden wir Behandler zusammen.“






medicalnetworks

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 Verifizierung 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

BNC BERUFSPOLITISCHER NACHMITTAG 2026

Berufspolitisches Update

Aussagen von der Session beim Bundeskongress

Auf den politischen Rahmenbedingungen lag der Schwerpunkt dieser Session beim Bundeskongress. Das besondere Augenmerk galt der primärarztzentrierten Versorgung. Regulieren, verzögern, verknappten – diese Konzepte werden von der Politik als Effizienzkonzepte verkauft, sie dienen jedoch finanziellen Zielen. Der Fokus liege auf der Kostenbremse, so Stimmen bei der Podiumsdiskussion.

Die Diskrepanz Mathematik – Politik

Die Versorgung wird im demographischen Wandel nicht funktionieren ohne mehr Steuerung, kommentierte Ulrich Langenberg. „Wir haben zu wenig Koordination.“ Der Neuansatz der primärarztzentrierten Versorgung bedeute auch mehr Verbindlichkeit für Hausärzte, fuhr der Geschäftsführende Arzt der Bundesärztekammer fort. Im Rahmen der Ersteinschätzung erhielten sie eine wichtige Rolle; die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen sei nicht zu vermeiden – Delegieren müsse Realität werden. Die Digitalisierung sei ebenfalls notwendig. Können Hausärzte die designierte Rolle in der Primärversorgung überhaupt übernehmen? Wo stehen die Chirurgen in diesem Konstrukt?

Bei den Wahlkampfthemen komme Gesundheit immer viel zu kurz, unterstrich Jochen Haußmann. Das Thema erhalte niedrige Relevanz bei den Entscheidungen, bedauerte der Landtagsabgeordnete (FDP/DVP). Und: Die Demographie betreffe auch das Fachpersonal; so seien in Baden-Württemberg 1.000 Hausarztsitze nicht belegt. Haußmann stellte ebenfalls die Frage, ob Hausärzte denn die potenzielle neue Aufgabe stemmen könnten. Die Bevölkerung werde vor dem Hintergrund der Engpässe nicht verstehen, dass diese Ärztesgruppe diese Rolle übernehmen soll.

„Wir brauchen weitere Gesundheitsberufe für die Entlastung der Ärzte, und die Landespolitik muss die Schnittstelle ambulant-stationär voranbringen.“

Niedergelassene sollten mitentscheiden

Haußmann brachte ein, die Reformierung der Struktur der klinischen Versorgung habe auch Auswirkungen auf den ambulanten Bereich. Freie Ärzte sollten in Entscheidungen einbezogen werden, um die Umsetzung der Krankenhausreform zum Erfolg zu führen, so Stimmen aus dem Plenum. Im Übrigen seien Chirurgen bestens ausgestattet für die Rolle als Primärversorger: „Wir können mehr, als wir derzeit tun.“

Kann der baden-württembergische Ansatz der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) als Blaupause für eine bundesweite Primärversorgung dienen? Gefordert seien jedenfalls „mehr Koordination, Kooperation und Kommunikation“, stellte Jürgen Graf, Projektleiter HZV bei der AOK Baden-Württemberg, fest. „Wir haben viel getan, um dieses System zu stärken – zum Beispiel bei der Wertschätzung der MFA.“ Der Erfolg des Modells erweise sich als schwarze Null, weil weniger Hospitalisierungen und geringerer Arzneimittelverbrauch daraus resultierten. Also: „Nachahmen ja – aber den Aufwand und Invest mitdenken!“ Das Honorarsystem müsse für den Ansatz angepackt werden.

HZV als Modell?

Schon 2008 seien Defizite bei Facharztterminen zu erkennen gewesen, merkte Dr. Norbert Smetak von Medi Baden und Medi Geno an. Vollversorgungsverträge mit Qualitätskriterien außerhalb der KV hätten zu schnelleren Terminen geführt; die Evaluation habe Zufriedenheit bei Patienten, Ärzten und Kassen belegt. Neuerungen seien rascher ins System gelangt; die Facharztstruktur habe man angeflanscht. All dies sei freiwillig geschehen, Zwang habe fragliche Effekte, so Smetak.

Dr. Wolfgang Miller von der Landesärztekammer BW zeigte sich als überzeugter Teilnehmer. Es hätten sich nicht weniger Fälle für Fachärzte ergeben; „der grundversorgende Facharzt muss bleiben – aber nicht als Primärversorger.“

Nicht weniger Fälle für Fachärzte

Der Orthopäde Dr. Theodor Klotz sieht die Hausarztzentrierung als zusätzliche Schleife ohne Kostenvorteile. Ohnehin gebe es im ambulanten Sektor kein Kostenproblem. Das Ganze sei ein „politisches Ablenkungsmanöver“. Die unbudgetierten Hausärzte hätten ferner Interesse, für mehr Patienten Überweisungen auszustellen.

Nötig sei die „konsensuale Kooperation der Disziplinen“, forderte der BDC-Vizepräsident Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg. Bei dem Primärarzt-Ansatz handle es sich um den „Versuch der Politik, ein in sich unlösbares Problem auf die Stakeholder abzuwälzen“. Der Wirtschaftsstandort erhalte Vorrang gegenüber dem Sozialstaat. Und: „Niemand in der Politik wird es jemals im Wahlkampf riskieren, den Patienten anzudrohen, dass sie einen Leistungsanspruch verlieren. Beteiligt die Patienten!“

Die Versuche einer Verbesserung der Zusammenarbeit von Chirurgen mit Hausärzten wird durch Kassen und weitere Akteure unterbunden, betonte der BNC-Vorsitzende Jan Henniger. Wo ist unser Platz im neuen System, fragte auch er. Wenn Krankenhäuser mehr Fälle an Fachärzte weitergeben, die aber budgetiert sind ... Wie soll das funktionieren? Wenn Patienten besser vorselektiert an Fachärzte überwiesen würden, erzeuge das dort mehr Aufwand – und erfordere mehr Einnahmen für die Fachärzte. Alles sei von oben herab diktiert und funktioniere im Alltag nicht – so die Botschaft an die Politik.

Autor: Michael Reiter



**Berufspolitischer Nachmittag
beim Bundeskongress:**
Neue Ansätze werden von oben
herab diktiert und funktionieren
im Alltag nicht – so die Kern-
botschaft der Panelrunde.



WIR FAHREN NACH BERLIN, ZUM BAO-SYMPOSIUM UND NARKA VOM 9.–11. OKTOBER 2026



Autor: Roberto Gastello

Hier begegnet uns das A & O im BAO

Alles rund um das ambulante Operieren und Anästhesieren

- Interdisziplinärer fachlicher Austausch und Rat von OP-Bau und Hygieneanforderungen über Prozessorganisation, interprofessionelle Zusammenarbeit, Ambulantisierungskriterien und präoperative Risikoevaluation
- Interessenvertretung durch jahrzehntelange berufspolitische Erfahrung und überregionale Kontakte in Fach-, Berufsverbänden, Ärztenetzen und die Mitgliedschaft im Spitzenverband der Fachärzte
- Aktuelles zu juristischen Themen (Sozial-, Vertragsarzt- und Haftungsrecht) sowie Hilfestellung bei Verhandlungs- und Abrechnungsfragen (EBM, Direktverträge, H-DRG und GOÄ)



Für Informationen zur
Mitgliedschaft im BAO
besuchen Sie uns in Berlin
oder auf unserer Website –
wir freuen uns auf Sie!



GUT ZU WISSEN

Endometriose: Strukturierte Datenerfassung als Schlüssel zur effizienten Zertifizierung

Strukturierte Dokumentation ist Voraussetzung und Herausforderung zugleich für zertifizierte Endometriosezentren. Der EndoTracer der Vilendo GmbH ermöglicht eine zeitsparende Digitalisierung von Anamnese, ärztlicher Dokumentation und Katamnese – und versetzt Kliniken gleichzeitig in die Lage, ihre eigenen Behandlungserfolge messbar zu machen, Benchmarks zu nutzen und die Zertifizierung deutlich effizienter zu gestalten.



*Sie möchten mehr erfahren?
Dann finden Sie hier den vollständigen Artikel zum Thema*



EIN KIND. EINE OPERATION. EIN NEUES LEBEN.

Seit fast 60 Jahren ermöglicht das Friedensdorf International Kindern aus Kriegs- und Krisengebieten lebensverändernde Behandlungen.

Interview mit Caroline Backes

Frage 1: *Das Friedensdorf International engagiert sich für Kinder aus Kriegs- und Krisengebieten. Was ist heute – fast 60 Jahre später – der Kern Ihrer Arbeit?*

Wir sind eine Kinderhilfsorganisation und leisten seit 1967 medizinische Einzelfallhilfe. Das bedeutet ganz konkret: Wir suchen Krankenhäuser in Deutschland, die Kinder aus Kriegs- und Krisengebieten behandeln können, wenn eine Behandlung im Herkunftsland nicht möglich ist. Wir bringen die Kinder nach Deutschland, organisieren die medizinische Behandlung und nach erfolgreicher Therapie kehren sie wieder zurück zu ihren Familien.

Der Großteil unserer Kinder kommt aktuell aus Afghanistan und Angola. Während sie nicht im Krankenhaus sind, leben sie im Friedensdorf. Dort betreuen wir rund 200 Kinder gleichzeitig. Sie wohnen, lernen und erholen sich bei uns zwischen den einzelnen Behandlungsschritten. Unsere Arbeit ist über Jahrzehnte gewachsen.

Ursprünglich entstand sie aus einer Bürgerinitiative im Kontext des Vietnamkriegs. Heute tragen drei Säulen unsere Organisation: die medizinische Einzelfallhilfe, die Projektarbeit in den Herkunftsländern und unsere friedenspädagogische Bildungsarbeit hier in Deutschland.

Frage 2: *Mit welchen (chirurgischen) Krankheitsbildern kommen diese Kinder nach Deutschland?*

Die Kinder haben beispielsweise Erkrankungen wie Osteomyelitis. Daneben behandeln wir viele orthopädische Fehlstellungen sowie urologische und anorektale Fehlbildungen, zum Beispiel Analatresien oder Morbus Hirschsprung. Ein weiterer Schwerpunkt sind schwere Verbrennungsfolgen mit ausgeprägten Narbenkontrakturen, die plastisch-rekonstruktiv versorgt werden müssen. Wenn wir es grob einordnen, entfallen etwa 60 Prozent unserer Fälle auf Unfallchirurgie, Kindertraumatologie und Orthopädie, rund 40 Prozent auf Kinderchirurgie und plastische Chirurgie.

Frage 3: *Wie läuft die medizinische Kooperation mit deutschen Kliniken konkret ab?*

Wir holen keine akuten Notfälle. Stattdessen führen wir in der Regel zwei Transporte pro Jahr durch. Unser Einsatzteam reist in die Herkunftsländer, dort stellen Familien ihre Kinder vor. Gemeinsam mit unseren Partnern vor Ort entscheiden wir anhand klarer Kriterien, welche Kinder wir mitnehmen können. Sobald wir erste Fotos, Röntgenbilder und Befunde haben, kontaktieren wir unsere Partnerkliniken in Deutschland.

Wir senden die Falldaten und klären, ob eine Behandlung möglich ist.

Nach der Ankunft kommen die Kinder zunächst ins Friedensdorf. Dort führen wir umfassende Eingangsuntersuchungen durch: Labor, Abstriche, Screening auf Infektionen. Danach verteilen wir die Kinder auf die Kliniken. Wir begleiten sie zur Aufnahme und stehen als Ansprechpartner zur Verfügung. Nach Abschluss der Krankenhausbehandlung kehren die Kinder ins Friedensdorf zurück. Dort organisieren wir Physiotherapie, Verbandskontrollen und Abschlussuntersuchungen. Vor der Rückreise besprechen wir mit den Familien, worauf sie achten müssen. Bei bestimmten Diagnosen wie Osteomyelitis kann der Verlauf schwer vorhersehbar sein; deshalb kann es vorkommen, dass Kinder erneut kommen müssen. Auch nach der Rückkehr versorgen wir die Kinder bei Bedarf lebenslanglich mit Hilfsmitteln wie z. B. Orthesen, Medikamenten oder Stomabeuteln.

Frage 4: *Wo sehen Sie konkrete Anknüpfungspunkte für niedergelassene Chirurgen und Chirurgen an Ihre Arbeit?*

Bisher arbeiten wir vor allem mit Kliniken zusammen. Gleichzeitig sehen wir im ambulanten Bereich durchaus Möglichkeiten.

Im Friedensdorf betreiben wir ein eigenes Medizinzentrum mit OP. Dort führen wir kleinere Eingriffe durch und versorgen die Kinder zwischen ihren Krankenhausaufenthalten. Wir brauchen regelmäßig ehrenamtliche Unterstützung, etwa bei Verbandskontrollen oder ambulanten Eingriffen.

Wer sich engagieren möchte, muss nicht ins Ausland reisen. Die Kinder sind hier. Wir stellen bei Bedarf sogar Unterkunft im Friedensdorf zur Verfügung. Darüber hinaus können niedergelassene Kolleginnen und Kollegen uns über ihr Netzwerk unterstützen. Oft macht es einen großen Unterschied, ob wir eine Klinik direkt ansprechen oder ob ein Kollege/eine Kollegin mit persönlichem Kontakt eine Tür öffnet. Und selbst wenn ein Krankenhaus nur ein einziges Kind pro Jahr behandelt, ist das für uns ein großer Erfolg.

Und natürlich sind wir immer auch auf Sachspenden angewiesen. Wer etwa Verbandsmaterial oder medizinische Verbrauchsgüter aus Praxen hat, die noch ausreichend haltbar sind, kann diese gerne an uns abgeben.

Frage 5: Wie werden Auswahlentscheidungen medizinisch und ethisch verantwortungsvoll getroffen?

Wir nehmen nur Kinder auf, deren Familien sich eine Behandlung im Heimatland nicht leisten können. Die soziale Indikation ist für uns zwingend. Gleichzeitig prüfen wir sehr genau, ob wir realistische Behandlungsaussichten haben. Wir wissen, was unsere Partnerkliniken leisten können, und entscheiden verantwortungsvoll. Deshalb nehmen wir zum Beispiel keine onkologischen Fälle mit sehr ungünstiger Prognose auf.

Und es gibt eine Altersgrenze: in der Regel zwischen zwei und etwa 13 Jahren. Die Kinder reisen ohne ihre Eltern. Wir achten außerdem auf ein ausgewogenes Verhältnis von Mädchen und Jungen.

Da sich bei unseren Einsätzen sehr, sehr viele Familien vorstellen, arbeiten wir mit Priorisierung und Wiedervorstellungen. Medizinische Dringlichkeit spielt dabei ebenfalls eine wichtige Rolle.

Frage 6: Welche Projektarbeit gibt es vor Ort und wie könnte chirurgische Expertise dort einfließen?

Neben der Einzelfallhilfe engagieren wir uns in verschiedenen Projekten vor Ort. In Afghanistan unterstützen wir beispielsweise mobile medizinische Strukturen, etwa durch eine mobile Krankenstation. Auch in Angola und anderen Ländern fördern wir medizinische Einrichtungen. Unser Ziel ist es, Strukturen zu stärken und Hilfe zur Selbsthilfe zu ermöglichen. Für die Transporte brauchen wir regelmäßig Ärztinnen und Ärzte, die uns begleiten und medizinische Verantwortung übernehmen. Den langfristigen Aufbau organisieren wir gemeinsam mit lokalen Partnern.

Frage 7: Was erschwert Ihre Arbeit aktuell am stärksten?

In Deutschland erschwert uns vor allem die aktuelle Situation der Krankenhäuser die Arbeit. Kinderstationen schließen, Personal fehlt, Budgets sind angespannt. Selbst langjährige Partnerkliniken müssen uns inzwischen absagen, weil sie die zusätzliche Versorgung organisatorisch oder personell nicht mehr leisten können. Die Unsicherheiten rund um die Krankenhausreform verstärken diese Zurückhaltung.

In unseren Einsatzländern haben wir eine grundsätzliche politische Instabilität und wir beobachten, dass viele Kinder in immer schlechterem Allgemeinzustand ankommen als früher: unterernährt, ohne adäquate medikamentöse Versorgung, oft ohne ausreichende Wundbehandlung.

Frage 8: Warum war und ist die Beteiligung von Friedensdorf International am Bundeskongress Chirurgie wichtig?

Kongresse bieten uns die Möglichkeit, direkt mit Ärztinnen und Ärzten ins Gespräch zu kommen. Dort haben Kolleginnen und Kollegen mehr Zeit als im Klinikalltag. Außerdem bieten sie die Gelegenheit, unsere Bekanntheit zu steigern und perspektivisch neue Krankenhäuser zu gewinnen.

Der Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg ist für uns sehr interessant, weil dort Themenfelder wie Kindertraumatologie, Kinderchirurgie und Kinderurologie präsent sind, und genau diese Disziplinen in der Versorgung der Kinder häufig gebraucht werden.

Wenn wir persönlich erklären können, was wir tun, und wenn Kolleginnen und Kollegen hören, dass andere Häuser bereits mit uns arbeiten, entsteht Vertrauen. Schon zwei neue Krankenhauszusagen sind für uns ein großer Gewinn. Deshalb war unsere Teilnahme am Bundeskongress für uns sehr wertvoll und wir werden sehr gerne im nächsten Jahr wieder mit dabei sein.

Frage 9: Welche konkrete Botschaft geht an niedergelassene Chirurgeninnen und Chirurgen – wie kann man mit überschaubarem Aufwand helfen?

Viele Ärztinnen und Ärzte haben ihren Beruf aus humanitären Motiven gewählt. Bei uns können sie diesen Kern ihres Berufs unmittelbar erleben. Wir behandeln Kinder mit Erkrankungen, die man hier kaum noch sieht, fortgeschrittene Osteomyelitis, schwere Verbrennungsfolgen oder komplexe Fehlbildungen. Das ist fachlich anspruchsvoll und zugleich zutiefst sinnstiftend.

Man muss nicht ins Ausland reisen, um medizinisch zu helfen. Die Kinder sind hier. Wer Zeit investieren möchte, kann sich im Friedensdorf engagieren, etwa bei Kontrollen oder im Rahmen kleinerer Eingriffe im Medizinzentrum. Wer das nicht leisten kann und will, kann uns durch Spenden oder durch sein Netzwerk unterstützen.

Und manchmal genügt ein einziger Impuls: ein Kontakt, ein Gespräch mit einer Klinik, ein Kind pro Jahr. Für uns macht das einen realen Unterschied.

Bei Interesse an einer Mitarbeit beim Friedensdorf oder bei Fragen wenden Sie sich bitte an Frau Rossi unter: **berlin@friedensdorf.de**



Caroline Backes

Pressestelle BNC e. V.
Mail: presse@bncev.de
Mobil: 0177 834 6269

www.bncev.de

WAS HAT DER BNC MIT DEM ERHALT DES FACHARZTES FÜR ALLGEMEINCHIRURGIE ZU TUN?

Ein historischer Abriss

BEITRAG VON MICHAEL WALDECK UND DR. CHRISTOPH SCHÜÜRMAN



Michael Waldeck



Dr. Christoph Schüürmann

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts kam es zu einem enormen Wissenszuwachs in den Naturwissenschaften und der Medizin. Dadurch bildete sich eine zunehmende Ausdifferenzierung und Spezialisierung von medizinischen Teilfächern heraus. Patienten suchten daraufhin zunehmend an den Allgemeinmediziner/Vollärzten vorbei direkt den Spezialisten auf. Das wiederum führte zu Konflikten zwischen Vollärzten und „Spezialisten“, zwischen freien Praktikern und Krankenhausärzten, zwischen Ärzten in Städten und auf dem Land. Der praktische Arzt und Hausarzt wurde immer mehr an den Rand gedrängt. Erstaunlich, dass sich diese Probleme wie ein roter Faden bis in unsere heutige Zeit fortgesetzt haben. Ab den 1860er Jahren bildeten sich in Deutschland bzw. seinen Bundesstaaten zunehmend ärztliche Standesvertretungen aus, die zunächst nur sehr eingeschränkte Kompetenzen und Mitspracherechte gegenüber den Landesregierungen hatten, zunehmend aber Selbstverwaltungsrechte einforderten. Seit dem 1. Deutschen Ärztetag (DÄT) 1873 in Wiesbaden wurde versucht, diese Konflikte zwischen Allgemeinärzten und Spezialisten in Facharztordnungen zu regeln. Im Jahr 1924 wurde auf dem 43. Deutschen Ärztetag in Bremen die „Bremer Richtlinie“ als erste deutsche Facharztordnung – die Vorgängerin der heutigen Weiterbildungsordnung (WBO) – beschlossen. Der praktische Arzt sollte wieder aufgewertet werden. Hingegen musste sich der Spezialist mit Nachweis eines mehrjährigen Sonderstudiums nach Prüfung durch einen ärztlichen Ausschuss

auf sein Fachgebiet beschränken und durfte keinerlei hausärztliche Tätigkeit ausführen. Aber auch innerhalb der Chirurgie gab es Spezialisierungen, wohl schon mit dem Trend weg vom (Allgemein-)Chirurgen, hin zum chirurgischen Spezialisten. 1987 schreibt Prof. H. J. Sewering im Deutschen Ärzteblatt (1) in einem hochinteressanten Beitrag zur Geschichte der WBO: ‚Von den „Bremer Richtlinien zur Weiterbildungsordnung“:

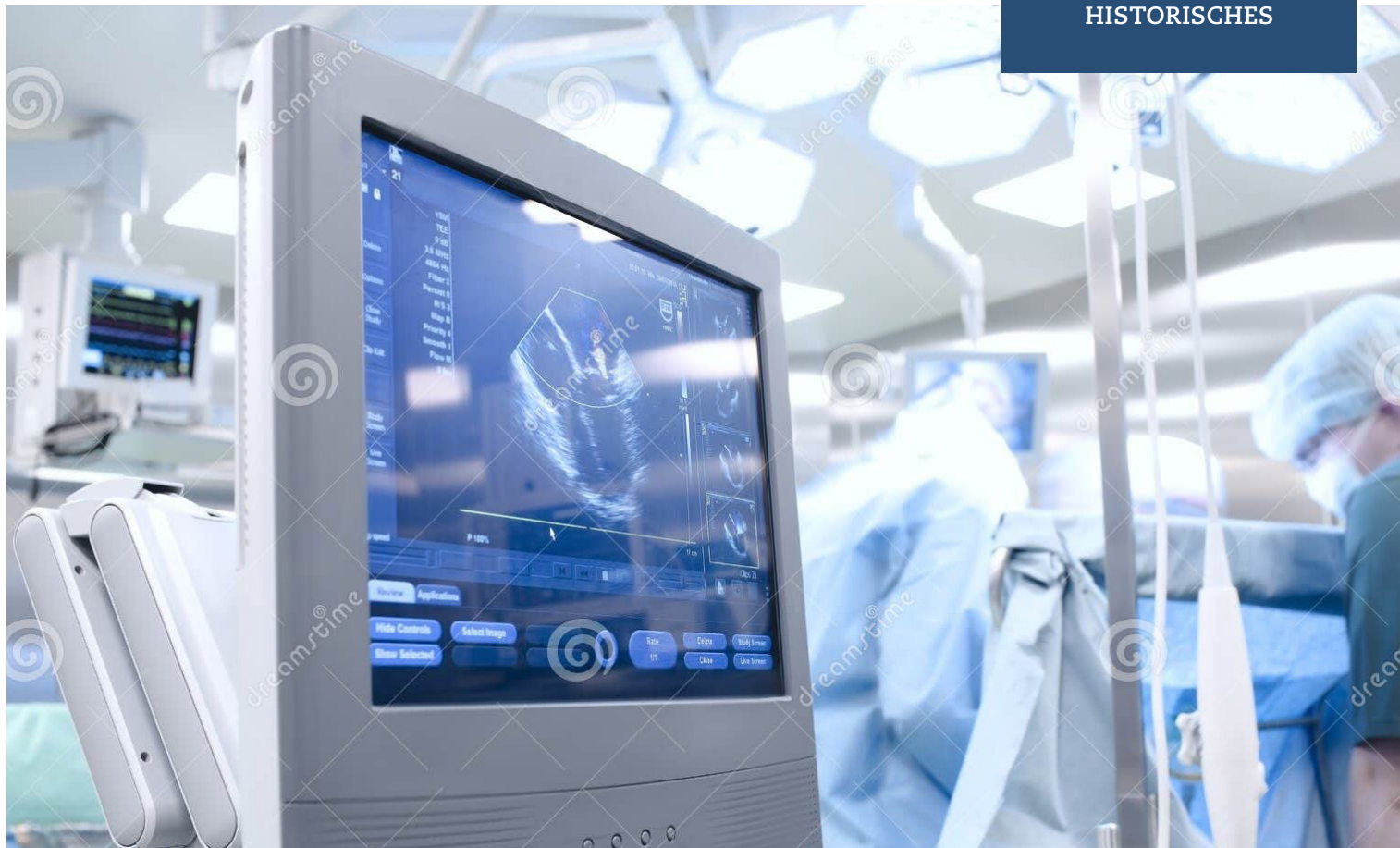
In einer Vorausschau auf den Bremer Ärztetag schreibt ein Kollege, der seinen Artikel nicht namentlich gezeichnet, sondern damals sehr häufig als „*medicus rusticus*“ geschrieben hat:

„Noch einen bedenklichen Zug der heutigen Zeit müssen wir auch in der Facharztfrage feststellen. Es ist dies die Neigung zur immer weitergehenden Zersplitterung in alle möglichen Miniaturfächer. Diese ergibt zwar gewiß auf dem engen Gebiet eine gewaltige Steigerung der Leistung, erzeugt aber ein röhrenförmig eingegengtes Gesichtsfeld. Hier muß zum Wohle des Ganzen unbedingt gebremst werden, sonst führt diese Entwicklung zum Ruin wirklich wissenschaftlichen Denkens. Das Ziel der Ausbildung, ihr höchstes Ideal hat der Vollarzt zu bleiben, die allseitig geschulte und harmonisch entwickelte wissenschaftliche Persönlichkeit. Von den heutigen Facharztgruppen (damals 1924) nähert sich diesem Ideal am meisten der Chirurg, denn er ist Vollarzt im wahrsten Sinne des Wortes. Sein Objekt ist der ganze Mensch, nicht nur ein Organsystem. Facharzt ist er nur insofern, als seine Methodik einer besonderen Ausbildung bedarf. Der beste Chirurg wird demgemäß auch stets der sein, der nicht bloß als Handwerker elegant zu operieren weiß, sondern der die Innere Medizin beherrscht und noch mehr mit dem Kopf als mit geschickten Händen arbeitet.“

Ein Vorkämpfer zum Erhalt des Facharztes für Allgemeinchirurgie, auch wenn das mit der Inneren Medizin wohl zu ambitioniert erscheint?

Auf dem 97. DÄT 1994 wurden intensiv die Folgen der zunehmenden Spezialisierung infolge der rasanten Wissenszunahme und der daraus resultierenden Zersplitterung in immer mehr Fachgebiete diskutiert (2). Diese Diskussionen um die Frage, ob der Generalist aufgegeben werden solle zu Gunsten des Spezialisten, setzte sich in den Folgejahren fort. Es begann damit, dass auf dem 105. DÄT 2002 die Bundesärztekammer (BÄK) ein Konzept vorlegte, dass der Facharzt für Innere Medizin abgelöst werden und in einen „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ bzw. „Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung“ überführt werden sollte. Die Ärztetage 2003 und 2007 bestätigten dann allerdings den Erhalt des Facharztes für Innere Medizin als Generalist.

Diese Bestrebung, weg vom Generalisten und hin zum Spezialisten, traf in der Folge auch den Facharzt für Allgemeinchirurgie. Die Fachgesellschaften, vor allem die Ordinarien der Kliniken, wollten eine Trennung der Facharztkompetenzen. Sie waren der Meinung, es könne nicht angehen, dass ein FA für Allgemeinchirurgie an einem Tag Osteosynthesen und Hüften operiert, am nächsten Tag dann Strumen und am dritten Tag anspruchsvolle viszeralchirurgische Eingriffe durchführen dürfe. Sie verkannten die Wirklichkeit, dass ein, meist niedergelassener, Allgemeinchirurg neben der konservativen und Basischirurgie sich immer ein überschaubares Spezialgebiet aussucht, z. B. Gelenkchirurgie, oder als Belegarzt viszeralchirurgische Eingriffe durchführt oder auch als Fußchirurg unterwegs ist. Außerdem hatten sie nicht bedacht, dass mit Abschaffung des chirurgischen Generalisten die Versorgung der Bevölkerung, vor allem in ländlicheren Regionen, nicht mehr gewährleistet sein würde. Weiterhin wurde nicht beachtet, dass nach einer solchen Aufsplitterung die Klinikambulanzen mit einem „Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie“ und einem „Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie“ besetzt werden müssten.



Dies wurde auf dem 113. DÄT 2010 erkannt und durch zahlreiche Kollegen aus Westfalen-Lippe wurde folgender Antrag eingebracht (3): *„Der Facharzt für Allgemeinchirurgie bleibt, wie in der Ständigen Konferenz Weiterbildung beschlossen, in der (Muster-)Weiterbildungsordnung erhalten. Die traumato-logische Kompetenz dieses Facharztes ist zu stärken und an die Anforderungen der Notfall- und Grundversorgung anzupassen.“*

Begründung:

Von den Fachgesellschaften der Viszeralchirurgen einerseits sowie Orthopäden und Unfallchirurgen andererseits wird eine vollständige Trennung der beiden Facharzt Kompetenzen gefordert. Begründet wird dies damit, dass an nahezu allen Krankenhäusern sowohl ein Facharzt für Unfallchirurgie bzw. Orthopädie und Unfallchirurgie sowie ein Facharzt für Viszeralchirurgie tätig sei. Eine Aufteilung sei dadurch bereits vollzogen, die (Muster-)Weiterbildungsordnung solle den Status quo nachvollziehen. Diese Betrachtung ist zu oberflächlich, wie eine genauere Analyse am Beispiel der Daten aus Westfalen-Lippe zeigt ...“

Dennoch lief die Diskussion zur Trennung der Facharzt Kompetenzen in der Chirurgie im Hintergrund weiter.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 in Nürnberg beauftragte die BÄK, eine kompetenzbasierte Novellierung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) vorzunehmen. Dazu wurden die Fachgesellschaften und Berufsverbände zur Mitarbeit eingeladen. Ab 07/2013 wurde die „MWBO Version 1“ zwischen den Landesärztekammern (LÄK) und der BÄK abgestimmt. Mit der neuen MWBO sollte sich dann der Ärztetag 2015 (ggf. auch erst 2016) befassen.

Im Chirurgen Magazin 4.2014 (4) erschien ein Interview mit BDC-Präsident Prof. Bruch zur kommenden MWBO-Novellierung, in dem dieser der Spezialisierung das Wort redete. Gegen diesen Angriff schrieb Dr. Christoph Schüürmann im gleichen Heft einen deutlichen Gegenkommentar.

Im Jahre 2014 fand in Bad Vilbel die jährliche Mitgliederversammlung des BNC statt. Damals wurde Dr. Christoph Schüürmann zum Nachfolger von Dr. Dieter Haack gewählt. Im Rahmen der Übergabe berichtete Dieter Haack, dass die Weiterbildungskommission der BÄK die Trennung der Facharzt Kompetenzen beschlossen habe, es solle künftig nur noch einen „FA für Allgemein- und Viszeralchirurgie“ und einen „FA für Orthopädie und Unfallchirurgie“ geben. Es bestand die Gefahr, dass Dr. Christoph Schüürmann als neuer Vorsitzender dann den BNC hätte

abwickeln müssen. Michael Waldeck, Nachfolger von Dr. Christoph Schüürmann im HCV, stellte als Mitglied der Delegiertenversammlung der LÄK Hessen auf der 3. ordentlichen Delegiertenversammlung am 15.03.2015 dann folgenden Antrag, der das Präsidium aufforderte, alle möglichen Schritte zu unternehmen, die durch den Beschluss der Weiterbildungskommission (WBK) der BÄK geplante Abschaffung des Facharztes für Allgemeinchirurgie zu verhindern. Der Antrag wurde einstimmig angenommen und umgehend an BÄK und die Weiterbildungskommission der BÄK weitergeleitet.

Auf dem 118. Deutschen Ärztetag in Frankfurt im Mai 2015 hat Michael Waldeck dann folgenden Antrag gestellt (5): „Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 möge beschließen, den Facharzt für Allgemeinchirurgie für die flächendeckende Versorgung sowohl in der Niederlassung wie auch in den Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung unbedingt zu erhalten.“ Dieser Antrag wurde als Vorstandsüberweisung beschlossen. Dadurch wurde ein Beschluss bzgl. der Abschaffung des FA für Allgemeinchirurgie zunächst verhindert. Zum Ärgernis des damaligen Vorsitzenden der Weiterbildungskommission Dr. Franz Bartmann (so wurde mir jedenfalls berichtet) musste das Thema in der WBK der BÄK neu verhandelt werden.



Im gleichen Jahr gab es ein erstes gemeinsames Brainstorming-Wochenende zwischen BNC und BDC in Hannover. Auch dort wurde das Thema diskutiert, wobei sich verschiedene Vertreter des BDC als Befürworter der Kompetenztrennung zeigten. Dies hat sich später glücklicherweise teilweise geändert.

Parallel zu dem o. g. „technischen“ Verlauf hat in dieser Zeit Dr. Christoph Schüürmann während seiner zahlreichen berufspolitischen Aufenthalte in Berlin auf allen möglichen Ebenen mit zahlreichen Kolleginnen und Kollegen unermüdlich für den Erhalt des FA für Allgemeinchirurgie argumentiert und gekämpft. Mir sind einige, teils üble Kommentare und Meinungen von Abschaffungsbefürwortern bekannt, denen sich Dr. Christoph Schüürmann deutlich entgegengestellt hat.

Bei der wichtigen Abstimmung in der Weiterbildungskommission der Fachgesellschaften und Berufsverbände, in der sich der

BNC zunächst enthalten hatte, verhinderte Dr. Christoph Schüürmann durch seine Gegenstimme die geplante einstimmige Zustimmung zur Abschaffung des Allgemeinchirurgen, was seitens verschiedener Pro-Akteure zu persönlichen Beschimpfungen teils weit unter der Gürtellinie führte.

Er hat sich weiterhin ganz erheblich in die Diskussion um die künftigen Inhalte der Facharztkompetenz Allgemeinchirurgie eingebracht und die aktuell gültige Version entscheidend mitgestaltet. Er hat sicherlich viele von der Notwendigkeit des Erhalts des Allgemeinchirurgen überzeugt.

Auch mit großem Engagement haben sich Prof. Smektala (LÄK Westfalen-Lippe) mit Rat und Tat für den Erhalt des Allgemeinchirurgen eingesetzt sowie Prof. Michael Oberst vom Verein „Generalisten der Chirurgie e.V.“. Sie beide haben Dr. Schüürmann stets unterstützt, was sehr geholfen hat.

Auf dem 120. Deutschen Ärztetag 2017 (6) in Freiburg wurde das Thema Erhalt vs. Abschaffung intensiv diskutiert und dann unter Federführung von Prof. Smektala (Westfalen-Lippe) der Antrag gestellt (7): „Auf Antrag von Dr. Joachim Dehnst, Dr. Gisbert Voigt, Dr. Wolf Andreas Fach, Dr. Theodor Windhorst, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Hans-Ulrich Schröder, Prof. Dr. Rüdiger Smektala, Dr. Bernhard Bedorf und Dr. Günther Matheis (Drucksache VII - 24) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017: Die Facharztkompetenz ‚Allgemeinchirurgie‘ soll erhalten bleiben, die inhaltliche Kompetenz soll präzisiert und verbessert werden.“ Es folgte eine sehr ausführliche Begründung.

Die meisten der Antragsteller waren die gleichen des Antrages von 2010. Dieser Antrag wurde vom Ärztetag mehrheitlich angenommen und damit der Erhalt des FA für Allgemeinchirurgie für die Zukunft gesichert.

Entscheidend wird sein, diese Facharztkompetenz künftig in Klinik und Niederlassung mit Leben zu erfüllen. Alle zur Weiterbildung Ermächtigten sind aufgerufen, auch wenn sie immer noch eine kritische Haltung einnehmen, diese Entscheidung des 120. Deutschen Ärztetages 2017 fair zu akzeptieren und den jungen Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit zu geben, den sehr verantwortungsvollen Weg zum Facharzt für Allgemeinchirurgie zu gehen.

Quellen:

- (1) Dt. Ärzteblatt 84;1987; 36; A2299-2306
- (2) https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/Gesundheitspolitisches_Programm_der_deutschen_Aerzteschaft.pdf
- (3) https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Chirurgen_Magazin_4.2014_Heft_70_Seite_10-12
- (4) Chirurgen Magazin 4.2014, Heft 70, Seite 10–12
- (5) https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/118_DAET/118DAETBeschlussprotokoll20150515.pdf
- (6) <https://www.aerzteblatt.de/archiv/muster-weiterbildungsordnung-novellierung-nimmt-vorletzte-huerde-edcab33a-0e95-4b2a-b152-fe814b0fc78b>
- (7) https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/Beschlussprotokoll_120_DAET.pdf



Ecclesia Gruppe

– Ihr starker Partner für Versicherung und
Risikoberatung

Die Ecclesia Gruppe ist spezialisierter Versicherungsmakler für Unternehmen in der ambulanten bzw. intersektoralen Gesundheitsversorgung. Sie gestaltet schnittstellenfreien Versicherungsschutz für die ärztliche Tätigkeit in sämtlichen Kooperationsformen. Die Ecclesia Gruppe 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 mandatierter Interessenvertreter für den betrieblichen Versicherungsschutz bringen die Expertinnen und Experten der Ecclesia Gruppe 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 die Ecclesia Gruppe 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 die Ecclesia Gruppe 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 Gruppe 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.



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



Argon Jetplasma: Bewährte Wirksamkeit, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit

- Signifikante Beschleunigung der Wundheilung bei chronischen Wunden
- 59 % geschlossene Wunden vs. 5% best practice
- Mehr als 500.000 klinische Anwendungen
- 52 % weniger Kosten (Material & Zeit) vs. best practice




neoplas med
ADVANCED COLD PLASMA THERAPY

Argon Plasmajet kINPen® MED
Jetzt Teststellung anfragen



www.neoplas-med.eu