

CHIRURGENMAGAZIN

BAO Depesche



BAO Bundesverband für
Ambulantes Operieren e.V.

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



Wundbehandlung

Mobilität und Alltagskompetenz erhalten beim Diabetischen Fußsyndrom

Hygieneauflagen

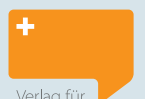
Gleichbehandlung von
ambulant und stationär darf
keine Einbahnstraße sein!

Gastbeitrag

Ambulantes Operieren: Effizienz
und Patientenkomfort im Zentrum des
modernen Gesundheitswesens

Nachhaltigkeit

Klimaschutz: „Nur auf den
Müll zu starren, ist eine viel
zu enge Perspektive!“



Verlag für
Medizinkommunikation



BNC

Nur gemeinsam sind wir stark!

Wir arbeiten für Sie:

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

Der BNC bietet seinen Mitgliedern:

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



Wir brauchen Ihre Solidarität und Ihre Stimme!

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

Ein Beitrittsformular finden Sie auf Seite 37.

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

Inhalt

Berufspolitik

Leitartikel BNC

Gemeinsam dem Lauterbach'schen Kampf gegen uns Niedergelassene trotzen

8

Leitartikel BAO

Wer vertritt hier eigentlich noch wessen Interessen im Gesundheitssystem?

11

Ambulante Operationen

Effizienz und Patientenkomfort im Zentrum des modernen Gesundheitswesens

14

Wundbehandlung

Das Management der Behandlung chronischer Wunden im Ärztenetz

16

Hygienemaßnahmen

Gleichbehandlung von ambulant und stationär darf keine Einbahnstraße sein!

18

Regional

Ansprechpartner

Kontakt zu den Geschäftsstellen und Regionalverbänden von BNC und BAO

20

Meldungen

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

21

Service

Aktuelles zum Arztrecht

Rückforderungen der PKV – Helfen Abtretungsverbote im Behandlungsvertrag?

24

Aktuelles zum Arztrecht

Irreführendes Siegel? Neues Urteil zu ‚FOCUS-Gesundheit‘ wirft Rechtsfragen auf

26

Abrechnung

Auszüge aus dem neuen Kompendium ‚Der Kommentar zu EBM und GOÄ‘, Teil 11

28

Praxisteam

Abbildung von Wundversorgung und -management im Praxis-QM

30

Medizin

Wundbehandlung

Mobilitätsorientierte Protektion beim Diabetischen Fuß

38

Wundbehandlung

Das große Ziel: Druckentlastung ohne Verlust der Alltagskompetenz

42

Proktologie

17. Symposium ‚Aktuelle Proktologie‘ des Proktologischen Zentrums Berlin

46

Nachhaltigkeit

„Nur auf den Müll zu starren, ist eine viel zu enge Perspektive“

50

Verschiedenes

Editorial

Krisenstimmung im ambulanten System

4

Impressum

Kontakt zu Herausgebern, Redaktion, Verlag, Grafik und Anzeigenabteilung

4

Nachrichten

Aktuelle Informationen aus Politik und Wissenschaft

5

Buchtipps

Aktuelle Neuerscheinungen für Chirurgen, Operateure und Anästhesisten

32

Termine

Kongresse, Seminare und Workshops für die fachärztliche Weiterbildung

34

Industrie

Nachrichten und Produktneuheiten unserer Partner aus der Industrie

36

Titelbild: iStockphoto.com/Michis-Fotos; Titelbildrecherche: Schelli

SC 5010 SEK Mobiler OP Stuhl

für

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



Kniehälter, elektrisch



Armtisch

Schulterzugang



Göpel Beinhalter



Schockposition



AKRUS GmbH & Co KG

Otto-Hahn-Str. 3 | 25337 Elmshorn

Phone: +49 4121 79 19 30

Fax +49 4121 79 19 39

info@akrus.de | www.akrus.de

Editorial

Krisenstimmung im ambulanten System

Liebe Leserinnen und liebe Leser,

seit über zwei Jahrzehnten tummele ich mich als Journalistin in der Szene ärztlicher Berufsverbände. Alarmistische Töne sind mir also durchaus vertraut. Warnende Stimmen, dass dieses oder jenes Gesetzesvorhaben der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung nun aber endgültig den Todesstoß versetzen wird, machen mich nicht nervös. Denn bislang ist das angekündigte Praxissterben jedes Mal ausgeblieben. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte klagen zwar – in meinen Augen übrigens völlig berechtigt – über unzureichende Honorierung, überbordende Bürokratie und fehlende Anerkennung durch die Politik. Letztlich aber streifen sie sich immer wieder den weißen Kittel über und widmen sich ihren Patientinnen und Patienten.

Doch so langsam mehren sich die Anzeichen, dass da mehr als eine latente Unzufriedenheit im System gärt. Nun, da die Corona-Pandemie überwunden ist und Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach sich in seinem Amt warmgelaufen hat, nehmen seine Gesetzesvorhaben Gestalt an. Was da durchsickert, gefällt Berufsverbänden und Fachgesellschaften nicht. Zurzeit vergeht kaum ein Tag, an dem nicht eine dieser Organisationen mit einer Pressemitteilung auf ein neues Positionspapier hinweist, das ihre aktuellen politischen Mahnungen und Forderungen umreißt. Der BNC ist hier übrigens keine Ausnahme (siehe Seite 10).

Und nun lädt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) – unterstützt u. a. vom Spitzenverband Fachärzte (SpiFA) – für den 18. August zur ‚Krisensitzung der deutschen Vertragsärzte- und Psychotherapeutenchaft‘ nach Berlin. An einen ähnlichen Aufruf kann ich mich in den vergangenen 20 Jahren nicht erinnern. Wir werden berichten, was beim Krisengipfel herauskommt!



Foto: Thiel

Antje Thiel

Redaktionsleitung

antje.thiel@vmk-online.de

Impressum: Chirurgen Magazin + BAO Depesche

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

Herausgeber und verantwortlich für den Inhalt:

Berufsverband Niedergelassener Chirurgen Deutschland e.V.
Dorfstraße 6 d, 22941 Jersbek
Telefon 04532 2687560
info@bncev.de, www.bncev.de

Bundesverband Ambulantes Operieren e.V. BAO
Joachim-Karnatz-Allee 7, 10557 Berlin
Telefon 030 31958413, Fax 030 22196057
buero@bao.berlin, www.operieren.de

Redaktionskollegium und wissenschaftlicher Beirat:

Jan Henniger, Frankfurt
Dr. Christian Deindl, Nürnberg
Dr. Frank Sinning, Nürnberg
Dr. Axel Neumann, München
Dr. Ralf Lippert, Bremen
Dr. Gerd-Dieter von Koschitzky, Walsrode
Jörg Karst, Berlin
Dr. Jörg Hennefründ, Oldenburg
Dr. Karsten Becker, Hannover
Dr. Horst Loch, Berlin
Dr. Ralf Lorenz, Berlin
Dr. Ernst Tabori, Freiburg
Jörg Hohmann, Hamburg
Dr. Ralf Grobböling, Berlin

Verlag, Anzeigen und Vertrieb:

VMK Verlag für Medizinkommunikation GmbH
Dachsweg 5, 25335 Elmshorn
Telefon 04121 2763634
info@vmk-online.de
www.vmk-online.de

Redaktionsleitung:

Antje Thiel
Telefon 04121 2763634
antje.thiel@vmk-online.de

Anzeigenleitung:

Verlagsbüro ID GmbH & Co. KG
Tel.: 0511 616595-0, Fax: 0511 616595-55
anzeigen@vmk-online.de

Grafik und Layout:

Stefan Behrendt
bbpm Mediendesign
In den Wetteren 2A
21423 Winsen (Luhe)
stefan.behrendt@bbpm.de

Druck:

Strube Druck & Medien OHG
Stimmerswiesen 3, 34587 Felsberg
Telefon 05662 9487-0, Fax 05662 9487-288
info@ploch-strube.de
www.ploch-strube.de

Haftung:

Verlag, wissenschaftlicher Beirat und Redaktion können trotz sorgfältiger Prüfung keine Haftung für die Richtigkeit der Veröffentlichung übernehmen. Mit Namen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Der Leser und Anwender ist verpflichtet, insbesondere Dosierungsangaben und Applikationsformen im Einzelfall selbst auf ihre Richtigkeit zu überprüfen.

Urheberrechte:

Alle in dieser Zeitschrift erscheinenden Beiträge sind urheberrechtlich geschützt und dürfen nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form vervielfältigt werden.

Manuskripte:

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

Verbreitete Auflage:

Die Zeitschrift Chirurgen Magazin + BAO Depesche wird in einer Auflage von 7.200 Exemplaren (3.2023) gedruckt und hat eine verbreitete Auflage von 7.106 (Druck) und 4.500 (ePaper) Exemplaren (3.2023). Entsprechende Nachweise sind bei der Redaktion erhältlich.

Erscheinungsweise: vier Ausgaben pro Jahr

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

Aktionsbündnis Patientensicherheit

BAO-Präsident und Kinderchirurg Dr. Christian Deindl jetzt im Vorstand vertreten

Im Rahmen der außerordentlichen Mitgliederversammlung des Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) Ende April 2023 wurde ein neuer Vorstand gewählt. Die bisherige Vorsitzende Dr. Ruth Hecker wurde mit deutlicher Mehrheit in ihrem Amt bestätigt. Sie hatte in den vergangenen drei Jahren die große Kampagne ‚Deutschland erkennt Sepsis‘ initiiert und verfolgt das Ziel, Sicherheitskultur im Gesundheitswesen zu prägen.

Ein Neuzugang im APS-Vorstand ist Dr. Christian Deindl. Der vormals in Nürnberg niedergelassene Kinderchirurg und Präsident des Bundesverbands Ambulantes Operieren (BAO) ist nun stellvertretender Vorsitzender und will sich im APS verstärkt den Themenschwerpunkten ambulante Patientenversorgung, sektorengleiche Qualitätssicherung und Implementierung von Patientensicherheit in der Aus-, Fort- und Weiterbildung widmen.

Weitere Vorstandsmitglieder sind Generalsekretär Joachim Maurice Mielert (Themenschwerpunkt Digitalisierung), Petra Blumenberg (Themenschwerpunkt Pflege), Dr. Peter Gausmann (Themenschwerpunkte klinisches Risikomanagement und sichere Medikation), Bernd



Foto: Deindl

Gruber (Themenschwerpunkte Hygiene im Gesundheitswesen und Pflege), Dr. Martin Kluxen (Themenschwerpunkt Einführung von Innovationen und neuen Methoden in das GKV-System), Philipp Rodenberg (Themenschwerpunkte Digitalisierung sowie Qualitäts- und Risikomanagement) und Prof. Dr. Stefan Schröder, MHBA (Themenschwerpunkt Erhöhung der Patientensicherheit auf Basis wissenschaftlicher Evaluierung).

Im Juni 2023 veröffentlichte das APS ein Positionspapier zu erforderlichen Strukturreformen im deutschen Gesundheitswesen. Eine der Botschaften des Papiers: Es ist falsch, den Weg in Richtung Ambulantisierung ausschließlich aus Gründen der Kostenersparnis zu beschreiten. „Jede Reform mit dem glaubhaften Ziel einer Verbesserung der Patientenversorgung erfordert zunächst kluge Investitionen für den notwendigen Strukturwandel. Diese Investitionskosten amortisieren sich ab Beginn der positiven Effekte“, heißt es darin unter anderem.

[Link zum vollständigen Positionspapier:](#)

www.aps-ev.de/Aktuelles/positionspapier_strukturreform

Hernienchirurgie

Transfasziale Netzfixation ohne Auswirkung auf das Rezidivrisiko

Bei einer offenen Hernienreparatur mit retromuskulärer Netzimplantation kann auf eine transfasziale Nahtfixation verzichtet werden, ohne dass das Rezidivrisiko steigt. Dies geht aus einer prospektiven US-amerikanischen Studie an insgesamt 325 Patientinnen und Patienten hervor, die aufgrund einer ventralen Hernie von maximal 20 cm Länge operiert wurden. Bei ihnen wurde das eingesetzte Netz entweder unfixiert belassen oder mit acht perkutanen Nähten fixiert, um das Einwachsen zu begünstigen und die Fasziennaht zu entlasten.

Von den operierten Personen wurden 269 über einen Zeitraum von einem Jahr nachbeobachtet. Die Rezidivrate in beiden Gruppen war vergleichbar: Sie lag bei Nahtfixation bei 7,4% (n=12) und ohne Naht bei 9,2% (n=15). Daraus ergibt sich eine adjustierte Risikodifferenz von -0,02, womit sich die Nichtunterlegenheit der Hernienreparatur ohne Nahtfixation des Netzes bestätigt hat. Es gab auch keine nennenswerten Unterschiede bei postoperativen Schmerzen und Lebensqualität.

Quelle: Ellis RC, Petro CC, Krpata DM et al. *JAMA Surg.*

Published online June 21, 2023, doi:10.1001/jamasurg.2023.1786

Anästhesie

Diabetesmedikament könnte bei OP Aspirationsgefahr erhöhen

GLP1-Rezeptoragonisten (GLP1-RA) wie Semaglutid wurden zur Behandlung des Typ-2-Diabetes entwickelt, werden aber immer häufiger auch bei Menschen mit Adipositas eingesetzt, die abnehmen möchten. Die Substanzen verzögern die Magenentleerung und verringern dadurch das Hungergefühl. Dieser erwünschte Effekt kann im Zusammenhang mit operativen Eingriffen unter Narkose allerdings das Aspirationsrisiko erhöhen. Denn selbst nach der üblichen Nahrungskarenz von sechs Stunden für feste Nahrung können sich am Morgen der Operation noch Nahrungsreste vom Vorabend im Magen befinden.

Die American Society of Anesthesiologists (ASA) rät deshalb, GLP1-RA vor elektiven Operationen oder anderen geplanten Eingriffen mit Narkose abzusetzen – und zwar unabhängig davon, ob sie als Diabetesmedikament oder zur Gewichtsabnahme eingesetzt werden. Um bei Menschen mit Diabetes Hyperglykämien infolge des Aussetzens der Medikation zu vermeiden, sollte man im Rahmen eines diabetologischen Konsils die Option eines perioperativen Bridings besprechen.

Kurzlink zur Empfehlung der ASA: tinyurl.com/bp6bfvhp

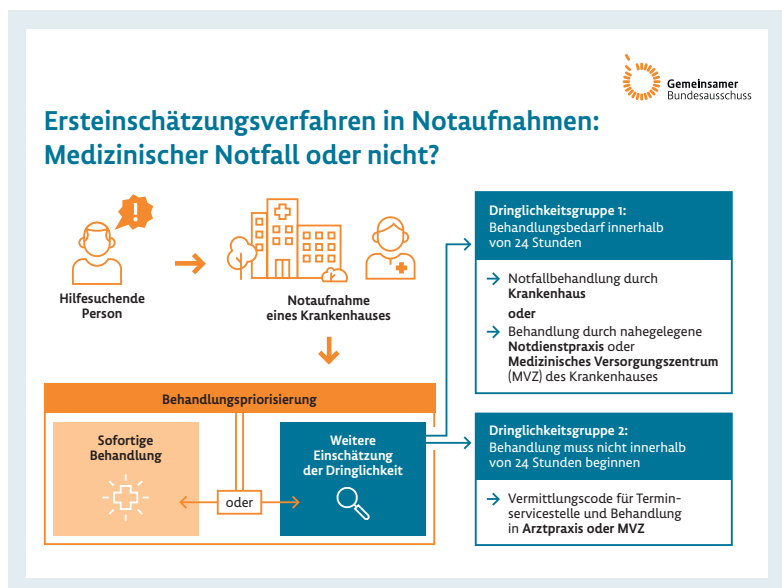
Notfallversorgung

G-BA definiert Vorgaben für die Ersteinschätzung in Notaufnahmen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat Anfang Juli 2023 Vorgaben für ein qualifiziertes und standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren in Notaufnahmen von Krankenhäusern definiert. Er beschloss unter anderem Mindestanforderungen an das Verfahren, das digitale Assistenzsystem und die Qualifikation des beteiligten medizinischen Personals. Das Ersteinschätzungsverfahren soll dabei helfen, die Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs von Hilfesuchenden schnell und verlässlich zu beurteilen. Nur bei sofortigem Behandlungsbedarf soll die Patientin oder der Patient ambulant im Krankenhaus behandelt oder ggf. auch stationär aufgenommen werden.

Bei Hilfesuchenden ohne sofortigen Behandlungsbedarf schließt sich künftig ein erweitertes Ersteinschätzungsverfahren an. Es baut auf dem Ergebnis der Triage auf und gibt das Zeitfenster bis zur Behandlung und die zuständige Versorgungsebene vor. Je nachdem, ob eine ärztliche Behandlung innerhalb von 24 Stunden beginnen sollte oder nicht, werden zwei Dringlichkeitsgruppen unterschieden:

- ▶ Bei **Dringlichkeitsgruppe 1** sollte die Behandlung innerhalb von 24 Stunden beginnen: entweder ambulant im Krankenhaus oder in einer im oder am Krankenhaus gelegenen Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) bzw. einem entsprechenden Medizinischen Versorgungszentrum des Krankenhauses.



- ▶ Bei **Dringlichkeitsgruppe 2** ist keine Behandlung innerhalb von 24 Stunden erforderlich. Die Versicherten erhalten einen Vermittlungscode, mit dem sie über die Terminservicestelle der KV einen Termin buchen können.

Kontakt und weitere Informationen: www.g-ba.de

Kinderanästhesie

BDA und DGAI betonen Sicherheit von Narkosen bei ambulanten Operationen

Kindernarkosen beim Zahnarzt sind sicher. Das haben der Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA) und die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) betont. Sie reagierten damit auf Einzelfälle in der Vergangenheit, in denen Kinder durch Narkosen bei einer Zahnbehandlung zu Schaden gekommen sind. BDA und DGAI verwiesen dabei auf die bereits vor Jahren gemeinsam mit dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) verfasste ‚Vereinbarung zur Qualitätssicherung ambulante Anästhesie‘. Diese definiert u. a. räumliche Anforderungen für Narkosen und die Qualifikation des Anästhesiepersonals.

DGAI-Generalsekretär Prof. Bernhard Zwißler machte deutlich: „Bei diesen Empfehlungen handelt es sich um exzellente Vorgaben, die sicherstellen, dass Narkosen bei ambulanten Eingriffen sicher durchzuführen sind – auch Kindernarkosen in Zahnarztpraxen.“ Probleme träten dann auf, wenn sich die ausführenden Anästhesistinnen und Anästhesisten nicht an die Empfehlungen hielten. Und BDA-Präsidentin Prof. Dr. Grietje Beck stellte klar: „Sowohl im medizinischen Handeln, als auch in der Ausstattung mit medizinischen Geräten machen wir keine Unterschiede zwischen stationären und ambulanten Patienten.“



Gleichzeitig forderten BDA und DGAI eine ausreichende Honorierung für ambulante Narkosen. „Je nach Bundesland werden zuweilen für eine komplette Kindernarkose beim Zahnarzt nur etwas über 50 Euro gezahlt“, erklärt Jörg Karst, Vertreter der ambulant und vertragsärztlich tätigen Anästhesistinnen und Anästhesisten im BDA. Damit könnten seine Kolleginnen und Kollegen nicht kostendeckend arbeiten.

Kontakt und weitere Informationen: www.bda.de, www.dgai.de

Ambulantes Operieren

Urologische Verbände mahnen Erstattung von Sachkosten an

Mit einem Positionspapier zum ambulanten Operieren in der Urologie haben sich die beiden urologischen Verbände – Berufsverband der Deutschen Urologie (BvDU) und Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU) – zu den aktuellen Diskussionen rund um die künftige Vergütung ambulanter Operationen geäußert. Grundsätzlich begrüßen BvDU und DGU die Ambulantisierung und das mit ihr verbundene Ziel der Kosteneinsparung für die Krankenkassen durch Verlagerung nicht zwingend erforderlicher stationärer Operationen in den ambulanten Sektor.

„Die Ausgestaltung wirft jedoch Fragen, Kritikpunkte und Forderungen beider Verbände auf“, heißt es in dem Papier. Weder für Krankenhäuser, noch für den vertragsärztlichen Bereich seien ambulante Operationen bislang kostendeckend zu erbringen. Aktuell besonders problematisch sei die fehlende (vergessene) Berücksichtigung der Vergütung bzw. Erstattung von Sachkosten in der Urologie, insbesondere bei endourologischen Eingriffen. Zusätzlich würden im ambulanten Bereich die seit 2012 enorm gestiegenen Hygienekosten bei der Vergütung im EBM immer noch nicht berücksichtigt.

„Neben einer Basisfinanzierung für Ausstattungs-, Vorhalte- und Fortbildungskosten muss das Operationsspektrum die Besonderheit des Erbringers der operativen Leistungen bezüglich des von ihm

therapierten Patientenspektrums abbilden“, fordern BvDU und DGU. Vor allem zu Beginn der verstärkten Ambulantisierung müssten als Anreiz für erforderliche Investitionen und zum Aufbau notwendiger Strukturen im Umfeld von Krankenhäusern und in vertragsärztlichen Einrichtungen verstärkt Gelder einfließen.

Die Kosten für Hygiene und Aufbereitung der Medizinprodukte müssten an den Stand der Technik angepasst und entsprechend der gesetzlich vorgeschriebenen Anforderungen übernommen werden. Sachkosten müssten ebenfalls in vollem Umfang übernommen werden, auch Vorhalte- und Strukturkosten müssten adäquat erstattet werden. Insgesamt muss nach Auffassung der urologischen Verbände für ambulante Operationen ein Vergütungssystem geschaffen werden, welches alle tatsächlichen Kosten abbildet und dynamisch an den Stand des Wissens und an zukünftige technische Entwicklungen angepasst wird. Die beiden Verbände kündigten außerdem an, die sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Urologie zu verbessern, die Verzahnung von Vertragsarzt- und Krankenhausmedizin voranzutreiben sowie neue Konzepte zu entwickeln und in die politische Diskussion einzubringen.

Kurzlink zum Positionspapier: tinyurl.com/yc6p4fjv

Krankenhausreform

DGIV begrüßt Regelungen für Level 1i-Krankenhäuser

Die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV) begrüßt die Regelungen zu den ‚Level 1i-Krankenhäusern‘, wie sie aus den Anfang Juli publik gewordenen Eckpunkten zur Krankenhausreform erkennbar sind. Die nun zwischen Bund und Ländern konsentierten Etablierung einer sektorenverbindenden Versorgungsebene erfülle bereits etliche Forderungen der DGIV.

Der DGIV-Vorstandsvorsitzende Prof. Eckhard Nagel regte allerdings an, im Zuge der Reform auch über Vereinfachungen im SGB V nachzudenken: „Wir haben etwa dreißig Paragraphen, die alle mit eher geringen Erfolgen die Sektorengrenze adressieren; es ist nun dringend an der Zeit, nicht – wie

auch bereits unter Minister Lauterbach – weitere Paragraphen und Regelungen der Gesetzlichen Krankenversicherung hinzuzufügen, sondern auch über Verschlinkungen des Paragraphenschungels nachzudenken.“

Außerdem müssten Landkreise und Kommunen in die künftige Planung integriert werden. Vor allem der noch anstehende Schulterchluss mit Langzeit- und Altenpflege sei nur dann möglich, wenn auch die Kommunalstrukturen stärker für eine Planung der Gesundheitsversorgung vor Ort befähigt und finanziell ausgestattet werden, erklärte die DGIV.

Kontakt: www.dgiv.org

Abrechnung: Alles klar?



Wenn's kompliziert wird, ...

passieren Fehler. Auch in der Abrechnung. Wie ärgerlich: verschenktes Honorar, verschwendete Zeit, Bürokratie.

Wissen ist Zeit und Geld wert!

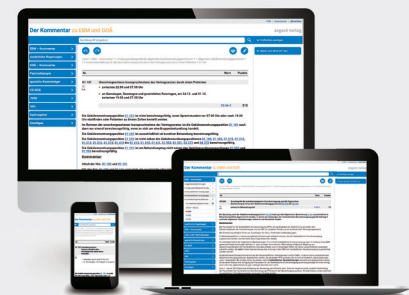
Der **Kommentar zu EBM und GOÄ** von **Wezel/Liebold** zeigt Ihnen, worauf Sie bei der Abrechnung achten sollten. Was geht, was nicht geht und warum. Fachlich fundiert, von erfahrenen Medizinern und Abrechnungs-Profis erarbeitet.

Wezel/Liebold – das Wissen der Abrechnungs-Profis für Ihre Praxis!

Wezel/Liebold

Der Kommentar zu EBM und GOÄ

mit Kommentar
zur UV-GOÄ



jetzt kostenlos online testen:
www.ebm-goae.de

asgard verlag



Foto: Backes

Konstruktive Diskussionen im Sinne der gemeinsamen Sache: Die Teilnehmenden der Klausurtagung von BNC und BDC Mitte Juni 2023 in Frankfurt

Leitartikel BNC

Gemeinsam dem Lauterbach'schen Kampf gegen uns Niedergelassene trotzen

Allen freundlichen Verlautbarungen zum Trotz erleben wir dieser Tage eine Politik, in der die ambulante Facharztmedizin systematisch an den Rand der Bedeutungslosigkeit gedrängt wird. Gemeinsam mit dem BDC hat der BNC nun ein Positionspapier erarbeitet, um diesen fatalen Tendenzen Konstruktives entgegenzusetzen.

Von Jan Henniger

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Die Politik von Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach ist mittlerweile schwer zu kommentieren, da man seine Wendungen kaum noch ertragen kann. Selbst eine Krankenhausreform, die für uns als Niedergelassene auf den ersten Blick nicht zwingend wichtig erscheint, verändert die gesamte ambulante chirurgische Versorgung. Ob die Einteilung von Krankenhäusern in Level-1-, Level-2- bzw. Level-3-Einrichtungen vom Tisch sind oder doch am Ende im Gesetz stehen, ist vollkommen unklar. Die Diskussion über die Notfallversorgung hat gezeigt, wie schnell aus einem sinnvollen Ansatz ein nicht umsetzbarer und gegenüber Niedergelassenen feindliches Konzept werden kann.

Schlechte Aussichten für sinnvolle Leuchtturmprojekte

Unsereins versucht derweil, die Sektorengrenzen zu überwinden und mit den Kliniken zu kooperieren. Ein Beispiel hierfür aus meiner

hessischen Heimat ist das deutschlandweit einzigartige Modellprojekt zur Notfallversorgung mit dem Titel ‚Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung‘ (SaN). Es wurde von der KV Hessen gemeinsam mit dem hessischen Sozialministerium, der hessischen Krankenhausgesellschaft, der Landesärztekammer Hessen, dem Hessischen Landkreis- sowie Städtetag, dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung und den Rettungsdiensten der drei beteiligten Landkreise Main-Taunus, Main-Kinzig und Gießen angeschoben.

Dazu werden vorhandene digitale Systeme wie SmED und IVENA, die bislang entweder nur im stationären oder nur im ambulanten Bereich verwendet werden, miteinander vernetzt und von allen an der Notfallversorgung beteiligten Stellen gemeinsam genutzt. Bundesweit einmalig ist, dass die Rettungsdienste im Rahmen des Projekts erstmals nicht nur Krankenhäuser, sondern auch sogenannte Partnerpraxen – vorausgesetzt diese haben freie Ressourcen – anfahren und Patientinnen bzw. Patienten in die ambulante Versorgung übergeben

können. Perspektivisch soll die sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung möglichst auf ganz Hessen ausgedehnt werden.

Verbot zur Weiterleitung an vertragsärztliche Praxen

Doch was soll aus Leuchtturmprojekten wie diesem werden, wenn es künftig den Kliniken verboten wird, in ihren Notaufnahmen nach der Ersteinschätzung an Niedergelassene zu verweisen? So ist es zumindest im aktuellen Lauterbach'schen Reformkonzept für die Notfallversorgung vorgesehen. Sofern sich dieses Konzept durchsetzt, bleiben Patientinnen und Patienten, die eine Krankenhaus-Notaufnahme aufsuchen, unabhängig vom Schweregrad ihrer Beschwerden im Krankenhaussektor und müssen dort versorgt werden.

Mit den Vorschlägen aus dem niedergelassenen Sektor, wie sie z. B. der Vorsitzende des Berufsverbands für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Dr. Burkhard Lembeck, in Heft 1.2023 dieser Zeitschrift geschildert hat, hat das alles nichts zu tun. Bei alledem zeigt sich, dass Lauterbach die vertragsärztlichen Strukturen regelrecht bekämpft. Dennoch gibt es in unseren Reihen immer noch Leute, die hoffen von seiner Gunst zu profitieren. Der Protest muss durch die gesamte Ärzteschaft hallen und sich gegen diese Verantwortungslosigkeit des Ministers stellen.

Gemeinsame Klausurtagung von BNC und BDC

Wenden wir uns daher lieber den Fragen zu, die uns niedergelassene Chirurginnen und Chirurgen am meisten bewegen und auf die wir am stärksten drängen müssen, um im deutschen Gesundheitssystem nicht von der Bildfläche zu verschwinden. Dies war die Grundlage einer Klausurtagung von niedergelassenen Vertreterinnen und Vertretern des BNC und BDC. Vorausgegangen war die Erkenntnis der beiden großen Berufsverbände, dass die chirurgische Versorgung der Bevölkerung in Zukunft unter dem Druck von Demographie, Ärztemangel und einem chaotisch agierenden politischen Umfeld nur gemeinsam angegangen werden kann. An der Veranstaltung Mitte Juni 2023 in Frankfurt nahmen niedergelassene Chirurginnen und Chirurgen aus dem gesamten Bundesgebiet teil.

Positionspapier der chirurgischen Verbände

Die meisten Themen kennen Sie selbst aus Ihrem Alltag: Bürokratie, Nachwuchsmangel und chronische Unterfinanzierung des gesamten medizinischen Sektors wurden besprochen, das Ergebnis ist ein gemeinsames Positionspapier (siehe nächste Seite). Dabei ging es um die vielen großen und kleinen Probleme, die sich im Rahmen der Neuordnung des ambulanten Operierens ergeben, welche bekanntlich von der Politik massiv gefordert, aber dilettantisch umgesetzt wird.

Auf der einen Seite soll es eine Krankenhausreform geben, an deren Ende es weniger stationäre Versorgung geben soll und viele heute noch überwiegend stationäre Eingriffe stattdessen ambulant erbracht werden. Auf der anderen Seite schwächt man uns, die ambulanten Operateurinnen und Operateure, durch überbordende Bürokratie, permanente zusätzliche Überwachung und Reglementierung sowie die

Jan Henniger

Geschäftsführender BNC-Vorsitzender
und niedergelassener Chirurg

GECO-Frankfurt
Gotenstraße 6–8
65929 Frankfurt
Tel.: 04532 268 75-60
Fax: 04532 268 75-61
henniger@bncev.de



Foto: Henniger

Verweigerung einer leistungsgerechten Bezahlung. Uns, die wir am besten wissen, wie ambulantes Operieren geht, und die wissen, wie man mit knappen Ressourcen gute patientenfreundliche chirurgische Versorgung macht.

Ambulantes Operieren muss kostendeckend und planbar sein

Staatliche Förderprogramme für niedergelassene Kolleginnen und Kollegen, die in strukturschwachen Regionen der letzte fachärztliche Kontakt für Hausärztin und Hausarzt sowie Patientinnen und Patienten sind: Fehlanzeige. Stattdessen werden neue Konzepte wie Gesundheitskioske, Primärversorgungszentren und Gesundheitsregionen aufgebaut und ordentlich Geld verbrannt.

Mit der Veränderung des Systems werden konkrete Probleme auf uns zukommen, mit denen wir umgehen müssen. Wie wird die Weiterbildung der Zukunft aussehen? Wer entscheidet, ob Patientinnen und Patienten stationär oder ambulant versorgt werden? Warum erkennt niemand in der Politik, dass wir in einen Mangel in der fachärztlichen Grundversorgung haben?

Auch wenn die Vertreterinnen und Vertreter des BNC und des BDC in manchen Punkten unterschiedliche Herangehensweisen – zum Beispiel bei den Hybrid-DRG – verfolgen, war die grundsätzliche Richtung klar: Ambulantes Operieren können wir, man muss uns nur nicht dabei stören! So machten beide Gruppen klar: Ob eine Patientin bzw. ein Patient ambulant operiert wird, ist eine ärztliche Entscheidung vor der Operation und nicht des Medizinischen Dienstes, der den Fall im Nachgang nach Aktenlage beurteilt. Die Entscheidung muss immer frei von wirtschaftlichen oder anderen nicht-ärztlichen Interessen sein.

Sachkosten müssen von Krankenkassen komplett übernommen werden und können nicht Teil des ärztlichen Honorars sein. Preisverhandlungen mit der Industrie sind keine ärztliche Tätigkeit. Nur unter solchen Voraussetzungen kann ambulantes Operieren kostendeckend und planbar geleistet werden.

Chirurgische Weiterbildung im ambulanten Sektor stärken

Mit der Veränderung der Umstände und der Anforderungen, die an junge Chirurginnen und Chirurgen gestellt werden, muss sich auch die Weiterbildung verändern. Eine chirurgische Weiterbildung an nur einem Krankenhaus wird in Zukunft nur in Ausnahmefällen möglich sein. Viele Leistungen und Eingriffe, die essenziell sowohl für die Patientenversorgung wie auch die chirurgische Weiterbildung sind, ▶

werden an Kliniken nicht mehr angeboten. Wenn diese Kolleginnen und Kollegen aber eine Ausbildung im ambulanten Bereich erhalten sollen, dann muss die Förderung der fachärztlichen Weiterbildung der Förderung der hausärztlichen Weiterbildung gleichgestellt werden. Besser als Zuschüsse wäre es allerdings, wenn die von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung in den ambulanten Praxen erbrachten Leistungen unbudgetiert abrechenbar wären. Dann würden sich die ambulanten Weiterbildungsstellen ganz einfach selbst refinanzieren.

Differenzierung muss bei der politischen Arbeit aufhören

Überhaupt müssen die ungezählten Benachteiligungen der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte endlich ein Ende haben. Allen Kolleginnen und Kollegen, die an der Klausurtagung teilgenommen haben, sei ein Dank geschuldet. Widersprechen sie doch dem Klischee,

» Wir müssen gemeinsam als Chirurgeninnen und Chirurgen unseren Beruf vertreten. Es muss nicht zwingend nur einen einzigen Verband geben, aber wir müssen zusammen gegenüber Politik und Gesellschaft auftreten.«

Jan Henniger

dass sich in unserem Fachgebiet niemand mehr für unseren wundervollen Beruf und dessen Zukunft engagieren möchte.

Die Chirurgie wird sich weiter verändern und spezialisieren. Es wird neben allen jetzigen Subspezialisierungen noch

weitere geben. Die Differenzierung muss aber bei der politischen Arbeit aufhören. Wir müssen gemeinsam als Chirurgeninnen und Chirurgen unseren Beruf vertreten. Dazu muss es nicht zwingend nur einen einzigen Verband geben, aber wir müssen zusammen gegenüber Politik und Gesellschaft auftreten. Sonst nimmt man uns nicht ernst. Wir können nicht abwarten und zusehen, wie die chirurgische Versorgung zerstört wird – ob in Klinik oder Praxis. ◀

Mit den besten kollegialen Grüßen, Ihr Jan Henniger

1. Vorsitzender des BNC

Gemeinsame Resolution des BDC und BNC zur Zukunft der chirurgischen Versorgung in Deutschland

Im Rahmen einer gemeinsamen Klausurtagung am 16. und 17. Juni 2023 in Frankfurt haben die beiden großen chirurgischen Berufsverbände, der Berufsverband der Deutschen Chirurgie (BDC) und der Berufsverband Niedergelassener Chirurgen (BNC), die Zukunft der chirurgischen Versorgung der Bevölkerung im ambulanten wie auch im stationären Sektor diskutiert. Dabei waren der Nachwuchsmangel in der Chirurgie, die von der Politik gewünschte Ambulantisierung und die chirurgische Weiterbildung zentrale Themen.

Seit Jahrzehnten engagieren sich der BDC und der BNC in der Gestaltung der Versorgung der Bevölkerung. Diese verantwortungsvolle Aufgabe wollen sie auch in Zukunft wahrnehmen – allerdings muss ihnen dazu von politischer Seite auch Gelegenheit gegeben werden. Die beiden Verbände sind sich einig in ihrer Kritik, dass weder bei der Planung und Umsetzung der jüngsten Krankenhausreform, noch bei der Ausgestaltung der speziellen intersektoralen Versorgung nach § 115f SGB V auf den ärztlichen Sachverstand der für die Versorgung Verantwortlichen zurückgegriffen wurde. Dadurch sehen BNC und BDC die hochwertige Versorgung der Bevölkerung mit konservativen und operativen chirurgischen Leistungen akut gefährdet. Im Einzelnen fordern die Verbände:

Ambulantisierung

Die Entscheidung, ob eine Patientin bzw. ein Patient ambulant operiert werden kann oder stationär operiert werden sollte, darf nur von der Operateurin oder Anästhesistin bzw. vom Operateur oder Anästhesist in Klinik oder Praxis getroffen werden. Diese sind für die Sicherheit ihrer Patientinnen und Patienten verantwortlich – in letzter Instanz auch forensisch. Die Entscheidung über ambulante oder stationäre Leistungserbringung darf auch nicht ex post vom Medizinischen Dienst im Rahmen eines Gutachtens nach Aktenlage außer Kraft gesetzt werden.

Folgen der Veränderung des Leistungsspektrums

Die gewünschte Ambulantisierung, die vorgesehene Konzentration von Krankenhausleistungen und das vermehrte Ausscheiden erfahrener Chirurgeninnen und Chirurgen führen zwangsläufig zu einer massiven Veränderung des operativen und auch konservativen chirurgischen Spektrums in Klinik und Praxis. Dies hat erhebliche Auswirkungen auf die chirurgische Weiterbildung, die von Ärztinnen und Ärzten in der Klinik sowie von niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten gemeinsam gestemmt werden muss. Das sich wandelnde Leistungsspektrum erfordert eine ausreichende Finanzierung der Weiterbildung von Chirurgeninnen und Chirurgen in Klinik und Praxis sowie den Abbau von Sektorengrenzen und deren bürokratischen Hürden.

Förderung der chirurgischen Weiterbildung

In den kommenden Jahren wird die Generation der ‚Babyboomer‘ unter den Fachärztinnen und Fachärzten aus dem Berufsleben ausscheiden. Gleichzeitig steigt angesichts einer alternden Bevölkerung der chirurgische Versorgungsbedarf. Die Bevölkerung hat aber auch in Zeiten des demographischen Wandels Anspruch auf eine Behandlung durch eine ausreichende Zahl gut ausgebildeter Chirurgeninnen und Chirurgen.

Deshalb muss die fachärztliche Weiterbildung finanziell ebenso gefördert werden wie die hausärztliche Weiterbildung. Die Kosten hierfür dürfen nicht aus dem ärztlichen Honorar abgezweigt, sondern müssen separat vergütet werden. Fachärztliche Weiterbildungsförderungen dürfen nicht nur auf Praxen mit überwiegend konservativem Leistungsspektrum beschränkt sein. Chirurgeninnen und Chirurgen müssen das Operieren auch in der Praxis erlernen dürfen – insbesondere bei bestimmten operativen Eingriffen, die mittlerweile fast ausschließlich ambulant durchgeführt werden.

Um die Sektorengrenzen auch in der Weiterbildung durchlässiger zu gestalten, müssen auch Weiterbildungsverbände unter Beteiligung von Kliniken und Praxen bzw. Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gefördert werden.

Unterstützung durch die Selbstverwaltung

Ärztzekammern müssen sich als Dienstleister der Kolleginnen und Kollegen verstehen und dürfen deren konstruktive Bemühungen um zukunftsfeste Versorgungsmodelle nicht durch bürokratische Hürden behindern.

Auskömmliche Finanzierung

Abschließend fordern die chirurgischen Berufsverbände ein auskömmliches Honorar für operative Eingriffe. Nur wenn dies nachhaltig gesichert ist, können die Leistungserbringer im ambulanten wie im stationären Sektor die dafür notwendigen Investitionen tätigen. In diesem Zusammenhang fordern BDC und BNC eine sachgerechte und bundeseinheitliche Regelung der Kostenerstattung für Sachkosten.

Operateurinnen und Operateure dürfen nicht in die Zwangslage gebracht werden, notwendige operative Eingriffe zu unterlassen, nur weil die Verwendung von dafür erforderlichen Implantaten oder speziellen Einmalinstrumenten nicht refinanziert wird.

Jan Henniger, Vorsitzender BNC

Dr. Ralf Schmitz, Referatsleiter niedergelassene Chirurgen im BDC

Leitartikel BAO

Wer vertritt hier eigentlich noch wessen Interessen im Gesundheitssystem?

Im BMG hegt man möglicherweise gute Absichten, doch man kommt den selbst verschuldeten schlechten Rahmenbedingungen nicht mehr hinterher. Erschwerend hinzu kommen mit KBV und DKG zwei Parteien der Selbstverwaltung, die sich lieber öffentlich beharken als sich konstruktiv aufeinander zuzubewegen.

Von Dr. Christian Deindl

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Erst kürzlich lieferte die KBV unter dem Vorwand, die Interessen der niedergelassenen Vertragsärzteschaft zu vertreten, einen erneuten Beweis ihrer Schaffenskraft. Das Ergebnis dieser Arbeitsplatzbe-, nein, besser -umschreibung, sind seit Jahren schöngeredete Nullrunden und die systematische Verhinderung eines Vergütungswechsels stationsersetzender Leistungen in eine sektorengleiche oder zumindest annähernde Systematik wie z.B. das Hybrid-DRG- oder das SpiFa-Modell. Hinter beiden verbergen sich unzählige Stunden an fundierten Kalkulationen für Struktur- und Prozessqualitätskosten.

Gleiches gilt für die überfällige Implementierung einer transsektoralen Qualitätssicherung, über die ein bereits 2012 publiziertes und damals von der KBV selbst in Auftrag gegebenes Gutachten aus dem IGES-Institut vorliegt. Die Verpflichtung zur Qualitätssicherung muss an die Verpflichtung der Kostenträger zu einer qualitätsorientierten, kostendeckenden und an die steigenden Preisentwicklungen orientierten Vergütung geknüpft sein. Der Politik bleibt das Privileg, im Vorfeld die dafür notwendigen finanziellen Ressourcen zu sichern. In anderen politischen Tätigkeitsfeldern scheint dies bestens zu funktionieren, dort macht sich 24/7-Lobbyarbeit bezahlt. Nur erneut wieder nicht für den identisch intensiven Einsatz für Patient*innen durch die ambulant operierende Fachärzteschaft?

Das BMG verhält sich wie ein blinder Passagier

Das ständige Versagen unserer Selbstverwaltung muss sein überfälliges Ende finden. Hier befindet sich die KV-Führung ausnahmsweise und unfreiwillig in einem Boot mit DKG und GKV und deren ähnlich agierenden Spitzenkräften. Dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) gebührt darin die Rolle des blinden Passagiers, der dafür retrospektiv alles besser gewusst und folglich so kommen sehen hat. Je eher die zur Gewohnheit gewordene Stillstandbewahrung sich von der Bühne Gesundheitssystem verabschiedet, umso besser für die Versorgung und Sicherheit der Patient*innen und die dafür aktiv verantwortlichen Kolleg*innen in ihren Facharztpraxen.

Nicht zum ersten, vielleicht aber auf lange Sicht zum letzten Mal bestand die einmalige Chance, im Konsens die Vergütung für ambulante Operationen einvernehmlich, sektorengleich und leistungsbezogen zu regeln bei differenzierter Kostenerstattung. Die dafür vom BMG eingeräumte Frist ist am 31. März 2023 ungenutzt abgelaufen. Als Rechtfertigung muss unisono das angeblich zu kurze Zeitfenster von drei Monaten herhalten. Sowohl GKV-Spitzenverband als auch KBV und DKG verfügen über behördengleich dimensionierte Strukturen und folglich wenigstens quantitativ über ausreichende personelle Kapazitäten, um welche sie wesentlich kleinere, aber effektivere Verbände, Arbeitsgemeinschaften, Fachgesellschaften und andere, gemeinnützige und oft ehrenamtliche Organisationen beneiden dürften. Was hingegen der Selbstverwaltung qualitativ zu fehlen scheint, sind ausreichend geeignete Köpfe, die ihren komplexen Aufgaben gewachsen sind und deren Verhandlungsergebnisse nicht ständig ihrer mehr als auskömmlichen Vergütung hinterherhinken. Das Scheitern vom 31. März 2023 war ein bewusst herbeigeführter Akt der Nichtverständigung und lange vor Jahreswechsel bereits absehbar.

KBV und DKG leisten keine konstruktiven Beiträge

Wer auf dem ZI-Kongress zur Versorgungsforschung Anfang September 2022 in den Räumen der KBV zugegen war, konnte diese Entwicklung direkt live miterleben. So ließen Dr. Andreas Gassen (KBV) und Dr. Gerald Gaß (DKG) unmittelbar im Anschluss an die Vorstellung des Innovationsfonds-Projektes Einheitliche Sektorengleiche Vergütung (ESV) unmissverständlich ihrer gegenseitigen Ablehnung freien Lauf. Der eine beharrte auf seiner DRG-Systematik, der andere auf seinem nicht weniger reformbedürftigen EBM. Bereits zu diesem Zeitpunkt ein unerhörter Vorgang und eine Missachtung der enormen versorgungswissenschaftlichen Vorleistungen und Handlungsempfehlungen im IGES- und Schreyögg-Gutachten. Auch die Gesundheitspolitik saß mit auf dem Podium und kriegte sich vor lauter eigener Aufbruchstimmung kaum mehr ein. Damit war ebenfalls klar, dass von dieser Seite wohl kaum ein konstruktiver Beitrag zur praktischen Umsetzung zu erwarten sein würde. Was dann auch so drehbuchreif ►

geschah. Der ambulant operierenden Fachärzteschaft in Praxen und Kliniken blieb wieder einmal nur die Low Budget-Statistenrolle am Rand des Geschehens in einem grottenschlechten bzw. komplett falschen Film.

Für den BAO ist dieser Affront umso ärgerlicher, weil er unaufgeregt im Hintergrund mit Beginn der Ampelkoalition seine jahrzehntelange Überzeugungsarbeit für die Vorzüge des ambulanten Operierens und dessen begründete bessere Vergütung nochmals deutlich intensiviert hatte. Wenigstens die sektorengleiche Vergütung konnte noch knapp vor Jahreswechsel in den Gesetzestext des § 115f SGBV gerettet werden. Dieser Passus war und ist keine Selbstverständlichkeit und sicher nicht nach jedermanns Geschmack. Umso törichter, aus Unvernunft und besagtem institutionellem Unvermögen daraus kein besseres, und sei es nur ein vorläufiges Endresultat erzielt zu haben.

Mandatsentzug für bestimmte Personengruppen?

Deshalb erlaube ich mir auch, erstmalig öffentlich laut über einen Mandatsentzug bestimmter Personengruppen nachzudenken. Vor allen, weil sich Parallelen zum Projekt EBM 2000 plus aufdrängen, an dessen Ende für die fachärztlichen Leistungs- und Kompetenzträger*innen an ambulanten OP-Tischen und Narkosegeräten ein sattes Minus stand. Das andauernde Defizit gefährdet von Jahr zu Jahr mehr die Zukunft des ambulanten Operierens sowie berufliche Perspektive und Existenz der betroffenen Fachärzteschaft und ihrer an Zahl schwindenden potenziellen Nachfolger*innen.

Denn obwohl es sich beim § 115b SGBV seit über 30 Jahren um ein dreiseitiges Vertragskonstrukt handelt, haben die drei Vertragspartner es bisher wieder nicht geschafft, sich auf eine konstruktive Gesprächs- und Verhandlungskultur zu einigen. Verhandlungsmasse sind nicht nur Vergütungsfragen, sondern zunehmend die daran gekoppelten Arbeitsbedingungen. Und im gleichen Umfang davon ebenfalls abhängige weitere wichtige und im Grunde unverhandelbare Faktoren wie Behandlungsqualität und Patientensicherheit. Wenn allerdings fachfremde Lobbyist*innen oder praxisferne Funktionär*innen an den Entscheidungshebeln sitzen und diese nach eigenem Gutdünken in Bewegung setzen, sollten ihnen die destruktiven Folgen ihres Handelns auf die lebenswichtigen Strukturen im Gesundheitswesen bewusst sein. Oder sich zumindest von kompetenter Seite diese fundamentalen Zusammenhänge in einfacheren Worten erklären lassen.

Nie und nimmer wäre dann der zweiseitige 60 Millionen-Deal zwischen KBV und GKV unter bewusstem Ausschluss der DKG zustande gekommen. Ebenso würde die DKG nicht unter ähnlichen verbalen und medialen Verrenkungen ständig den einseitigen Schulterchluss mit dem BMG suchen und sich von diesem Anbietern ernsthafte Vorteile versprechen. Im Grunde versucht jeder der drei Vertragsparteien, den Status quo zu wahren unter Bevorteilung der eigenen Interessen und zum Nachteil der jeweiligen Gegenseiten. Wie groß müssen gegenseitiges Misstrauen und Unverständnis sein, um nun kurzfristigen Auges auf Lauterbachs Ersatzvornahme zu warten und diese schlechteste aller Lösungen noch als taktischen eigenen Erfolg zu verbuchen!

Respektloser Umgang mit der Fachärzteschaft

Statt sich einem fairen Qualitätswettbewerb zu stellen, suggerieren die Repräsentanten privatwirtschaftlicher Klinik- und MVZ-Ketten per Online-Umfrage den Menschen, satte 60% der Befragten würden sich lieber im Krankenhaus ambulant operieren lassen. Allein die Zahlen aus dem wissenschaftlichen IGES-Gutachten (4/2022!) zeigen über zwei Dekaden, dass der Anteil in Praxen, AOZ und Praxiskliniken ambulant operierter Fälle um den Faktor 2 höher lag und liegt als in Kliniken. Wir sprechen hier von jährlich vier Millionen im ambulanten Setting erfolgten Eingriffen versus maximal zwei Millionen aus dem stationär-klinischen, und nicht von 2000 online Befragten.

Hier scheinen renditeorientierte Klinikmarketing-Abteilungen operatives Controlling mit dem medizinischen Qualitätsprodukt ambulantes Operieren zu verwechseln. Wer so respektlos mit der niedergelassenen Fachärzteschaft umgeht, scheut vor unfairen Mitteln nicht zurück und verunsichert Menschen, anstatt sich im Vorfeld der bevorstehenden Ambulantisierung über den beschwerlicheren Weg der eigenen Versorgungsqualität Marktanteile zu sichern. Wer so handelt, erhöht bewusst die Sektorengrenzen in der Versorgung, Notfallversorgung und Weiterbildung. Der BAO wird nicht untätig zulassen, dass ambulantes Operieren in die ungeschickten Hände derer gerät, die bereits mit der stationären Versorgung überfordert sind. Wer immer noch sektoral denkt, fährt das Gesundheitssystem bewusst an die Wand in der vagen Hoffnung, den Aufprall doch irgendwie und solitär zu überleben.

Während 2023 ein außergewöhnliches Jahr zunehmend begrenzter medizinischer Versorgungsmöglichkeiten zu werden verspricht, sprießen am Rand dieser Schneise des kollektiven Versagens munter weitere Reformvorhaben das BMG aus dem kargen Koalitionsboden. Mit der Sommerpause naht das Ende der ersten Ampel-Halbzeit und damit herrscht gewöhnlich absolute Windstille vor dem offiziellen Legislativende. Parallel zur ordnungspolitischen Paralyse werden sich Leistungs- und Kompetenzträger*innen aus Pflegeberufen und Ärzteschaft in den wohlverdienten (Vor)Ruhestand verabschieden. Hinzu gesellt sich ein Exodus aus weiteren medizinischen Fachberufen.

So gut im besten Fall die Absichten des BMG sein mögen, sie kommen der selbstverschuldeten Verschlechterung der Rahmenbedingungen nicht mehr hinterher. Landarztquoten und regional verortete Studienplatzweiterungen sowie Uni-Gründungen auf der ‚grünen Wiese‘ können den Verlust an pflegerischer und ärztlicher Expertise nicht annähernd ersetzen. Schon bald werden wir sehen, ob weiterhin zweistellige Milliardenbeträge zur Aufrechterhaltung des unbefriedigenden stationären Status Quo und in die fortschreitende Verschlechterung der Rahmenbedingungen investiert werden, um am Ende eines Jahres vor einem noch größeren Scherbenhaufen zu stehen. Oder ob sich doch die Einsicht in die Vorzüge einer gezielten Förderung des ambulanten Operierens durchsetzt. Für diesen Fall würden bereits die schon vor längerem seriös errechneten zusätzlichen zwei Milliarden Euro ausreichen – allerdings vermutlich ein viel zu bescheidener Betrag inmitten von Zeitenwenden und Milliarden-Sondervermögen.

Bei der Parteienfinanzierung reagiert der Gesetzgeber schnell

Dazu passt eine aktuelle Meldung, wonach die Parteien sich über eine Änderung des Parteiengesetzes doch noch 25 Zusatz-Millionen in ihre Kassen sichern wollen. Dabei hat das Bundesverfassungsgericht einen diesbezüglichen Bundestagsbeschluss aus dem Jahr 2018 erst kürzlich zurückgewiesen. Die lapidare Begründung der Parteien lautet heute wie damals: nachvollziehbarer finanzieller Mehrbedarf bei Digitalisierung und Partizipation. Nichts anderes mahnen seit zwei Jahrzehnten vertragsärztliche Praxen wie Kliniken an. Doch während der Gesetzgeber das Parteiengesetz entsprechend nachbessern möchte, fristet nicht nur der § 115b SGB V weiter fehlerbehaftet sein Dasein – allein auf Kosten niedergelassener ambulanter Operateur*innen und Anästhesist*innen.

Der geschilderte Fall der Parteienfinanzierung wird noch übertroffen von einem einschlägigen Referentenentwurf, der die Auszahlung der steuerfreien Inflationsprämie von 3.000 Euro an die Mitglieder der Bundesregierung vorsieht. Wenn denn die Zeiten so schwierig sind, dann wäre die überfällige Ausbezahlung des Corona-Bonus an Medizinische Fachangestellte in Haus- und Facharztpraxen ein konkretes Zeichen eines bürger- und alltagsrealitätsnahen ordnungspolitischen Kompetenzverständnisses. Der zeitgleich beklagte Fachkräftemangel

Dr. Christian Deindl

BAO-Präsident
 Facharzt für Kinderchirurgie und Chirurgie, MBA
 Laufamholzstraße 400
 90482 Nürnberg
 Tel.: 0911 5048185
 Fax: 0911 5047194
 kontakt@deindl.org
 www.operieren.de



Foto: Deindl

wiederum ist mitunter Ausdruck eines kontraproduktiven Unverständnisses, und dies auf der ganzen Richtlinie.

Dem Hauptstadtkongress im Juni 2023 in Berlin blieb der Ressortminister fern, sein stellvertretender Staatssekretär redete provokant am Thema vorbei und der BMG-Abteilungsleiter Michael Weller sagte seine Teilnahme in allerletzter Minute ab. Ein Vorgeschmack darauf, welche Zeiten, Wenden und ursächlichen Entscheidungen noch auf die Fachärzteschaft zukommen werden? Umso gravierender erscheint in diesem Licht das eingangs getadelte Versagen der Selbstverwaltung. ◀

Mit freundlichen kollegialen Grüßen, Ihr Dr. Christian Deindl

BAO-Präsident



An unternehmerisch denkende Praxisinhaber*innen

Es geht um das Thema Ausweitung der Praxis zum Zentrum für ambulantes Operieren.

Entscheidend ist, dass Ihr Plan sicher aufgeht und die Realisierung funktioniert. Sollten Sie Interesse haben, sind wir Ihr Partner für das gesamte Projekt: Planung, Finanzierung, Umsetzung und Begleitung.

Zu den Leistungen von Getinge / Maquet gehört die Errichtung kompletter ambulanter OP-Zentren und deren Finanzierung in wesentlichen Teilen.

Bekannt sind wir für Premium-OP-Tische, ZSVA-Ausstattung, OP-Saal-Technik und Software-Lösungen zum OP-Management.

Haben Sie bereits Pläne in diese Richtung, sollten wir miteinander sprechen. Wir freuen uns sehr, wenn Sie Kontakt zu uns aufnehmen:

Daniel Hollenbach · Tel: +49 173 2346476 · daniel.hollenbach@getinge.com



Sprechen Sie uns an.
 Code scannen und Termin vereinbaren.

Ambulante Operationen

Effizienz und Patientenkomfort im Zentrum des modernen Gesundheitswesens

Aktuell gibt es noch zu viele gesetzliche Regelungen, aufgrund derer ambulante Operationen nicht attraktiv genug sind. Hier muss die Politik gezielt das Skalpell ansetzen und die Rahmenbedingungen verbessern, damit Deutschland beim ambulanten Operieren im internationalen Vergleich nicht länger hinterherhinkt.

Von Prof. Dr. Andrew Ullmann

Die ambulante Operation hat sich in den letzten Jahren als ein wesentlicher Bestandteil des modernen Gesundheitswesens in Deutschland etabliert. Durch technologische und medizinische Fortschritte sowie verbesserte Anästhesiemethoden werden immer mehr chirurgische Eingriffe ambulant durchgeführt, was zahlreiche Vorteile für Patientinnen und Patienten, Gesundheitsdienstleister und das gesamte Gesundheitssystem bietet.

Umso bedauerlicher ist es, dass wir in Deutschland noch immer hinterherhinken und viel zu viel stationär behandeln. Das bindet unnötige finanzielle und personelle Ressourcen. Angesichts des demographischen Wandels müssen wir handeln. Wir werden es nicht schaffen, die heutige Struktur aufrecht zu erhalten und dabei auch nur ansatzweise einen ähnlichen Personalschlüssel halten zu können. Deshalb ist für mich und die FDP im Bundestag ein und vielleicht das zentrale Paradigma für einen Wandel zum Besseren im Gesundheitswesen der Grundsatz: ambulant vor stationär.

Nach dem Eingriff in vertrauter Umgebung erholen

Ich möchte aber auch betonen, dass es nicht nur eine Frage der demographischen Notwendigkeit ist. Es ist auch die Antwort auf die Frage, was für die Patientinnen und Patienten am besten ist. Der erste und deutlichste Vorteil der ambulanten Chirurgie ist nämlich eben der Komfort für die Patientinnen und Patienten. Ambulante Operationen ermöglichen es den Patientinnen und Patienten, nach dem Eingriff in eine vertraute Umgebung zu kommen und die Genesungszeit zu Hause zu verbringen, was die postoperative Belastung deutlich reduziert.

Zudem verringert der minimale Krankenhausaufenthalt das Risiko nosokomialer Infektionen. Das führt dann eben auch zu einer kürzeren Genesungszeit und senkt die Kosten, die von den Krankenkassen getragen werden müssen. Durch die Reduzierung von Krankenhaustagen und -nächten können erhebliche Einsparungen im Gesundheitssystem erzielt werden. Gleichzeitig kann die reduzierte Kapazität der Kranken-

häuser besser genutzt werden, indem Betten für Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenderen Erkrankungen freigehalten werden.

Auch die Qualität der Versorgung kann durch ambulante Eingriffe verbessert werden. Da viele ambulante Zentren auf bestimmte Eingriffe spezialisiert sind, können sie hohe Qualitätsstandards und eine optimale Patientenbetreuung gewährleisten. Das führt auch im stationären

Bereich dazu, dass durch die Vermeidung von doppelten Strukturen sinnvoller in eine Ausstattung investiert werden kann, deren Vorkhaltung im ambulanten Bereich nicht möglich wäre. Auf diese Weise würde schlicht jeder das machen, was er am besten kann und was im Rahmen des wirtschaftlich Tragbaren liegt.

» Da viele ambulante Zentren auf bestimmte Eingriffe spezialisiert sind, können sie hohe Qualitätsstandards und eine optimale Patientenbetreuung gewährleisten.«

Prof. Dr. Andrew Ullmann

Ambulante klar von tagesstationären Eingriffen abgrenzen

Angesichts dieser Vorteile hat auch das Bundesministerium für Gesundheit auf unser Drängen hin die Bedeutung ambulanter Operationen erkannt und Maßnahmen zur Förderung dieses Bereichs ergriffen. Ein wichtiger Schritt war die Einführung der sogenannten Hybrid-DRGs (Diagnosis Related Groups). Durch diese neue Abrechnungsmethode wird eine einheitliche Vergütung sowohl für stationäre als auch ambulante Leistungen geschaffen, wodurch Anreize für die Durchführung ambulanter Operationen erhöht wurden.

Diesen Bereich müssen wir allerdings deutlich von jenem abgrenzen, der durch die Einführung der tagesstationären Behandlungen eingeführt wurde. Wir werden beide Bereiche evaluieren und auswerten, wie sich die Behandlungspfade entwickeln. Ich bin überzeugt, dass die Hybrid-DRGs ein Erfolg sein werden und den Bereich des ambulanten Operierens attraktiver machen. Sie ermöglichen es, das Beste aus beiden Welten zu kombinieren. Sie erleichtern es Krankenhäusern, Patientinnen und Patienten dort zu versorgen, wo es am sinnvollsten ist, unabhängig davon, ob es sich um eine stationäre oder ambulante Einrichtung handelt. Damit tragen sie dazu bei, die Patientenversorgung zu verbessern und die Effizienz des Gesundheitswesens zu steigern. Wir haben mit der Einführung von Hybrid-DRGs deutlich gemacht,

dass wir die Zukunft der Gesundheitsversorgung in einer verstärkten ambulanten Versorgung sehen. Durch die ständige Verbesserung der Rahmenbedingungen unterstützen wir aktiv das Wachstum dieses wichtigen Sektors und fördern eine effizientere, patientenzentrierte Gesundheitsversorgung.

Eigenständiger Bereich statt nur ein weiteres Silo

Ich denke, dass wir das Skalpell auch an die gesetzlichen Regelungen anlegen müssen, die bisher dazu führen, dass ambulante Operationen nicht attraktiv genug sind, weil der bürokratische Aufwand zu hoch ist oder weil die Risiken nicht abwägbar sind. Auch die Rahmenbedingungen zur Einrichtung ambulanter Operationszentren oder die Erleichterung von Kooperationen zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen sollten vereinfacht werden, um den Bereich des ambulanten Operierens als eigenständigen Bereich zu etablieren, der aber nicht als weiteres Silo fungiert, sondern integriert ist in ein sektorübergreifendes bzw. kooperierendes System. Hierbei sollte und muss den Patientinnen und Patienten immer die Gewissheit gegeben sein, dass die Versorgung die bestmögliche ist. Es darf nie der Eindruck entstehen, dass die stationäre Operation die 1a-Behandlung ist und die ambulante nur die 1b-Behandlung.

Um dies zu erreichen, muss die Förderung von Innovation und Technologie weitergehen. Technologische Fortschritte sind ein entscheidender Faktor für die Möglichkeit, immer mehr Eingriffe ambulant durchzuführen. Daher könnten Maßnahmen zur Förderung von Innovation und Technologie in der Medizin, etwa durch Förderprogramme oder steuerliche Anreize, dazu beitragen, den Bereich des ambulanten Operierens weiter voranzutreiben. Für Unternehmen muss es attraktiv sein, die Entwicklung nicht nur im stationären Bereich anzusiedeln; auch der ambulante Bereich muss als Absatz- und Entwicklungsmarkt gesehen werden.

Nachwuchs frühzeitig in ambulante Strukturen einbringen

Ein weiterer Aspekt ist die Ausbildung und Qualifikation von medizinischem Personal. Es ist essenziell, dass die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten auch im Bereich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte stattfindet. Der Bereich des ambulanten Operierens hat spezielle Herausforderungen, aber auch besondere Merkmale, die ihn attraktiv machen. Deshalb müssen kommende Generationen von Ärztinnen und Ärzte frühzeitig den Bereich kennenlernen. Nur so bekommt man den notwendigen Nachwuchs in die Praxis. Deshalb müssen auch wir sowohl im politischen Bereich, aber auch in der Standespolitik der Ärzteschaft darüber nachdenken, durch die Förderung von Weiterbildung und Spezialisierung in der ambulanten Chirurgie sowie durch spezielle Ausbildungsprogramme oder Qualifikationsanforderungen einen Booster für die notwendige Ambulantisierung des Gesundheitswesens zu verabreichen.

Prof. Dr. Andrew Ullmann

Facharzt für Innere Medizin, gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion

Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1, 11011 Berlin
Tel.: 030 227-72415
Fax: 030 227-70415
andrew.ullmann@bundestag.de
www.andrew-ullmann.de



Foto: Ullmann

» Für Unternehmen muss es attraktiv sein, die Entwicklung nicht nur im stationären Bereich anzusiedeln; auch der ambulante Bereich muss als Absatz- und Entwicklungsmarkt gesehen werden.«

Prof. Dr. Andrew Ullmann

Nicht zuletzt müssen wir bei den Patientinnen und Patienten für die Möglichkeiten und die Vorteile von ambulanten Operationen werben. Dazu gehört mehr als der Hinweis, dass eine OP auch ambulant gemacht werden könnte. Dazu gehört, dass die Patientinnen und Patienten über die Vorteile und Möglichkeiten ambulanter Operationen ausführlich medizinisch aufgeklärt werden. Das gehört dazu, um die Nachfrage nach den Leistungen zu erhöhen, die zum Wohle der Patientinnen und Patienten ambulant erbracht werden können – und dazu gehören ausdrücklich zahlreiche Operationen. Hier werden wir mit Sicherheit noch intensiv in der Politik darüber nachdenken, welche Wege und Mittel wir haben, um dies zu leisten.

Noch größere Verlagerungseffekte in den kommenden Jahren

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das ambulante Operieren einen wesentlichen Beitrag zur modernen Gesundheitsversorgung in Deutschland leistet. Durch den Einsatz fortschrittlicher Technologien und verbesserte Rahmenbedingungen werden wir in den kommenden Jahren hoffentlich eine noch größere Verlagerung in Richtung ambulanter Eingriffe sehen. Wir sind uns der Vorteile bewusst und unterstützen diese Entwicklung aktiv, um den Patientinnen und Patienten eine effizientere und komfortablere Versorgung zu bieten.

Sie haben eine ältere Ausgabe verlegt?
Sie wollen einer Kollegin den Link zum aktuellen Heft schicken?
Hier finden Sie das Online-Archiv unserer Zeitschrift.



Verlag für
Medizinkommunikation

CHIRURGENMAGAZIN
BAO Depesche



Wundbehandlung

Das Management der Behandlung chronischer Wunden im Ärztenetz

Durch das fachübergreifende abgestimmte Zusammenspiel der verschiedenen Leistungserbringer lässt sich eine dauerhafte Verbesserung der Versorgung chronischer Wunden erreichen. Eine wichtige Rolle spielt auch der sinnvolle Einsatz von Telemedizin, etwa in Form einer videobasierten elektronischen Visite.

Von Dr. Jürgen Beckmann und Annette Hempen

Chronische Wunden sind eine relevante und kostenintensive Erkrankung. Die Zahl der an chronischen Wunden leidenden Patient*innen steigt seit Jahrzehnten kontinuierlich, sei es durch das insgesamt gestiegene durchschnittliche Lebensalter oder durch die Zunahme von Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung wie etwa Diabetes mellitus, die chronische Wunden begünstigen.

Häufig werden chronische Wunden insuffizient versorgt – auch, weil es oft an ärztlicher Einbindung in den Behandlungsprozess mangelt. Stattdessen halten industrieabhängige Wundmanager*innen die Wundversorgung federführend in ihren Händen. Diese verfügen zwar durchaus über gute Fachkompetenz, sind jedoch oft wirtschaftlich über Provisionen, die für möglichst große Mengen verwendeter Wundtherapeutika gezahlt werden, abhängig von ihren Arbeitgebern, den Herstellern oder Händlern von Verbandstoffen.

Schulung in Art und Anwendung moderner Wundauflagen

Unter anderem aus diesen Gründen hat sich das Ärztenetz ‚Medizin und Mehr‘ e. G. Bünde (MuM) seit 2003 mit der Implementierung eines professionellen Wundmanagements befasst. Hierzu wurde schon vor 20 Jahren auf Netzebene im ersten Schritt eine anerkannte Ausbildung von Wundmanager*innen nach TÜV- bzw. ICW-Standard etabliert. Zunächst nur für das Ärztenetz, später und bis heute dann auch überregional, werden in diesen Kursen drei- bis viermal jährlich ca. 15 Teilnehmer*innen pro Kurs nach den Wundbehandlungsstandards der genannten Organisationen zum ‚Wundmanager TÜV/ICW‘ ausgebildet. Einen Schwerpunkt der Kurse bildet dabei die Schulung in Art und Anwendung der verschiedenen modernen Wundauflagen und Wundtherapeutika, durchaus unter Beachtung von Wirtschaftlichkeitsaspekten.

Kontaktaufnahme mit der Arztpraxis via Videoschaltung

Mit Entwicklung und Erprobung einer der ersten Videosprechstunden im Ärztenetz MuM, der elektronischen Visite namens ‚eVi‘, kam 2017 die Idee auf, das Wundmanagement durch Kombination mit der



Wenn bei der Wundbeurteilung durch die Wundmanager*innen im Pflegeheim oder bei den Patient*innen zu Hause Fragen auftauchen ...

Videosprechstunde in seiner Qualität weiter zu verbessern. Im Rahmen eines von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) finanziell unterstützten Projektes mit dem Namen SoMaWL als Kürzel für ‚Souveränes, ärztlich gesteuertes, industrieunabhängiges und E-Health gestütztes Wundmanagement in Westfalen-Lippe‘ wurden zwei beim Ärztenetz angestellte Wundmanager*innen mit Laptops, speziellen hochauflösenden Kameras und Tablets ausgestattet, auf denen die Videosprechstunden-Software installiert ist. Die Wundmanager*innen suchen Patient*innen mit chronischen Wunden in Pflegeheimen oder zu Hause auf und geben ihre Empfehlungen zur weiteren Wundbehandlung ab. Bei den Besuchen auftretende Fragen zur Wundbeurteilung oder dem weiteren Prozedere können durch Kontaktaufnahme mit den entsprechenden ärztlichen Wundexpert*innen im Ärztenetz, etwa der chirurgischen Gemeinschaftspraxis des Autors oder einer diabetologischen Praxis mit Fußschwerpunkt, im Rahmen einer Videoschaltung geklärt werden.

Schwer kranken, bettlägerigen Patient*innen werden damit Transporte in die Praxis erspart. Ärzt*innen erhalten durch die Möglichkeit der Wundbeurteilung per hochauflösendem Video eine erheblich gesteigerte Behandlungssicherheit verglichen mit einer telefonischen Situationsschilderung. Dabei ist zu betonen, dass die Besuchszeitpunkte der

Wundmanagerinnen in den allermeisten Fällen im Vorfeld bekannt sind, sodass entsprechende kurze Konsultationen ‚per eVI‘ ohne Probleme in den Praxisablauf eingeplant werden können.

Frühere Abheilung chronischer Wunden

Das gesamte Projekt wurde vom Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH (ZTG) NRW, einer Ausgründung des Gesundheitsministeriums NRW, evaluiert. Hierbei konnte nach zwei Jahren dargelegt werden, dass telemedizinisch unterstützte Wundversorgung durch geschulte Wundmanager*innen zu früherer Abheilung chronischer Wunden führt.

Eine weitere Ausbaustufe der Versorgung von Patienten*innen mit chronischen Wunden in der Region Bün­der Land stellt aktuell der Aufbau eines Wundzentrums unter Einbeziehung ärztlicher Expertise aus dem Ärztenetz MuM dar. Viele existierende Wundzentren werden von



Foto: MuM

... kann per Videoschaltung eine Ärztin oder ein Arzt aus dem MuM-Ärzt­netz zur Abklärung hinzugezogen werden

Investoren gegründet, sind an Krankenhäusern angesiedelt oder werden von freien Unternehmern in Zusammenarbeit mit Krankenhäusern betrieben. Niedergelassene Ärzt*innen erfüllen dabei oft nur noch die Funktion der ‚Rezeptlieferanten‘. Die Erträge aus der Verordnung teurer Verbandmaterialien decken dabei zwar einerseits die Betriebskosten des Wundzentrums unabhängig von EBM und GOÄ, andererseits errechnet sich aus ihnen aber auch eine oft einträgliche Rendite für kommerzielle Investoren – Geld, das dem Gesundheitswesen fehlt.

Interprofessionelles MuM-Wundzentrum gegründet

Aus diesem Grunde hat das Ärztenetz MuM e.G. die Initiative ergriffen und gemeinsam mit einem Pflegedienst, einer Apotheke und einem lokalen Gesundheitszentrum das ‚MuM Wundzentrum‘ gegründet. Die Wundversorgung erfolgt gemäß der aktuellen medizinischen Leitlinien. Spezialisierte Pflegekräfte, die die Anforderungen der zum 1. Januar 2022 angepassten Richtlinie zur Wundversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege (HKP-Richtlinien) erfüllen, sind täglich im Wundzentrum anwesend.

Zu definierten Zeiten in der Woche finden ärztliche Sprechstunden im Wundzentrum statt, bei denen das Vorgehen bei Problemfällen zwischen Wundpflegekräften und Ärzt*innen besprochen wird. Bei der

Dr. Jürgen Beckmann

Facharzt für Chirurgie, Viszeralchirurgie, Phlebologie

Vorstand Ärztenetz Medizin und Mehr e. G. Bünde

Victoriastr. 19, 32257 Bünde

Tel.: 05223 985-620

beckmann@mum-buende.de

www.mum-buende.de

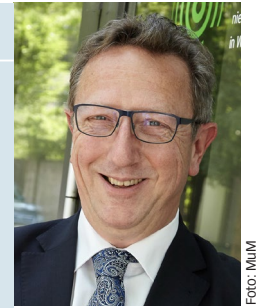


Foto: MuM

Annette Hempen

Master of Health Business Administration (MHBA)

Geschäftsführerin Ärztenetz Medizin und Mehr e. G. Bünde

Victoriastr. 19, 32257 Bünde

Tel.: 05223 985-620

hempen@mum-buende.de

www.mum-buende.de



Foto: MuM

KVWL haben die Ärzt*innen eine ausgelagerte Praxisstätte angezeigt, um die Abrechenbarkeit ihrer im Wundzentrum erbrachten Leistungen zu gewährleisten. Außerhalb der fixen Sprechzeiten können Mitarbeitende des Wundzentrums – wie schon oben geschildert – kurzfristig per Videosprechstunde mit betreuenden Ärzt*innen in Kontakt treten, um unerwartete Befunde zu demonstrieren und das weitere Vorgehen festzulegen.

‚Wirtschaftliche‘ Verordnung minimiert Regressgefahr

Die Verwaltung des Wundzentrums – von der Mietzahlung über Mitarbeiterschulung bis zum Ordnungsmanagement der zur Anwendung kommenden Verbandstoffe – liegt in den Händen des Ärztenetzes MuM. Zur Sicherheit der Netzmitglieder und zur Sicherung der Behandlungsqualität sollen dabei im Wesentlichen Verbandstoffe zum Einsatz kommen, die gemäß Positivliste der AOK als ‚wirtschaftlich‘ gelten und bei deren Verordnung die Regressgefahr für die verordnenden Kollegen*innen minimiert wird.

Die Erfahrung aus Projekten der letzten Jahrzehnte hat gezeigt, dass für die Etablierung von Standards im Ärztenetz viel Koordinations- und Kommunikationsarbeit geleistet werden muss. Das erfordert den Einsatz von personellen und zeitlichen Ressourcen. Da für solche Arbeiten, also die Koordination unterschiedlicher Leistungserbringer, die Schulung von Personal und Steuerung der oft multimorbiden und alten Patient*innen durch den komplexen Behandlungsprozess mit vielen Akteur*innen von keiner Seite eine Finanzierung vorgesehen ist, soll hierfür das wirtschaftliche Delta, sprich die mögliche Rendite aus dem Betrieb des Wundzentrums, genutzt werden. Denn nur durch das fachübergreifend abgestimmte Zusammenspiel der verschiedenen an der Wundversorgung beteiligten Leistungserbringer ist eine dauerhafte Verbesserung der Versorgung chronischer Wunden zu erreichen. ◀

Hygienenaufgaben

Gleichbehandlung von ambulant und stationär darf keine Einbahnstraße sein!

Die ANC Westfalen-Lippe hat einen Kommentar zur neuesten Hygieneempfehlung der KRINKO veröffentlicht, mit der u. a. die verpflichtende Beratung durch einen Krankenhaushygieniker festgelegt wird. Die Richtlinie gilt bundesweit und stellt ambulante OP-Praxen vor schier unlösbare Herausforderungen.

Von Dr. Holger Brinkmann und Dr. Michael Demmel

Grundsätzlich begrüßen wir als Berufsverband der ambulant tätigen, niedergelassenen Chirurgen alle Bemühungen seitens des Gesetzgebers zur Reduktion beziehungsweise Vermeidung nosokomialer Infektionen. Bereits seit mehr als zehn Jahren wurden viele Maßnahmen in ambulant operativ tätigen Einrichtungen (ambulanten OP-Zentren, inhaber- und/oder investorengeführten medizinischen Versorgungszentren, Einzel- und/oder Gemeinschaftspraxen mit operativen Eingriffsräumen) umgesetzt. Hygienebeauftragte Ärzte sowie die Hygienefachkräfte sind in jeder ambulant operativ tätigen Einrichtung vorgeschrieben und werden in den operativ tätigen chirurgischen Praxen vorgehalten.

Die Aufgabe des Hygienebeauftragten Arztes ist es, in enger Zusammenarbeit die notwendigen auf den Verantwortungsbereich zugeschnittenen Hygienemaßnahmen umzusetzen, wie auch den Ursachen nosokomialer Infektionen nachzugehen, um möglichst zeitnah Maßnahmen einzuleiten.

Die nun veröffentlichte neue KRINKO-Empfehlung (siehe Kasten) sieht vor, dass eine dem Leistungsspektrum entsprechende ausreichende Beratung durch einen Krankenhaushygieniker (KHH) gewährleistet sein muss.

Es gibt immer noch nicht genug Krankenhaushygieniker

Doch gleich im nächsten Absatz stellt die KRINKO fest, dass die beschlossene Regelung zum jetzigen Zeitpunkt bei der geringen Anzahl der zur Zeit zur Verfügung stehenden KHH nicht umsetzbar ist. Selbst die Schaffung einer curriculären 200-stündigen Zusatzausbildung ‚Krankenhaushygiene‘, mit der sich Fachärzte für die geforderten Tätigkeiten qualifizieren können, hat nicht zu einer signifikanten Entlastung bei der massiven Unterversorgung mit KHH geführt.

Insgesamt wird nun festgelegt, dass aufgrund der in den letzten Jahren gestiegenen Risiken für nosokomiale Infektionen sich im Sinne der Patientensicherheit die Notwendigkeit ergibt, den Bedarf an Hygiene-

fachpersonal auf Basis einer Risikobewertung für jede medizinische Einrichtung individuell zu ermitteln.

Für den ambulanten Bereich sind hier Struktur und Größe der ambulanten Einrichtung sowie Art und Umfang der angebotenen und durchgeführten Leistung zu bewerten. Für Krankenhäuser gilt des Weiteren, dass Funktionsabteilungen und sonstige bettenferne Abteilungen wie Notfallambulanzen, Ambulanzen und Spezialambulanzen den Beratungsbedarf durch Hygienefachpersonal beeinflussen. Der genaue Schlüssel wurde festgelegt und wird durch die Hygienekommission der jeweiligen Einrichtung nachvollziehbar zu dokumentieren sein.

Folgen für die Vermeidung nosokomialer Infektionen

Richtigerweise verzichtet die KRINKO auf eine Unterscheidung, wo und in welchem Umfang die entsprechende operative Leistung (ambulant und/oder stationär) erbracht wird. Ziel ist es, nosokomiale Infektionen nach Möglichkeit vollständig zu vermeiden.

Alle niedergelassenen Chirurgen und Chirurgen führen – in der Mehrzahl digitale – Operationsbücher, digitale Infektionsstatistikbücher, in denen sämtliche nosokomialen Infektionen (aber auch Komplikationen innerhalb von 30 Tagen nach erfolgtem operativen Eingriff) sowie die ab und zu notwendige perioperative einmalige intravenöse Antibiotika-Prophylaxe aufgelistet werden. Zusätzlich sind die ambulanten Operateure, welche bestimmte operative Leistungen erbringen, seit Jahren verpflichtet, an der jährlichen Befragung zu einrichtungsbezogenen Hygienemaßnahmen und Infektionen durch das SQS-Verfahren teilzunehmen. Seit Jahren wird durch die ambulant operativ tätigen Chirurgen und Chirurgen eine Surveillance hinsichtlich des individuellen Infektionsrisikos des zu Operierenden in Abhängigkeit von dem geplanten Eingriff durchgeführt. Die im SQS-Verfahren ermittelten, verschwindend niedrigen Zahlen postoperativer Infektionen bestätigen die herausragende und effektive Behandlung der ambulant operativ tätigen Kolleginnen und Kollegen.

» Bevor nicht genügend Krankenhaushygieniker ausgebildet sind, müssen Übergangsfristen gelten, um allen operativ tätigen Kollegen einen rechtssicheren Umgang mit der KRINKO-Empfehlung zu ermöglichen.«

Dr. Holger Brinkmann

In ihrer neuen Empfehlung zeigt die KRINKO beispielhafte Berechnungen auf, wie sich der Bedarf an Hygienepersonal für Krankenhäuser ermitteln lässt. Übertragen auf ambulante Einrichtungen heißt dies, dass jede Einrichtung 0,04 Hygienefachkraft und 0,01 Krankenhaushygieniker vorhalten muss – ungeachtet der bereits dargestellten vorhandenen effektiven Strukturen in ambulant operativ tätigen Einrichtungen durch das Vorhalten einer hygienebeauftragten Fachkraft sowie eines hygienebeauftragten Arztes.

Wer trägt die Kosten für 3,1 KHH in Westfalen-Lippe?

Für uns niedergelassene Chirurginnen und Chirurgen in Westfalen-Lippe bedeutet dies, dass bei aktuell noch 310 chirurgischen Kassen-sitzen mindestens 3,1 (nicht vorhandene) KHH eingestellt werden müssten. Bei einer niedrig geschätzten Kostenstruktur von jährlich etwa 250.000 Euro pro KHH ergeben sich jährliche Zusatzkosten von 750.000 Euro. Wir meinen: Die Refinanzierung von 2.420 Euro pro Praxis (ohne Nebenkosten und Sozialabgaben) muss, da es sich um eine gesetzlich verordnete Maßnahme handelt, auf Länder- oder Bundesebene geregelt werden.

Eine Kernaussage der neuen KRINKO-Empfehlung lautet, dass der ambulante und der stationäre Sektor in Bezug auf das Risiko nosokomialer Infektionen nach gleichen Standards bewertet werden müssen. Dies darf nicht als ‚Einbahnstraße‘ gedacht werden: Für den ambulanten Sektor müssen nicht nur dieselben Standards gelten wie für den stationären, sondern es müssen auch umgekehrt für den stationären Sektor dieselben Standards gelten wie für den ambulanten. Nosokomiale Infektionen im ambulanten Sektor sind bekanntlich äußerst selten.

Dr. Holger Brinkmann

Niedergelassener Chirurg

Vorsitzender der ANC Westfalen-Lippe
Vorsitzender des Finanzausschusses
der KV Westfalen-Lippe

Krummel 1, 59494 Soest
Tel.: 02921 3913340
dr-brinkmann-soest@outlook.de



Foto: Brinkmann

Sollten Krankenhäuser nicht in der Lage sein, die vorgeschriebene Zahl an Hygienefachkräften vorzuhalten, muss im Sinne der Gleichbehandlung darauf gedrängt werden, auch hier – wie es im ambulanten Sektor leider Realität ist – Stationen, Ambulanzen und/oder operative Einrichtungen zu schließen. Hier wäre in Abhängigkeit von der kommenden Entwicklung und Umsetzung dieser Empfehlung zu überlegen, diese geforderte Gleichbehandlung von stationärem und ambulatem Sektor gerichtlich überprüfen zu lassen!

Schlussfolgerung

Die ambulant operativ tätigen Kolleginnen und Kollegen sind natürlich bereit, ihren hohen Aufwand zur Patientensicherheit wie bisher fortzuführen und sperren sich nicht gegen eine Umsetzung der KRINKO-Empfehlungen. Dieses sollte jedoch personell überhaupt möglich sein. Bevor nicht genügend KHH ausgebildet sind, müssen Übergangsfristen gelten, um allen Beteiligten einen rechtssicheren Umgang mit der KRINKO-Empfehlung zu ermöglichen. ◀

Bekanntmachung der KRINKO: Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen

Im Februar 2023 hat das Robert Koch-Institut (RKI) eine neue Empfehlung der RKI-Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) veröffentlicht, die eine entsprechende Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen aus dem Jahr 2009 ablöst. Darin heißt es bereits in der Einleitung, die Inhalte der Empfehlung seien „nicht mehr nur auf Krankenhäuser beschränkt, sondern wurden um die medizinischen Einrichtungen gemäß § 23 Abs. 3 Satz 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) erweitert“. Hierzu zählen auch Einrichtungen für das ambulante Operieren.

Im Gegensatz zur Fassung von 2009 sind nunmehr Aufgaben zur Surveillance gesetzlich fixiert worden. Gemäß § 23 Abs. 4 IfSG sind die Leiter von Krankenhäusern, Einrichtungen für ambulantes Operieren sowie Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, zur Erfassung und Bewertung bestimmter nosokomialer Infektionen mit oder ohne resistente Erreger (Surveillance) und von Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen wie auch zu Art und Umfang des Antibiotikaverbrauchs verpflichtet. Sie haben darüber hinaus sicherzustellen, dass „sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen gezogen werden und dass die erforderlichen Präventionsmaßnahmen dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden“. Die Rate dieser Infektionen in einer medizinischen Einrichtung wird als eine messbare Größe für die Ergebnisqualität infektionspräventiver Maßnahmen angesehen.

In der neuen KRINKO-Empfehlung wird darauf hingewiesen, dass gemäß IfSG „Krankenhäuser und weitere medizinische Einrichtungen in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensanweisungen zur Infektionshygiene festlegen müssen, die

sich an den Infektionsrisiken in den betreffenden Einrichtungen orientieren müssen“. Eine weitere Vorgabe ist das Vorhalten eines Krankenhaushygienikers (KHH), der als approbierter Humanmediziner die Prävention und Kontrolle von nosokomialen Infektionen in medizinischen Einrichtungen koordiniert. Entsprechend muss jede stationäre wie ambulante medizinische Einrichtung organisatorisch sicherstellen, dass eine, dem Leistungsspektrum entsprechend ausreichende, Beratung durch einen KHH gewährleistet ist.

Aufgrund der in den letzten Jahren gestiegenen Risiken für nosokomiale Infektionen ergibt sich der KRINKO zufolge im Sinne der Patientensicherheit die Notwendigkeit, den Bedarf an Hygienefachpersonal auf der Basis einer Risikobewertung für jede medizinische Einrichtung individuell zu ermitteln. In ambulanten Einrichtungen sind hierfür jeweils die Struktur und Größe sowie Art und der Umfang der angebotenen und durchgeführten Leistungen zu bewerten. Je nachdem wie viele Patienten grundsätzlich in der Einrichtung bzw. auf einer bestimmten Station behandelt werden, welches Risiko die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mit sich bringen und welche Disposition bei den behandelten Patienten vorliegt, ist ein unterschiedlich hoher Bedarf für krankenhaushygienische Tätigkeiten zu erwarten. Für Tageskliniken, Notfallambulanzen, die Summe der Ambulanzen und die Summe der Spezialambulanzen ergibt sich jeweils ein KHH-Bedarf von 0,01 Vollzeitkräften, der Bedarf an Hygienefachkräften wird mit 0,04 Vollzeitkräften angegeben.

Quelle: Bundesgesundheitsblatt 2023, 66:332–351
doi.org/10.1007/s00103-022-03647-3

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

Arbeitsgemeinschaften Niedergelassener Chirurgen (ANC)

ANC Baden-Württemberg Nord

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

ANC Berlin

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

ANC Brandenburg

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

ANC Hamburg

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

HCV Hessen

Jan Henniger
Gotenstr. 6-8, 65929 Frankfurt
Telefon 069 310646-15
www.hcv-ev.de

ANC Mecklenburg-Vorpommern

Ulrich Braune
Wisnarsche Str. 132-134, 19053 Schwerin
Telefon 0385 5507502

ANC Mitteldeutschland

Dr. Arndt Voigtsberger
Frankenhäuser Str. 50
99706 Sondershausen
Telefon 03632 757676

ANC Mittelfranken

Dr. Hans Peter Koerfgen
Schwabedastr. 1, 91522 Ansbach
Telefon 0981 48840-0
www.anc-mittelfranken.de

ANC Niederbayern

Dr. Albert Solleder
St.-Elisabeth-Str. 23
94315 Straubing
Telefon 09421 710777-0

ANC Niedersachsen

Dr. Gerd-Dieter von Koschitzky
Moorstraße 78-80, 29664 Walsrode
Telefon 05161 73021
www.anc-niedersachsen.de

ANC Nordrhein

Dr. Manfred Weisweiler
Vogteistr. 16, 52511 Geilenkirchen
Telefon 02451 91068-0

ANC Oberbayern

Dr. Michaela Keller
Theaterstr. 29
80333 München
Telefon 089 221050

ANC Oberfranken

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

ANC Oberpfalz

Dr. Heinz Rödl
Krankenhausstraße 12
93149 Nittenau
Telefon 09436 902294

ANC Rheinland-Pfalz

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

ANC Schleswig-Holstein

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

ANC Schwaben

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

ANC Südbaden

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

ANC Südwürttemberg

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

ANC Unterfranken

Dr. Harald Herterich
Hermann-Löns-Str. 2, 97447 Gerolzhofen
Telefon 09382 99992

ANC Westfalen-Lippe

Dr. Holger Brinkmann
Krummel 1, 59494 Soest
Telefon 02921 3913340
www.ancwl.de

BNKD Berufsverband der niedergelassenen Kinderchirurgen

Dr. Ralf Lippert
Große Parower Str. 47-53
18435 Stralsund
Telefon 03831 351805

Berufsverband Niedergelassener Chirurgen (BNC)

1. Vorsitzender

Jan Henniger
Gotenstr. 6-8, 65929 Frankfurt
Telefon 069 310646-15

2. Vorsitzender

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

Schatzmeisterin

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

Beisitzer

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

Beisitzer

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

Ehrenvorsitzender

Dr. Dieter Haack

BNC Geschäftsstelle

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

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

Landesverbände Ambulantes Operieren (LAO)

LAO Bayern e.V.

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

LAO Berlin e.V.

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

LAO Brandenburg e.V.

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

LAO Hamburg e.V.

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

LAO Niedersachsen e.V.

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

Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO)

Präsident

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

Vizepräsident

Dr. Axel Neumann
Fürstenrieder Str. 69, 80686 München
Telefon 089 5468880

Schatzmeister / Synopse PKG

Dr. Raphael Hansen
Bismarckstr. 45-47, 10627 Berlin
Telefon 030 3837705-0

Schriftführer

Dr. Jörg Hennefründ
Achterstr. 21A, 26122 Oldenburg
Telefon 0441 922700

Beisitzer internat. Beziehung / IAAS

Dr. Gerd-Dieter von Koschitzky
Moorstraße 78, 29664 Walsrode
Telefon 05161 7302

Beisitzerin

Dr. Kerstin Schick
St.-Bonifatius-Str. 5, 81541 München
Telefon 089-696200

Beisitzer / IT

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

Beisitzer / AND

Dr. Roberto Castello
Reichenberger Str. 3, 13055 Berlin
Telefon 030 79789820

Ehrenpräsident

Prof. Dr. Jost Brökelmann
Sternstorbrücke 1, 53111 Bonn
Telefon 0228 692423

BAO Geschäftsstelle

Geschäftsführerin

Tamara Dietze
Joachim-Karnatz-Allee 7
10557 Berlin
Telefon 030 319 58 413
E-Mail buero@bao.berlin

Mitgliederverwaltung

David Hennig
Joachim-Karnatz-Allee
710557 Berlin
Telefon 030 319 58 413
E-Mail hennig-buero@bao.berlin

Westfalen-Lippe

20 Prozent weniger Kliniken? KVWL und ANC sind zur Neuordnung bereit

Für die nächsten zehn Jahre rechnet die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) mit der Schließung vieler Klinikstandorte in Deutschland. Zugleich ist im Zuge der Krankenhausreform eine stärkere Spezialisierung im stationären Sektor vorgesehen. Aus Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) kann der ambulante Sektor als Vorbild dienen – und zugleich freierwerbendem Klinikpersonal neue berufliche Perspektiven bieten.

Nach Schätzungen der DKG könnten etwa 20 Prozent aller Klinikstandorte in Deutschland von einer Schließung betroffen sein. Diese Prognose geht einher mit der angekündigten Krankenhausreform von Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach (SPD), die unter anderem eine stärkere Spezialisierung der Krankenhäuser vorsieht. In einer Pressemitteilung vom 20. Juni 2023 begrüßte die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) explizit, dass im stationären



Dr. Holger Brinkmann
Vorsitzender der
ANC Westfalen-Lippe

Foto: Brinkmann

grafische Wandel trifft auch den ambulanten Sektor, daher würden wir die 20 Prozent Personal sofort übernehmen“, betonte Dr. Spelmeyer.

Der Vorsitzende der ANC Westfalen-Lippe, Dr. Holger Brinkmann, unterstützt den Vorstoß der KVWL. Selbst als Finanzvorstand in der KVWL aktiv, ergänzte er: „Angesichts von jährlich rund 600 Millionen Patientenkontakten ist der vertragsärztliche Sektor das Bollwerk der medizinischen Versorgung“. Auch die niedergelassenen Chirurginnen und Chirurgen in seiner ANC würden sich über mehr Personal freuen. „So einen Prozess müsste die Politik natürlich begleiten und für entsprechende Finanzierung sorgen“, betonte Dr. Brinkmann mit Blick auf die höheren Gehälter, die Medizinische Fachangestellte derzeit im stationären Sektor erzielen können. Um die höheren Personalkosten durch die Übernahme von Klinikpersonal zu kompensieren, forderte er eine deutliche Anhebung des EBM-Punktwerts um mindestens zwölf Prozent. „Wenn man einmal vergleicht, mit welchen Lohnforderungen die Eisenbahner aktuell in den Streik ziehen, dann sind das keine überzogenen Erwartungen.“

Kurzlink zur Pressemitteilung der KVWL: tinyurl.com/5ft2ew7h



Foto: Pixabay

Wenn ein Fünftel der Kliniken die Türen schließt, könnten aus Sicht der KV und auch der ANC Westfalen-Lippe vertragsärztliche Praxen einspringen und auch das freierwerbende Personal übernehmen.

Sektor „bekannte Doppelstrukturen abgeschafft werden sollen“. So erklärte der KVWL-Vorstandsvorsitzende Dr. Dirk Spelmeyer: „Eine schärfere Fokussierung auf eine moderne und professionelle Versorgungsstruktur ist unabdingbar. Die Probleme mit den Doppelstrukturen sind ja bereits seit Jahrzehnten bekannt. Schön, dass dies jetzt auch endlich auf Bundesebene mal auffällt. Jetzt müssen den Worten aber zügig Taten folgen.“

Aus Sicht der KVWL kann der ambulante Sektor bei der Umsetzung der anstehenden Neuordnung der Krankenhauslandschaft als Vorbild dienen. „Bei uns wird nicht nur von schlanken, einheitlichen und patientenorientierten Strukturen gesprochen, sie werden im Alltag Tag für Tag gelebt. Wenn es um die Neustrukturierung der Kliniken geht, steht das System der ambulanten Versorgung gerne als Blaupause zur Verfügung“, meinte Dr. Dirk Spelmeyer. Sollte es im Zuge der Krankenhausreform zur Freistellung von Ärzten und Pflegepersonal kommen, stehe der niedergelassene Bereich ebenfalls sofort parat. „Wir sind das Fundament des deutschen Gesundheitssystems. Doch der demo-

Erratum:

Falscher Vorname für Dr. Wolfgang Miller

In Heft 2.2023 haben wir an dieser Stelle dem als MEDI-Spitzenkandidat gerade wiedergewählten Präsidenten der Landesärztekammer (LÄK) Baden-Württemberg fälschlicherweise den Vornamen ‚Frank‘ gegeben. Richtig ist: Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, der in Echterdingen niedergelassen und seit 2019 LÄK-Präsident ist, heißt Dr. Wolfgang Miller. Wir bitten, diesen Fehler zu entschuldigen.



Foto: Rommy Schönebaum

Der wiedergewählte
Präsident der Ärztkammer:
Dr. Wolfgang Miller

Kontakt:

www.aerztekammer-bw.de
www.medi-verbund.de

Nordrhein

„Der kassenärztliche Notdienst wird so sicher an die Wand gefahren!“

Poolärztinnen und -ärzte – häufig Ruheständler oder Klinikärztinnen und -ärzte, die dazu eine Vereinbarung mit der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung schließen – nehmen vielerorts freiwillig am Bereitschaftsdienst teil und entlasten diesen in erheblichem Umfang. Doch neuerdings macht eine Rechtsauffassung der Deutschen Rentenversicherung die Runde, wonach Poolärztinnen und Poolärzte, die im ambulanten Bereitschaftsdienst tätig sind, künftig als abhängig beschäftigt eingestuft werden und damit der Sozialversicherungspflicht unterliegen sollen.

„Die Politik könnte einmal zur Abwechslung versuchen uns zu helfen, die ständig steigenden Anforderungen in der Versorgung der Kranken in diesem Land zu bewältigen. Stattdessen werden immer neue Hürden aufgestellt. Der kassenärztliche Notdienst wird so sicher vor die Wand gefahren, und dann ist es mal wieder keiner gewesen!“ Mit diesen Worten hat der Vorsitzende der ANC Nordrhein, Dr. Manfred Weisweiler die Pläne kommentiert. Er liegt damit auf einer Linie mit dem Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO), Dr. Frank Bergmann, und dem Präsidenten der Ärztekammer Nordrhein (ÄKNO), Rudolf Henke. Beide hatten die Überlegungen in einer gemeinsamen Pressemitteilung vom 26. Juni 2023 scharf kritisiert.

So erklärte Dr. Bergmann: „Sollte es so kommen, dass Poolärztinnen und Poolärzte im Bereitschaftsdienst unter die Sozialversicherungspflicht fallen, würde dies die etablierten Strukturen in der Notfallversorgung nachhaltig zerstören – darauf können wir der regierenden Ampelkoalition schon jetzt Brief und Siegel geben.“ Es gehe dabei in keiner Weise darum, dass die KVNO sowie auch andere Länder-KVen Kosten sparen wollen, betonte der KVNO-Chef. „Fakt ist, dass die freiwillig im Bereitschaftsdienst tätigen Kolleginnen und Kollegen sich schlichtweg nicht anstellen lassen möchten! Diese Tatsache wollen offenbar einige der handelnden Personen in Berlin nicht verstehen.“ Ohne Poolärztinnen und Poolärzte, die die Arbeit in den Notdienstpraxen stark entlasten und den Niedergelassenen damit gleichzeitig



auch mehr Luft für die Arbeit in der eigenen Praxis verschaffen, werde der Bereitschaftsdienst in seiner jetzigen Form nicht mehr zu stemmen sein, prophezeite Dr. Bergmann. „Dies wird nicht nur massive Auswirkungen auf das KV-System, sondern vielmehr auch auf die Notfallversorgung der Patientinnen und Patienten insgesamt haben – im ambulanten wie im stationären Bereich.“

Er verwies auf die geschaffenen Strukturen der Portalpraxen in Nordrhein – mit den Krankenhäusern auf der einen und der ambulanten Akutversorgung auf der anderen Seite, in denen die Patientinnen und Patienten über einen gemeinsamen Tresen in die richtige Behandlungsschiene gelenkt werden. Diese würden nicht mehr aufrechtzuerhalten sein. „Dies hätte also fatale Folgen für den stationären sowie auch für den ambulanten Sektor, was wir uns bei der momentanen Lage und hohen Belastung beider Bereiche überhaupt nicht leisten können“, warnte Dr. Bergmann und ergänzte: „Mir ist immer noch schleierhaft, wie man ohne Not auf eine solche Idee kommen kann. Ich hoffe sehr, dass in dieser Diskussion nun sehr zeitnah Vernunft einkehrt und der Gesetzgeber festlegt, dass Ärztinnen und Ärzte für die Tätigkeit speziell im ambulanten Bereitschaftsdienst von der Sozialversicherungspflicht ausgenommen sind.“

Und ÄKNO-Präsident Rudolf Henke erklärte: „Wir schlagen vor, dass für den ambulanten Bereitschaftsdienst eine Ausnahmegenehmigung von der Sozialversicherungsbeitragspflicht (§ 23c SGB IV) analog zur Tätigkeit für Notärztinnen und Notärzte im öffentlichen Rettungsdienst formuliert wird.“ Damit würde es sicherer, dass auch zukünftig genügend Poolärztinnen und -ärzte für den ambulanten Bereitschaftsdienst zur Verfügung stehen. „Uns ärztliche Körperschaften eint dabei das Ziel, dass wir in einer alternden Gesellschaft den ambulanten Bereitschaftsdienst im Sinne unserer Patientinnen und Patienten gewährleisten und das Kollegium in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser entlasten wollen.“

Auch in anderen KV-Regionen hat sich die ärztliche Selbstverwaltung gegen die Pläne zur Sozialversicherungspflicht ausgesprochen.

Kurzlink zur gemeinsamen Pressemitteilung: tinyurl.com/439pynbn

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

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

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

Hessen

Landesweiter Rahmenausbildungsplan für ATA und OTA erlassen

Medizinische Einrichtungen in Deutschland leiden unter spürbarem Fachkräftemangel. Das gilt auch für die Operationssäle, deren erfolgreicher Betrieb ohne Assistentinnen und Assistenten undenkbar ist. Um dem Fachkräftemangel auf diesen Gebieten entgegenzuwirken, gilt es daher, junge Menschen für diese anspruchsvolle Tätigkeit zu begeistern – unter anderem mit einer hoch qualifizierten, interessanten und transparenten Ausbildung.

Wie das Hessische Landesamt für Gesundheit und Pflege (HLfGP) mitteilte, hat das Land Hessen nun – eigenen Angaben zufolge als erstes Bundesland – einen Rahmenausbildungsplan für anästhesie- und operationstechnische Assistenzberufe (ATA, OTA) erlassen. Hintergrund ist die Verabschiedung und das Inkrafttreten des ‚Bundesgesetzes über die Berufe der Anästhesietechnischen Assistentinnen und Assistenten und Operationstechnischen Assistentinnen und Assistenten‘ (ATA-OTA-G) und der ‚Ausbildungs- und Prüfungsverordnung‘ (ATA-OTA-APrV), durch die seit dem 1. Januar 2022 die anästhesie- und operationstechnischen Assistenzberufe staatlich anerkannt sind. Gesetz und Verordnung regeln die Anforderungen, die von den Ausbildungsstätten im gesamten Bundesgebiet erfüllt sein müssen. Unter anderem müssen alle Schulen ein eigenes Curriculum vorlegen, das das Erreichen der gesetzlich festgelegten Ausbildungsziele nachweist. Hierzu ermöglicht das ATA-OTA-Gesetz den Bundesländern, einen entsprechenden landesweit gültigen Rahmenplan zu erarbeiten.

Der am 31. Mai 2023 vom HLfGP erlassene Rahmenausbildungsplan soll nun die hessischen ATA-OTA-Schulen bei der Erstellung eines eigenen Curriculums unterstützen und eine landesweit einheitliche Struktur für die Vermittlung von Theorie und Praxis bieten. Damit wird hessenweit eine inhaltlich und zeitlich vergleichbare Ausbildung der anästhesie- und operationstechnischen Assistenzberufe gewährleistet.

„Entscheidend für die Qualität dieses Rahmenausbildungsplans ist die Tatsache, dass er unter intensiver und enger Zusammenarbeit nahezu aller 20 hessischen ATA-OTA-Schulen mit dem HLfGP entwickelt wurde“, erklärte Christof Diefenbach, Vizepräsident des HLfGP. So werde die Akzeptanz von Schulen und Auszubildenden gleichermaßen erhöht und ein Wechsel der Ausbildungsstätte innerhalb Hessens sowohl für Auszubildende als auch für Auszubildende ohne zeitliche oder Qualitätseinbußen deutlich erleichtert. Diefenbach: „Der Erlass des erarbeiteten Rahmenausbildungsplans für anästhesie- und operationstechnische Assistenzberufe in Hessen durch das HLfGP stellt ein entscheidendes Qualitätsmerkmal in der Ausbildung anästhesie- und operationstechnischer Assistenzberufe in Hessen dar und kann als zielführende und nachhaltige Maßnahme gegen den Fachkräftemangel in deutschen medizinischen Einrichtungen angesehen werden.“

Weitere Informationen unter diesem Kurzlink: tinyurl.com/2vyhf3r9

Baden-Württemberg

Widerstand gegen investorenbetriebene MVZ weitet sich aus

„Es ist richtig und gut, dass die Bundesregierung mit dem geplanten MVZ-Regulierungsgesetz den systemfremden und systemschädlichen Interessen von Kapitalinvestoren entgegengetreten will. Einige Punkte sollten aber nachgebessert werden.“ Mit diesen Worten begrüßte der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW), Dr. Karsten Braun, den Vorstoß der drei Bundesländer Bayern, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein. Diese hatten ein Eckpunktepapier vorgelegt um die Bundesregierung dazu zu bringen, endlich ein Gesetz zur Regulierung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) vorzulegen. Die KVBW unterstütze z. B. die Forderung nach einer Kennzeichnungspflicht und einem MVZ-Register mit Offenlegung nachgelagerter Inhaberstrukturen.

Die im Eckpunktepapier der drei KVen Bayern, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein vorgesehene räumliche Begrenzung von MVZ auf einen Radius von 50 Kilometer hält Dr. Braun jedoch für zu kleinräumig gedacht. „Ich befürworte es, dass beispielsweise ein Besitzer einer Acht-Betten-Klinik auf einer kleinen Nordseeinsel nicht in ganz Deutschland eine MVZ-Kette betreiben kann. Aber den Radius auf nur 50 Kilometer festzulegen, ist unrealistisch. Er sollte auf das jeweilige Bundesland bzw. den jeweiligen KV-Bereich ausgedehnt werden.“

Parallel dazu hat auch das Ärztenetz MEDI GENO Deutschland ein Zehn-Punkte-Programm zu investorenbetriebenen MVZ (iMVZ) vorgelegt. Mit ihm möchte man der drohenden Interessenkollision zwischen ärztlicher Behandlungsfreiheit und wirtschaftlichen Interessen entgegengetreten, die effektive regionale Versorgungsstrukturen gefährdet. In seinem Zehn-Punkte-Programm fordert MEDI GENO Deutschland, die Daseinsvor- und -fürsorge müsse unabhängig von der MVZ-Trägerschaft im Mittelpunkt der regionalen Versorgung stehen. Auch beim Aufbau von MVZ müsse das Ziel allein die Sicherstellung der Versorgung und nicht der Aufbau konkurrierender Strukturen sein.

MEDI GENO fordert zudem, MVZ-Strukturen derart zu gestalten, dass sie angestellten Ärztinnen und Ärzten den Weg in die Selbständigkeit eröffnen. „Der Weg in die Selbständigkeit ist Alleinstellungsmerkmal gegenüber Investoreneinrichtungen“, heißt es in dem Zehn-Punkte-Plan. Damit eine ärztliche MVZ-GmbH selbst auch ein MVZ gründen kann und die Anstellung im eigenen MVZ nicht erschwert wird, müssten zwei entsprechende Urteile des Bundessozialgerichts per Gesetz gegenreguliert werden. Im Gegensatz zu einem entsprechenden Positionspapier der Bundesärztekammer von Januar 2023 beont MEDI GENO, dass ärztlicher Nachwuchsmangel und Versorgungsnotwendigkeiten es nicht zulassen, nur noch fachübergreifende MVZ zuzulassen und eine Verpflichtung zum örtlichen und fachlichen Bezug des MVZ-Gründers zu seinem MVZ einzuführen.

Kurzlinks zu den Mitteilungen: tinyurl.com/2sehmak3, tinyurl.com/4fy9zh5y

Aktuelles zum Arztrecht vom BNC-Justiziar

Rückforderungen der PKV – Helfen Abtretungsverbote im Behandlungsvertrag?

Manche Gerichte halten es für unzulässig, im PKV-Behandlungsvertrag Abtretungsverbote zu vereinbaren. Bis zur höchstrichterlichen Klärung sollten diese unbedingt die absehbaren und ausdrücklich im Behandlungsvertrag vereinbarten sowie mögliche weitere, damit im Zusammenhang stehende Behandlungsleistungen erfassen.

Von Jörg Hohmann

Aktuell werden viele Operateur*innen mit Rückforderungen der privaten Krankenversicherung konfrontiert. So wird als Beispiel bei Injektionen in ein Gelenk nach Nr. 255 GOÄ die zusätzliche Abrechnung der Ziffer 2442 GOÄ berichtet – und zwar häufig gleich für mehrere Jahre rückwirkend. Dadurch können sich erhebliche Rückforderungssummen aufbauen. Um sich vor solchen Abrechnungsstreitigkeiten zu schützen, überlegen manche, in Behandlungsverträgen künftig Abtretungsverbote zu vereinbaren. Die Wirksamkeit solcher Abtretungsverbote ist allerdings nicht unumstritten.

Teilweise wird von den Gerichten angenommen, ein Abtretungsverbot sei unzulässig, weil die Forderungen der Kostenträger bereits per Gesetz übergehen (Urteil Landgericht Freiburg vom 08.12.2011 – Az. 3 S 306/10). Auch das Oberlandesgericht (OLG) Düsseldorf hat in der Entscheidung vom 22.02.2007 – Az. I-8 U 119/06 ebenso wie das OLG Köln vom 21.12.2005 – Az. 5 U 81/05 festgestellt, dass der Ausschluss von Abtretungsansprüchen rechtswidrig sei. Zuletzt hatte auch das OLG Karlsruhe in seiner Entscheidung vom 17.08.2022 – Az. 7 U 143/21 die Auffassung vertreten, ein Abtretungsverbot sei trotz ausdrücklichem Hinweis eine überraschende Klausel im Sinne des § 305 c BGB, sofern sich das Abtretungsverbot nicht nur auf die im Behandlungsvertrag aufgeführten Leistungen beziehe, sondern sich auf alle Forderungen der im Anschluss an die Behandlung gestellten Rechnungen erstrecke.

Bislang keine höchstrichterliche Rechtsprechung

Allerdings gibt es zu dieser Rechtsfrage noch keine höchstrichterliche Entscheidung, und auch die jüngste Entscheidung des OLG Karlsruhe lässt Spielräume zu. Zutreffend ist, dass § 194 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 86 Absatz 1 und 2 VVG bestimmt, dass Rückforderungsansprüche gegen einen Arzt von Versicherten auf die Versicherung übergehen, sofern die Versicherung geleistet hat. Zudem regelt § 5 Absatz 1 c der Musterbedingungen für

Krankheitskosten (MB/KK), dass einzelne Ärzte von PKV-Unternehmen von der Rechnungserstattung ausgenommen werden können. Jedoch ist es nach § 6 Absatz 6 MB/KK wiederum den Patient*innen verboten, ihren Anspruch gegen die Versicherung an den Arzt bzw. die Ärztin abzutreten.

Abtretungsverbot mit Augenmaß formulieren

Daraus ergibt sich eine solche Unwucht, dass Ärzt*innen im Zweifel immer gezwungen sind, sich an ihren Vertragspartner zu wenden, gleichzeitig aber von einem Nicht-Vertragspartner in Anspruch genommen werden können. Hier kippt die Situation in erheblichem Maße zugunsten der Ärzt*innen, die auch keinerlei Druckmittel haben, da sie ihre Leistungen bereits erbracht haben. Die Versicherung hat wiederum das Druckmittel des Rechnungsausschlusses, ohne dass der Arzt bzw. die Ärztin dagegen vorgehen könnte. Dieses ist im Rahmen der AGB-Kontrolle zu berücksichtigen. Aus diesem Grund ist eine Abtretungsverbots-Regelung mit Augenmaß zu formulieren. Patient*innen dürfen nicht überrascht oder unangemessen benachteiligt werden.

»Ärzt*innen haben keinerlei Druckmittel, da sie ihre Leistungen bereits erbracht haben. Die Versicherung hat das Druckmittel des Rechnungsausschlusses, ohne dass der Arzt bzw. die Ärztin dagegen vorgehen könnte.« Jörg Hohmann

Das OLG Karlsruhe hat ein Abtretungsverbot als 'überraschende Klausel' und damit als rechtswidrig beurteilt, wenn dieses nicht allein die ausdrücklich im Behandlungsvertrag vereinbarten Leistungen, sondern weitergehende Behandlungsleistungen, die gegebenenfalls kurzfristig oder anlassbezogen notwendig werden (zum Beispiel Komplikationen während der Operation) betrifft. Die Formulierung im Behandlungsvertrag lautete: „... versichern Sie, Forderungen aus dem Behandlungsvertrag nicht an Ihre Krankenversicherung/Beihilfe abzugeben...“ Nach Auffassung des Gerichts müssten durchschnittlich verständige Patient*innen mit einem so umfassenden Abtretungsverbot nicht rechnen, ein expliziter Hinweis auf die Tragweite des Abtretungsverbots fehlte. Deshalb müssen Abtretungsverbote so gestaltet sein, dass sie die absehbaren und ausdrücklich im Behandlungsvertrag vereinbarten und mögliche weitere, damit im Zusammenhang stehende

Behandlungsleistungen erfassen. Dieses bedingt sich daraus, dass sich Art und Umfang benötigter ärztlicher Leistungen nicht als fixe Größe im Vorfeld festschreiben lassen. Insoweit hat auch das OLG nicht abschließend entschieden, dass ein vertragliches Abtretungsverbot absolut rechtswidrig ist.

Umsicht bei der Regelung weitergehender Leistungen

Besonders umsichtig sollte also die Ausgestaltung einer etwaigen Regelung zu den weitergehenden Behandlungsleistungen erfolgen. Dann besteht auch kein Grund, von einem vertraglichen Abtretungsverbot abzuraten. Denn ohne die Vereinbarung eines Abtretungsverbots lässt sich juristisch das eigene Klagerecht der privaten Krankenversicherung/Beihilfe aus dem gesetzlichen Forderungsübergang nicht von vorneherein angreifen. Ist ein solches jedoch vereinbart, lassen sich bereits Zweifel an der Aktivlegitimation der PKV/Beihilfe anmelden, was in der Folge Unsicherheiten bei dem Unternehmen birgt und die Situation von Ärzt*innen bei Rückforderungsverhandlungen verbessert.

Die Regelung eines Abtretungsverbots kann durchaus gut begründet werden. Das Interesse der behandelnden Operateur*innen, ein solches Abtretungsverbot über ihre Honorarforderung zu vereinbaren, liegt mit Blick auf das besondere Vertrauensverhältnis im Arzt-Patienten-Verhältnis vor. Bereits wenn Kostenträger aus ihrer Sicht unterstützend Patient*innen und/oder Versicherungsnehmer bei der Durchsetzung (vermeintlicher) Rückforderungsansprüche zur Seite stehen, wird das besondere Vertrauensverhältnis belastet. Die Fortführung des Behandlungsverhältnisses in dem Fall, in dem ein Operateur bzw. eine Operateurin vom Versicherer auf Rückzahlung von Honorar in Anspruch genommen wird, entspricht einer besonderen Herausforderung.

Individualvertragliche Regelungen haben Vorrang

Dafür spricht auch die gesetzlich geschaffene Möglichkeit in §§ 412, 379 BGB, eine entsprechende Vereinbarung überhaupt abzuschließen. Diese Regelung ist Ausdruck der Privatautonomie und dem Recht der Operateur*innen, die Unabtretbarkeit einer Forderung durch entsprechende Vereinbarung herbeizuführen. Insoweit haben individualvertragliche Abreden stets Vorrang vor allgemeinen Regelungen. Patient*innen bleiben durch gesetzliche Regelungen geschützt, wonach Rechtsgeschäfte, die gegen ein gesetzliches Verbot verstoßen oder sittenwidrig sind, nichtig sind.

Hinzukommt, dass behandelnde Ärzt*innen nach aktueller Rechtslage die Erstattungsansprüche von Patient*innen gegen deren PKV auch nicht abtreten lassen können, da hier § 6 Absatz 6 MB/KK entgegensteht. Ist wesentlicher Grundgedanke der §§ 194 Absatz 2, 86 Absatz 1 Satz 1 VVG, Patient*innen als Versicherungsnehmer einer PKV aus gebührenrechtlichen Streitigkeiten zwischen Behandlern und Kostenträgern herauszuhalten, dann ist es widersprüchlich, zwischen Honorarstreitigkeiten aufgrund von Rückforderungsansprüchen einerseits

Jörg Hohmann

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



Foto: Hohmann

und Honorarstreitigkeiten aufgrund von nicht bezahlten Honoraransprüchen zu differenzieren.

Operateur*innen sehen sich demnach dem Risiko ausgesetzt, dass die PKV wegen einer eventuell unberechtigten Forderung gegen sie vorgeht. Sie selbst wiederum sollen keine Möglichkeit haben, sich im Wege einer Abtretung an die PKV zu halten. Soweit die Honorarforderungen nicht oder nicht gänzlich bezahlt werden, müssten sie die Patient*innen in Anspruch nehmen, was zweifellos das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis extrem belastet. Gleiches gilt aber auch, wenn die PKV nunmehr gegen die Operateur*innen vorgehen können. Das verstößt gegen den Grundsatz der Waffengleichheit und wird auch nicht dadurch gerechtfertigt, dass Patient*innen aus Honorarstreitigkeiten herausgehalten werden sollen. Schließlich ist es der PKV nach wie vor nicht verwehrt, ihre Versicherten durch Fachwissen und Übernahme der Kosten bei der Auswahl spezialisierter Rechtsanwält*innen zu unterstützen.

» Solange eine höchstrichterliche Rechtsprechung zu dieser Rechtsfrage nicht besteht, ist ein vertraglich vereinbartes Abtretungsverbot zwischen Operateur*in und Patient*in weiterhin empfehlenswert. «

Jörg Hohmann

Problemlage offen anzusprechen verbessert die Aussichten

Solange also eine höchstrichterliche Rechtsprechung zu dieser Rechtsfrage nicht besteht, ist ein vertraglich vereinbartes Abtretungsverbot zwischen Operateur*in und Patient*in, welches die Abtretung von Rückforderungsansprüchen an Dritte, insbesondere an die PKV ausschließt, weiter empfehlenswert. Operateur*innen ist deshalb anzuraten, dieses insbesondere bei umfangreicheren und kostenintensiveren Behandlungen im Vorfeld offen anzusprechen – nicht nur um das Verständnis der Patient*innen zu gewinnen, sondern auch, um im Fall einer späteren Rechtsstreitigkeit aufzeigen zu können, wie es zu der Vereinbarung im individuellen Fall gekommen ist. Damit wird nachgewiesen, dass den Patient*innen nicht ein Formular ohne Kommunikation zur Unterschrift vorgelegt wurde und erhöht somit die Aussichten, die Wirksamkeit der individualvertraglichen Abrede konkret dazulegen und nachzuweisen.

Musterhafte Vereinbarung

Zu einer Formulierungshilfe, die unter den geschilderten Umständen genutzt werden kann, gelangen Sie online über den Kurzlink <https://tinyurl.com/4nh7k3rk> bzw. indem Sie den nebenstehenden QR-Code scannen.





Aktuelles zum Arztrecht vom BAO-Justiziar

Irreführendes Siegel? Neues Urteil zu ‚FOCUS-Gesundheit‘ wirft Rechtsfragen auf

Geht es nach einem aktuellen Urteil des Landgerichts München, darf der Burda-Verlag künftig keine Ärzte-Siegel mehr vergeben, wie sie von vielen Arztpraxen kostenpflichtig zu Werbezwecken eingesetzt werden. Geklagt hatte die Wettbewerbszentrale – wegen mangelnder Objektivität und Transparenz der Bewertungskriterien.

Von Dr. Tobias List

Seit mittlerweile fast 30 Jahren veröffentlicht das Magazin ‚FOCUS Gesundheit‘ vom Burda-Verlag die FOCUS-Ärztelisten, welche die führenden Mediziner Deutschlands darstellt. Daneben wird das sogenannte Ärzte-Siegel vergeben, mit dem die in der Ärzteliste aufgenommenen Ärzte u. a. mit der Bezeichnung ‚TOP-Medizinern‘ ausgezeichnet werden. Mit aktuellem Urteil aus dem Jahr 2023 wurde der Verlag nunmehr verurteilt, die Vergabe dieser Siegel in Zukunft einzustellen, da es an einer objektiven Grundlage für deren Vergabe mangle und deshalb für Patienten irreführend sei.

Ärztelisten, Jameda und Co.

Die aktuelle Entscheidung reiht sich in die Reihe zweier weiterer Urteile gegen Burda aus den 1990er Jahren ein, welche ebenfalls die Ärztelisten betrafen. Hierbei ging es um die Zuverlässigkeit und Nachvollziehbarkeit der Auswahlkriterien für die Ärztelisten im wettbewerbsrechtlichen Kontext. Seitdem stellt der Verlag auf der Website

des Magazins ‚FOCUS Gesundheit‘ die Methodik der Ärzteauswahl schrittweise dar und beschreibt sie dort als „Recherche in öffentlichen Datenquellen kombiniert mit Kollegenbefragungen und einer umfangreichen Selbstauskunft“.

Auch Ärztebewertungsportale wie Jameda sahen sich in der Vergangenheit häufiger mit wettbewerbsrechtlichen Einschränkungen konfrontiert. Das Landgericht München I hatte etwa 2016 klargestellt, dass bei den jeweiligen Verkehrskreisen nicht der Eindruck erweckt werden darf, dass der in Ärzterankings an oberster Stelle auftauchende Arzt, derjenige mit den besten Patientenbewertungen ist, wenn er diese Top-Platzierung in Wirklichkeit entgeltlich erworben hat. Hier wurde der Argumentationslinie gefolgt, dass es für den Nutzer irreführend sei, wenn nicht kenntlich gemacht würde, dass die Auszeichnung bzw. Platzierung in einem Ranking von der Zahlung eines Entgelts abhängig ist.

In der Rechtsprechung ist seitdem ein Trend zu verzeichnen, der es Anbietern von Ärztelisten und -rankings erschwert, ein Geschäfts-

modell aus der Ärztebewertung zu machen. Gerade bei Jameda, wo zwischen zahlenden und nicht-zahlenden Ärzten unterschieden wird, liegt erhebliches Konfliktpotenzial in Bezug auf die zu wahrende Objektivität. Dies gilt vor allem deswegen, weil die Bewertungsportale laut Bundesgerichtshof (BGH) lediglich die Rolle eines ‚neutralen Informationsmittlers‘ einnehmen sollen. Der rote Faden, der sich durch die gerichtlichen Entscheidungen auf diesem Gebiet zieht, ist der Verbraucherschutz und insbesondere Transparenz für die Nutzer. Sie sollen die Möglichkeit haben nachzuvollziehen, auf welcher Grundlage die Auszeichnung und Bewertung von Ärzten erfolgt – gerade dort, wo der Anschein von Objektivität und Neutralität erweckt wird.

Aktuelles Urteil

Diesen roten Faden greift auch das Landgericht München I in seiner neusten Entscheidung von Februar 2023 auf (Aktenzeichen 4 HKO 14545/21). Dem Urteil des Landgerichts lag insofern eine Unterlassungsklage der Wettbewerbszentrale gegen den Burda-Verlag zugrunde, wonach die Vergabe der Ärztesiegel gestoppt werden sollte.

Die im FOCUS Magazin enthaltenen Rankings werden auf Grundlage von verschiedenen – vielfach subjektiven – Kriterien erstellt, wie z.B. Kollegenempfehlung, Facharzt- und Zusatzbezeichnung, Gutachter-tätigkeit oder Patientenzufriedenheit. Im Zuge dessen werden auch die streitgegenständlichen Qualitäts-Siegel wie ‚TOP-Mediziner‘ und ‚FOCUS-Empfehlung‘ verliehen, welche von Ärzten gegen eine jährliche Lizenzgebühr von rund 2.000 Euro zu Werbezwecken genutzt werden können und wovon in der Vergangenheit rege Gebrauch gemacht wurde. Auf seiner Website gibt der FOCUS an, die Siegel würden die führenden Experten in Therapie und Diagnostik bezeichnen. Haupt-Auswahlkriterium ist dabei die Empfehlung durch ärztliche Kollegen, aber auch eine umfangreiche Selbstauskunft des Arztes. Optisch haben die Siegel die Aufmachung eines Prüfzeichens und ähneln denen der ‚Stiftung Warentest‘.

Die klagende Wettbewerbszentrale sieht dieses Vorgehen deshalb als irreführend für die Patienten an, weil bei der Verleihung der Ärztesiegel hauptsächlich subjektive Kriterien herangezogen würden, die Siegel allerdings den Anschein einer gewissen Objektivität erweckten. Auch dass die Ärzte sich die Siegel ‚kaufen‘ müssen, hinterlasse ein Störgefühl. Burda hingegen beruft sich auf die Pressefreiheit und argumentiert mit dem Bedürfnis in der Ärzteschaft, die Empfehlung aus der Ärzteliste den Patienten gegenüber kommunizieren zu können. Der Verlag hält sein System, welches er für die Erstellung der Listen und Verleihung der Siegel entwickelt hat, darüber hinaus für die mit Abstand beste Grundlage für die Empfehlung. Ärzte könnten für verschiedene Kriterien Punkte erzielen, welche zu einem ‚Gesamtscore‘ addiert würden. Dazu gehörten in absteigender Gewichtung u.a. Kollegenempfehlung, Facharzt- und Zusatzbezeichnung, wissenschaftliche Vortragstätigkeit sowie Patientenempfehlungen.

Die Wettbewerbszentrale kritisiert hieran insbesondere, dass gerade Ärzte, die keiner leitenden Tätigkeit nachgehen, sondern sich im Alltag gänzlich der medizinischen Tätigkeit widmen, hochwertige

Dr. Tobias List

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht
Zertifizierter Datenschutzbeauftragter
KWM LAW PartG mbB

Unter den Linden 24 / Friedrichstr. 155–156
10117 Berlin
Tel.: 030 206143-3, Fax: 030 206143-40
list@kwm-rechtsanwaelte.de
www.kwm-rechtsanwaelte.de



Foto: kwm

Arbeit abliefern würden, aber bei der Vergabe der Siegel noch nicht einmal in die Vorauswahl aufgenommen würden. Für Burda spielen auch finanzielle Aspekte eine Rolle, da die Lizenzierung der Siegel nach eigenen Angaben einen Großteil der Refinanzierung der Ärztelisten ausmache.

Das Landgericht München I schloss sich weitestgehend der Seite der Wettbewerbszentrale an und verurteilte Burda, die Vergabe von Ärztesiegeln für die Zukunft zu unterlassen. Die Vergabe der Siegel sei irreführend und verstoße gegen das Wettbewerbsrecht. Das Gericht steht auf dem Standpunkt, es werde der Eindruck erweckt, die mit dem Siegel ausgezeichneten Ärzte hätten dieses aufgrund einer neutralen und sachgerechten Prüfung erhalten und würden deshalb eine Spitzenstellung unter den Ärzten gleicher Fachdisziplin einnehmen. Patienten bzw. Leser des Magazins würden aufgrund der optischen Gestaltung der Siegel diese ähnlich wie die der ‚Stiftung Warentest‘ auffassen und erwarten, dass eine neutrale und fachkundige Stelle die ärztlichen Leistungen auf die Erfüllung von Mindestanforderungen anhand objektiver Kriterien geprüft habe.

Es sei grundsätzlich natürlich schwierig, ärztliche Dienstleistungen objektiv zu ermitteln und zu vergleichen, allerdings seien viele Kriterien dabei, die ausschließlich auf subjektiven Elementen beruhen würden. Die Ärztesiegel würden den Eindruck erwecken, dass ihnen eine mathematisch nachvollziehbare Wertungsentscheidung zugrunde liege, sei aber in Wahrheit ein rein subjektives Qualitätsurteil, welches durch das Siegel objektiviert würde. Die Pressefreiheit sieht das Gericht als nicht verletzt an, da in irreführender Weise der Bereich des redaktionellen wertenden Beitrags verlassen werde und der Eindruck entstehe, es finde eine Bewertung nach objektiven Kriterien statt. Dem finanziellen Argument begegnet die Kammer damit, dass Medien regelmäßig nicht darauf angewiesen seien, sich durch die Vergabe solcher Prüfsiegel gegen Entgelt zu finanzieren. Diese Art der Finanzierung sei unüblich und nicht zwingend erforderlich, schließlich habe sich das Magazin früher ganz offensichtlich anders finanziert.

Ausblick: Landet der Fall am Ende beim BGH?

Der Burda-Verlag will sich mit diesem Urteil nicht zufriedengeben. Er hat bereits angekündigt, Berufung einzulegen. Nach wie vor steht er hinter der Veröffentlichung der Ärzte-Siegel und sieht diese als eine wichtige Orientierungshilfe für Verbraucher. Es ist nicht auszuschließen, dass der Fall bis zum Bundesgerichtshof (BGH) geht. ◀



Abrechnung

Auszüge aus dem neuen Kompendium ,Der Kommentar zu EBM und GOÄ', Teil 11

Wer im Durchgangsarzt-Verfahren korrekt und zweifelsfrei mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung abrechnen möchte, sollte sich zunächst mit den Rahmenbedingungen, Systematik und inneren Logik der UV-GOÄ beschäftigen. Doch auch eine genaue Kenntnis der einzelnen Ziffern und Ausschlüsse ist unverzichtbar.

Von Dr. Dieter Haack

Die UV-GOÄ gibt jeweils den aktuell gültigen Stand der Gebührenordnung für Ärzte für die Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung (UV) wieder. In dieser Ausgabe geht es um sonographische Leistungen.

Allgemeine Bestimmungen

1. Die Leistungen nach den Nummern **401 bis 418** sowie **422 bis 424** sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.
2. Die Leistungen nach den Nummern **410 bis 418** sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.
3. Die Leistungen nach den Nummern **422 bis 424** sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.
4. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern **401 bis 424** ist die erforderliche Bilddokumentation abgegolten.
5. Als Organe im Sinne der Leistungen nach den Nummern **410 und 420** gelten neben den anatomisch definierten Organen auch der Darm, Gelenke als Funktionseinheiten sowie Muskelgruppen, Lymphknoten und/oder Gefäße einer Körperregion. Als Organ gilt die jeweils untersuchte Körperregion unabhängig davon, ob nur Gefäße oder nur Lymphknoten oder Gefäße und Lymphknoten bzw. Weichteile untersucht werden. Die Darstellung des Darms gilt als

eine Organuntersuchung unabhängig davon, ob der gesamte Darm, mehrere Darmabschnitte oder nur ein einziger Darmabschnitt untersucht werden.

6. Sonographische Kontrollen von Frakturen dienen bei Kindern und Jugendlichen (bis zum 18. Geburtstag) dazu, die Strahlenbelastung durch Röntgenkontrolluntersuchungen zu vermeiden. Für bis zu drei sonographische Kontrolluntersuchungen kann der Arzt zu der Nr. 410 UV-GOÄ einen Zuschlag nach **Nr. 411 oder 411A** abrechnen. Führt der Arzt sonographische Kontrollen durch, kann er im Behandlungsfall nur maximal zwei Röntgenkontrolluntersuchungen abrechnen. Die Stellungskontrolle nach der Reposition zählt nicht dazu.

Arbeitshinweise der UV-Träger

Anmerkung zu 1 und 2: Im Sinne des ‚Zielleistungsprinzips‘ handelt es sich bei den in der Ampelliste aufgeführten Organen (nähere Erläuterungen hierzu folgen in Ausgabe 4.2023) um eigenständige anatomische Bereiche (Knie, OSG, Achillessehne etc.). Durch die in den Allgemeinen Bestimmungen genannte Regelung (je Sitzung) wird diese medizinische Bewertung versicherungsrechtlich ausgeschlossen. Die Vorgaben der UV-GOÄ (dies gilt übrigens auch für die GOÄ) haben durch

Dr. Dieter Haack

Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie
Ehrenvorsitzender des BNC

Schönbuchweg 13
71144 Steinenbronn
Tel.: 0172 6240923
haack-kerber@t-online.de



Foto: Haack

die Regelung der Vertragspartner Vorrang. Die mehrfache Berechnung der Nr. 410 ist in einer Sitzung nicht möglich. Bezüglich der Definition ‚Sitzung‘ siehe Arbeitshinweise zu den Nummern 410 und 420.

Anmerkung zu 5: Zu den anatomisch definierten Organen gehören unstreitig Lunge, Leber, jeweils beide Nieren, Milz usw. Für deren Untersuchung ist grundsätzlich je Organ eine Gebühr berechenbar (z. B. Nr. 410 oder Nr. 420). Auch die Nasennebenhöhlen einer Seite oder ein Auge sollen insoweit ein Organ sein.

Als Organe gelten nach Nr. 5 auch Gelenke als Funktionseinheiten. Danach ist bei den in der gesetzlichen Unfallversicherung häufigen Verletzungen der Gelenke (soweit dort eine sonographische Untersuchung überhaupt indiziert ist; vergleiche Arbeitshinweise zu Nummern 410, 420) grundsätzlich nur eine Untersuchungsgebühr für ein Gelenk berechenbar. Der Begriff ‚Gelenk‘ ist entsprechend dem üblichen Sprachgebrauch zu verstehen; danach ist z. B. das gesamte Sprunggelenk nur ein Gelenk, auch wenn mit dem unteren und oberen Sprunggelenk anatomisch zwei verschiedene Gelenke zu unterscheiden sind. Ebenso gelten alle Gelenke der Hand- oder Fußwurzel nur als ein Gelenk bzw. als ein Organ (siehe Brück, Kommentar zur GOÄ, C. VI. Allgemeine Bestimmungen Nr. 6, RdNr. 2).

Nach dem Wortlaut (‚als Funktionseinheiten‘) umfasst die sonographische Untersuchung eines Gelenks erforderlichenfalls alle wesentlichen Strukturen und Gelenkräume (z. B. beim Kniegelenk die Bänder, Menisken, die verschiedenen Gelenkräume usw.). Es ist nicht zulässig – was in der Praxis jedoch häufig geschieht –, dass z. B. beim Kniegelenk für Bänder, Sehnen, Menisken usw. jeweils eine Gebühr (z. B. Nrn. 410, 420) angesetzt wird. Als Organ im Sinne der Nr. 5 gelten außerdem Muskelgruppen, Lymphknoten und/oder Gefäße einer Körperregion.

Nach der Leistungsbeschreibung (‚und/oder‘) ist Nr. 410 berechenbar, wenn jeweils nur die Muskelgruppen, nur die Lymphknoten oder nur die (Blut-)Gefäße einer Körperregion sonographiert werden. Nr. 410 ist aber auch nur einmal berechenbar, wenn Muskeln und Lymphknoten und zudem noch die Gefäße einer Körperregion untersucht werden. ◀

Buchtipps: Abrechnungswissen aus der Feder eines Kenners

Die Auszüge aus dieser Artikelreihe stammen aus dem Loseblattwerk ‚Der Kommentar zu EBM und GOÄ‘ (Wezel/Liebold, Asgard Verlag 2020), das kürzlich um einen Kommentar zur UV-GOÄ von Dr. Dieter Haack erweitert wurde. In der Online-Version zum unverbindlichen Test 10 Tage gratis verfügbar.

Chirurgen Magazin + BAO Depesche 111: Machen Sie mit!

Foto: Pixabay

In eigener Sache

Autorinnen und Autoren gesucht zum Thema Sportverletzungen in Heft 111 – Ausgabe 1.2024

Für Ausgabe 1.2024, die Ende Januar 2024 erscheinen wird, möchten wir uns in der Rubrik ‚Medizin‘ schwerpunktmäßig mit dem Thema Sportverletzungen beschäftigen. Wir suchen Autorinnen und Autoren, die aus der Praxis für die Praxis unter Berücksichtigung der aktuellen Studienlage über dieses Themenfeld (Verletzungen am Bandapparat und knöchernen Strukturen, sportartspezifische Verletzungen etc.) berichten mögen. Wir freuen uns über allgemeine Überlegungen und Hintergrundberichte ebenso wie persönliche Erfahrungen oder Kasuistiken. Daneben werden wir über einzelne fachliche Sitzungen beim Deutschen Kongress Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) berichten, der Ende Oktober 2023 in Berlin stattfinden wird.

Darüber hinaus planen wir für dieses Heft auch die Berichterstattung über das Forum Ambulantes Operieren, das im November 2023 in Berlin stattfinden wird. Wir freuen uns auch hier über Ihre thematischen Anregungen.

Die Redaktion berät Sie gern bei der Aufbereitung Ihrer Daten und der Gestaltung Ihres Manuskripts sowie bei der Auswahl von Bildmaterial und Grafiken – Anruf oder E-Mail genügt. Redaktionsschluss ist der 14. Dezember 2023, bitte nehmen Sie aber möglichst frühzeitig Kontakt mit uns auf.

Kontakt:

Antje Thiel
VMK Verlag für Medizinkommunikation GmbH
Redaktion Chirurgen Magazin + BAO Depesche
Dachsweg 5, 25335 Elmshorn
Tel.: 04121 2763634
antje.thiel@vmk-online.de, www.vmk-online.de

Praxisteam

Abbildung von Wundversorgung und -management im Praxis-QM

Bei der Versorgung von Wunden kommen diverse Medizinprodukte zum Einsatz, auch die Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen bzw. Berufsgruppen ist erforderlich. Klar definierte Prozesse und Kommunikationswege erleichtern eine erfolgreiche Wundbehandlung und sollten im QM-Handbuch festgehalten werden.

Von Patricia Ley

Qualität

Der Begriff Qualität kann unterschiedlich definiert werden. In der DIN EN ISO 9001 wird unter Qualität die Gesamtheit von Merkmalen einer Dienstleistung verstanden. Dies erfolgt zur Erfüllung von definierten Anforderungen und Bedürfnissen an eine Dienstleistung. Im Mittelpunkt steht demnach die Erfüllung der Anforderungen und Bedürfnisse des Patienten.

Wundversorgung

Unter Wundversorgung versteht man den Prozess einer medizinischen Behandlung. Darin wird die Art der Wunde erkannt (Anamnese und Diagnosestellung), gereinigt, desinfiziert und mit einer entsprechenden Wundauflage und -fixierung versorgt (Therapie).

Wundmanagement

Das Wundmanagement beinhaltet den Prozess der Wundversorgung, wird aber um weitere Elemente der Patientenversorgung ergänzt. Hierzu zählen die adäquate Wunddokumentation, Patientenschulung oder die Qualifikation der Durchführenden. Das Wundmanagement kann als Standard Operating Procedure (SOP) oder interne Regelung formuliert werden. Wie bei jeder Beschreibung der Strukturqualität sollten Sie hier den strukturellen Rahmen Ihres Wundmanagements abbilden. Begonnen wird dabei mit der Zielformulierung.

Integration

Die gesetzlichen Grundlagen, Verordnungen und fachgesellschaftlichen Empfehlungen, wie z.B. Infektionsschutzgesetz, Medizinproduktebetriebsverordnung, SGB V und XI, AWMF-Leitlinien oder die Empfehlungen zur Behandlung chronischer Wunden, sind nach besten Möglichkeiten umzusetzen. Hierbei geht es um eine Integration in die bestehenden Strukturen und Prozesse in das Qualitätsmanagement (QM) der Einrichtung. Ziele sind primär die Sicherung der Patientenversorgung sowie sekundär die Sicherung der Mitarbeiterzufriedenheit und der wirtschaftliche Erfolg der Einrichtung.

Im Rahmen der Strukturqualität sind die Therapieverantwortung, die Anordnungsverantwortung, die Durchführungsverantwortung sowie die Organisationsverantwortung zu regeln. Die gesetzlich geforderte Dokumentationspflicht schließt sich hier an. Von verschiedenen Medizinprodukteherstellern gibt es innovative wie auch praktische Unterstützungsmöglichkeiten als Hilfestellung.

Im Rahmen des Informationsmanagements sind die Kommunikations- und Informationswege einschließlich der Prozesse zu regeln. Die Kommunikation mit dem Patienten bzw. der Patientin spielt in der Versorgung der Wunde eine zentrale Rolle, ebenso die Einbeziehung patientenseitiger Erwartungen und Wünsche. Hierfür eignen sich z. B. Patientenschulungen, welche oftmals auch bei der Versorgung chronischer und spezifischer Wunden gefordert sind. Aber auch Informationsflyer zur Wundpflege oder Bewegungstagebücher sind eine unterstützende Möglichkeit, Informationen nachhaltig zu vermitteln. Die Kooperation mit anderen beteiligten Dienstleistern – wie die ambulante Pflege, Physiotherapie, Wundexperten etc. – sollten mit einbezogen werden. Dies kann unter der Rubrik Casemanagement erfolgen.

Das Fehler- und Risikomanagement hilft dabei, Risiken in der adäquaten Behandlung zu ermitteln. Hierfür eignet sich z.B. die Methode SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities und Threats), mit der sich die interne Situation und die externe Umgebung eines Unternehmens analysieren lässt. Im Fehlermanagement stehen die Analyse und Verarbeitung des Problems im Vordergrund. Die Wiederholung eines Fehlers oder Vorkommnisses sollte durch spezifische Maßnahmen verhindert werden. Ursachen für eine inadäquate Wundversorgung könnten fehlende Informationen zum selbstständigen Verbandwechsel, nicht lieferbare Wundauflagen oder Infektionen sein.

Die Qualifikation des Personals, bzw. eine Auffrischung oder Erweiterung des Fachwissens, kann eine effektive Maßnahme zur Vermeidung von Behandlungsfehlern sein. Es gibt viele Möglichkeiten, die in den internen Fort- und Weiterbildungsplan integriert werden können. Auch die Mitgliedschaft in diverseren Wund-Netzwerken kann dabei helfen, auf dem aktuellen Wissenstand zu bleiben und um fachliche Beratung zu erhalten.

Patricia Ley

Praxisberaterin und Dozentin
 Beauftragte der Bezirksstelle Berlin
 im Verband Medizinischer Fachberufe (VMF)
 Postfach 58 03 31, 10439 Berlin
 Tel.: 0172 6283153
 ley@beratungundschulung.info
 www.beratungundschulung.info



Foto: Ley

Im Prozessmanagement geht es weniger um den strukturellen Rahmen als darum, im Rahmen des Fehlermanagements aufwändige Prozesse zu standardisieren. Dem Personal soll so eine nutzbare Hilfsstellung zur Verfügung gestellt werden. Eine mögliche Prozessbeschreibung (Arbeitsanweisung) ist eine Übersicht über die verfügbaren Reinigungs- und Desinfektionsprodukte in der Wundtherapie, in der Indikation, Ausschlusskriterien und erlaubte Anwendungsmethoden beschrieben werden. Ein weiteres Beispiel, wie sie auch von einigen Medizinproduktefirmen zur Verfügung gestellt wird, ist die Darstellung verschiedener Wundarten sowie Wundheilungsstadien. Diese lässt sich mit einem Entscheidungspfad ergänzen, um die am besten geeignete Wundabdeckung und Wundfixierung zu finden. Vor allem für chronische Wunden sind diverse Prozessbeschreibungen möglich.

Mein Tipp an Sie: Überlegen sie im Vorfeld, welches Ziel die Prozessbeschreibung verfolgt und welchen Nutzen sie für die Anwendenden haben soll. Beziehen Sie hier ihre internen Profis mit ein. Stellen Sie gezielte, systemische Fragen. Achten Sie auf eine positive Formulierung. Was braucht es, um effektiv die Wunden zu behandeln? Wo stellen sich Herausforderungen? Wo gibt es Chancen zur Verbesserung? Wo fehlen notwendige Informationen?

Um die Ergebnisqualität zu überprüfen, sollten zunächst Qualitätsziele festgelegt werden. Ein häufig genutztes Instrument ist die Befragung der Patientinnen und Patienten oder der Mitarbeitenden. Hierbei können allerdings leicht Missverständnisse entstehen. Um Patientinnen und Patienten zur Qualität ihrer Behandlung zu befragen, sollten zunächst deren Erwartungen bei Beginn der Behandlung erfragt und in Bezug zur Realität gesetzt werden. Auf diese Weise lassen sich Missverständnisse von vornherein minimieren. Eine anschließende Befragung – etwa mithilfe von Vier-Augengespräch, Fragebogen, Einschätzungsskala – ermöglicht es, Chancen für Verbesserungen zu erkennen. Weitere Möglichkeiten für die Darstellung der Ergebnisqualität sind eine Infektions- und Antibiotikastatistik, Schmerzskalen, jede Form der Dokumentation zum Verlaufsvergleich, DMP-Statistiken oder Rückmeldungen in den Patientenschulungen. Aber auch die subjektive Einschätzung des Personals kann im Rahmen einer Teambesprechung oder Fallbesprechung aufgenommen und verschriftlicht werden.

Die Potenziale des Qualitätsmanagements können Sie in der effizienten Versorgung Ihrer Patientinnen und Patienten unterstützen. Gleichzeitig können sie auch Ihre praxisinternen Ressourcen (Zeit, Material, Raum, Personal, Finanzen) schonen. ◀

Fortbildung: Termine für das Praxisteam

31. August 2023, Berlin
15. November 2023, Online-Veranstaltung
Arbeitsschutz in der Arztpraxis

Unterweisung nach Arbeitsschutzgesetz und DGUV, Gefährdungsbeurteilung
 Information und Anmeldung:
 Seminarzentrum für medizinische Berufe, Schönhauser Allee 118, 10437 Berlin
 Tel.: 030 47370474, info@seminar-mb.de, https://seminarzentrum-mb.de

18. September 2023, Berlin
Abschlusskolloquium bundesweite Blended-Learning-Kurse zur Hygienebeauftragten MFA

Nach den Richtlinien und dem Curriculum der DGKH. Abschluss mit dem Zertifikat ‚Hygienebeauftragte MFA‘. 5 Online-Lernmodule, 1 Präsenztage.
 Mitglieder des BNC und des BAO erhalten 20% Rabatt auf die Kursgebühren!
 Information und Anmeldung:
 meduplus GmbH, Kurfürstendamm 194, 10707 Berlin
 Telefon: 030 555792-550, info@meduplus.de, www.meduplus.de

19. September 2023, Berlin
Kurs Aufbereitung von Medizinprodukten für MFA

Nach dem Curriculum der Bundesärztekammer. Nur 1 Tag statt 3 Tage Präsenz.
 Mitglieder des BNC und des BAO erhalten 20% Rabatt auf die Kursgebühren!
 Information und Anmeldung:
 meduplus GmbH, Kurfürstendamm 194, 10707 Berlin
 Telefon: 030 555792-550, info@meduplus.de, www.meduplus.de

20. September 2023, Berlin
Personalmanagement in medizinischen Gesundheitseinrichtungen

Ziele und Aufgaben des Personalmanagements, Mitarbeiterführung und Teamgespräche, praktische Übungen
 Information und Anmeldung:
 Seminarzentrum für medizinische Berufe, Schönhauser Allee 118, 10437 Berlin
 Tel.: 030 47370474, info@seminar-mb.de, https://seminarzentrum-mb.de

22. September 2023, Berlin
Kommunikation und Konfliktmanagement

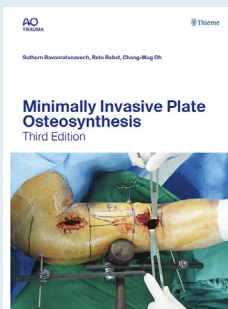
Formen der Kommunikation, Modelle und Methoden, Gesprächstechniken, Umgang mit Beschwerden, Konfliktvermeidung, Fallbeispiele aus der Praxis
 Information und Anmeldung:
 Seminarzentrum für medizinische Berufe, Schönhauser Allee 118, 10437 Berlin
 Tel.: 030 47370474, info@seminar-mb.de, https://seminarzentrum-mb.de

23. September bis 11. November 2023, Nürnberg
7. Oktober bis 9. Dezember 2023, Hannover
Fachzertifikat – Ambulantes Operieren für Medizinische Fachangestellte und Medizinisches Assistenzpersonal

70-Stunden-Kurs auf Basis des Curriculums der BÄK, Inhalte unter anderem: Präoperatives Management, Infektionsprophylaxe, Medizinprodukte
 Information und Anmeldung:
 Bildungswerk für Gesundheitsberufe, Anne Gerlach
 Tel.: 0561 20864815, anne.gerlach@bildungswerk-gesundheit.de
 www.bildungswerk-gesundheit.de

Einstieg jederzeit möglich, Online
Zertifizierter Fernlehrgang
Hygiene-/Sterilgutbeauftragte(r) in Arztpraxen

Instrumentenpflege, Reinigung, Desinfektion und Sterilisation, Verpackung, Kennzeichnung und Lagerung (40 Stunden, 8 Module)
 Information und Anmeldung:
 PKV Institut GmbH, Goethestr. 66, 80336 München, Tel.: 089 45228090
 Fax: 089 452280950, info@pkv-institut.de, www.pkv-institut.de



Bavonratanavech S. et al.: Minimally Invasive Plate Osteosynthesis. Stuttgart: Thieme Verlag, 2023. 944 Seiten, gebunden, 254,99 Euro



Fobbe G. et al: Praxisleitfaden Ärztlicher Bereitschaftsdienst. München: Urban & Fischer Verlag, 2023. 6. Auflage, 637 Seiten, kartoniert, 54,00 Euro



Jorzig A. (Hg.): Recht, Medizin, digital. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2023. 160 Seiten, kartoniert, 49,95 Euro



Rebmann B. et al.: Innovation und Diffusion in der ambulant-ärztlichen Versorgungsstruktur. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2023. 129 Seiten, kartoniert, 29,95 Euro

Minimally Invasive Plate Osteosynthesis

Bereits seit dem 19. Jahrhundert nutzt man externe Fixateure, um in der Knochenchirurgie Frakturen mit möglichst geringem zusätzlichem Gewebetrauma zu versorgen. Die Gründung der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen, gemeinhin als AO bekannt, im Jahr 1958 markiert einen weiteren Meilenstein in der gewebeschonenden Traumachirurgie.

Die vorliegende dritte Auflage – herausgegeben von der Sektion AO Trauma – baut auf den Grundlagen der vorherigen Auflagen auf, die ab 2006 veröffentlicht wurden. Die minimalinvasiven chirurgischen Techniken werden in einem fallbasierten Format präsentiert und umfassen Frakturen der oberen und unteren Extremitäten sowie Becken-/Azetabulumverletzungen. Das englischsprachige Werk bietet eine schrittweise Anleitung zur Behandlung eines breiten Spektrums von Verletzungen, von akuten Frakturen bis hin zu Nonunion/Malunion. Buchinhalt sowie zusätzliche Online-Materialien stehen digital in der Wissensplattform eRef zur Verfügung (Zugangscode im Buch).

Fazit: Ein wertvoller Leitfaden für die Behandlung von Frakturen mithilfe der minimalinvasiven Plattenosteosynthese-Technik, der sich sich an Chirurgen und Chirurgen aller Erfahrungsstufen richtet.

Praxisleitfaden Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Ärztinnen und Ärzte im Bereitschaftsdienst müssen ad hoc viele Entscheidungen treffen: Lautet die Diagnose akut oder chronisch? Sind die Symptome banal oder abwendbar gefährlich? Wird der Fall als dringender Hausbesuch, telefonisch oder bei einem zeitnahen Praxistermin bearbeitet? Es ist daher wichtig, möglichst viel Wissen aus allen Fachdisziplinen parat zu haben.

Der vorliegende Praxisleitfaden bietet einen symptomorientierten Überblick über ein breites Spektrum an Krankheitsbildern. Allen Kapiteln vorangestellt sind die jeweiligen Leitsymptome mit differenzialdiagnostischem Überblick. Die Beschreibung von Diagnostik und Therapie orientieren sich an der Situation des Bereitschaftsarztes, zur erleichterten Entscheidungsfindung ist jedes Krankheitsbild zudem ergänzt durch ‚abwendbar gefährliche Verläufe‘. Die 6. Auflage wurde aktualisiert und u. a. um Themen wie den Umgang mit neuen pandemischen Erkrankungen wie COVID-19 und MPox, ethische und rechtliche Grundlagen der Behandlungsentscheidung sowie patientenzentrierte Kommunikation und Behandlung ergänzt.

Fazit: Ein zuverlässiger Begleiter für Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen durch die mitunter herausfordernden Bereitschaftsdienste.

Recht, Medizin, digital

Die digitale Transformation der Medizin ist eine interdisziplinäre Aufgabe, die nicht nur zwingend umgesetzt, sondern bei der auch das Thema Recht mitgedacht werden muss. Der Datenschutz – oft als Beispiel für die Hemmnis von Innovation und wirtschaftlicher Entwicklung gesehen – ist dabei nur eine der vielen juristischen Facetten.

Im vorliegenden Werk vermitteln Rechtsexperten eine praxisorientierte Übersicht über die wesentlichen Gesetze der digitalen Gesundheitsverordnung. Dabei werden Sinn, Motive, Zweck und Kernaussage der Gesetze grundlegend betrachtet und in den Kontext der digitalen Medizin eingeordnet. Außerdem werden die digitalen Tools und Anwendungen mit ihren spannenden Herausforderungen erläutert, welche die digitale Transformation der Medizin erleichtern können. Des Weiteren ordnet das Werk die genannten digitalen Tools in die großen Rechtsfelder Berufsrecht, Haftungsrecht, Strafrecht etc. ein.

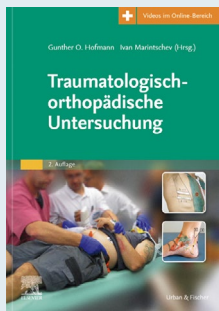
Fazit: Ein Buch, das den Einstieg in die juristischen Implikationen der digitalen Transformation des Gesundheitswesens erleichtert und dabei hilft, digitale Tools rechtlich abgesichert zu implementieren.

Innovation und Diffusion in der ambulant-ärztlichen Versorgungsstruktur

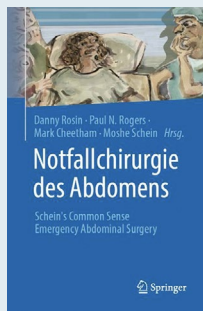
Das duale System aus privater und gesetzlicher Krankenversicherung ist immer wieder Gegenstand von Kritik: Regelmäßig ist dann von der sogenannten Zwei-Klassen-Medizin die Rede, die GKV-Versicherte benachteiligt.

Die vorliegende Studie stammt aus einer Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) und quantifiziert aus der Perspektive der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte die Bedeutung der privatärztlichen Versorgung für Investitionsentscheidungen und das flächendeckende Angebot neuer Diagnose- und Therapieleistungen. Im Fokus stehen dabei neue medizinisch-technische Leistungen, die von 2008 bis 2021 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für die GKV zugelassen worden sind. Das WIP kommt zu dem Schluss, dass aus der wirtschaftlichen Bedeutung der Privatversicherten für die Arztpraxen positive medizinische Versorgungseffekte für alle Versicherten in der Fläche erwachsen.

Fazit: Wer in politischen Diskussionen Argumente für den Erhalt des dualen Systems aus privater und gesetzlicher Krankenversicherung braucht, wird in diesem Buch fündig.



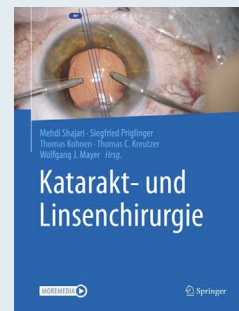
Hofmann G., Marintschev I. (Hg.): Traumatologisch-orthopädische Untersuchung. München: Urban & Fischer Verlag, 2023. 2. Auflage, 269 Seiten, kartoniert, 65,00 Euro



Rosin D. et al (Hg.): Notfallchirurgie des Abdomens. Heidelberg: Springer Verlag, 2023. 668 Seiten, kartoniert, 79,99 Euro



Nieper R. et al. (Hg.): Innovative Versorgungsmodelle. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2023. 364 Seiten, kartoniert, 59,95 Euro



Shajari M. et al. (Hg.): Katarakt- und Linsenchirurgie. Heidelberg: Springer Verlag, 2023. 6. Auflage. 440 Seiten, gebunden, 129,99 Euro

Traumatologisch-orthopädische Untersuchung

Die Erhebung einer Anamnese und eines klinischen Untersuchungsbefunds ist und bleibt die Grundlage einer patientenorientierten und wissenschaftlich fundierten Medizin.

Das vorliegende Buch stellt alle traumatologisch-orthopädischen Untersuchungen übersichtlich und strukturiert vor. Für jede Körperregion werden Ihnen die klinischen Untersuchungsmethoden Schritt für Schritt mit farbigen Abbildungen erklärt. Praxisorientiert und auf das Wesentliche beschränkt, werden zu jedem klinischen Test Ziel, Durchführung und Beurteilung beschrieben. Die zweite Auflage wurde vollständig aktualisiert, um die Darstellung einer Reihe von neuen klinischen Tests sowie um ein zusätzliches Kapitel über Besonderheiten der Untersuchung des verletzten Kindes ergänzt. Online (Zugangscode im Buch) stehen außerdem 13 kurze Videos zur Verfügung, welche die korrekte Durchführung ausgewählter Untersuchungen zeigen – vor allem zu den Themen Sprunggelenk und Füße.

Fazit: Ein kompakter Einstieg für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in Orthopädie und Unfallchirurgie, der vermittelt, worauf es bei der traumatologisch-orthopädischen Untersuchung ankommt.

Notfallchirurgie des Abdomens

Die Akut Chirurgie entwickelt sich ständig weiter. Der nahezu unbeschränkte Zugang zu bildgebenden Verfahren im Bauchraum ermöglicht rasche Diagnosen und Indikationsstellungen ebenso wie den Verzicht auf unnötige Operationen.

Mit dem vorliegenden Buch ist ein unkonventionelles Buch mit Kultstatus nun erstmals in deutscher Sprache erschienen: Schein's Common Sense Emergency Abdominal Surgery, das auf Englisch bereits in 5. Auflage erschienen ist, führt Chirurgeninnen und Chirurgen logisch durch die Minenfelder der Indikationsstellung und Behandlung bei akuten Befunden im Abdomen. Es wendet sich in erster Linie an junge Chirurgeninnen und Chirurgen, die sich z. B. bei nächtlichen Diensten in der Notaufnahme einen erfahrenen, freundlichen Mentor wünschen, den sie um Rat fragen können. Diesen Rat vermittelt das Buch ebenso wie lesens- und bedenkenswerte Einblicke in die kollektive Psyche von viszeralchirurgisch Tätigen.

Fazit: Kein weiteres trockenes Lehrbuch voller Details, sondern ein Werk, das Chirurgeninnen und Chirurgen einen fokussierten Zugang zum ‚gesunden Menschenverstand‘ bei abdominalen Notfalleingriffen vermittelt.

Innovative Versorgungsmodelle

Im Auftrag der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung versorgen die BG-Kliniken Versicherte nach einem Arbeits- oder Wegeunfall oder mit einer Berufskrankheit. Ihre Zukunft wird insbesondere durch die Spezialisierung in der Medizin und die Herausforderungen der Sicherstellung einer umfassenden medizinischen Versorgung bestimmt.

Das vorliegende Buch, dessen Herausgeber den Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung vertreten, beschreibt die Gesamtstrategie für die künftige Ausrichtung der BG-Kliniken in Gestalt eines standortbezogenen integrativen Versorgungsmodells (IVM). Es umfasst Beiträge zur Zukunft der Krankenhausversorgung in Deutschland und zu innovativen Versorgungsansätzen im Praxischeck. Beschrieben werden verschiedene Facetten des IVM-Konzepts – von der Perspektive der Selbstverwaltung über ethische Leitlinien, rechtssicheres Schnittstellenmanagement und Qualitätsmanagement bis hin zu Wissenschaft und Forschung in den BG-Kliniken.

Fazit: Ein interessanter Wegweiser in die Zukunft innovativer Versorgungsmodelle, der Entwicklungen, Perspektiven und Chancen für neue Versorgungsstrukturen im Krankenhausbereich aufzeigt.

Katarakt- und Linsenchirurgie

Die Katarakt übt seit Jahrtausenden eine ungetrübte Faszination auf die Menschheit aus, die sich in späten Stadien nicht nur aus der unmittelbaren Sichtbarkeit des Problems speist, sondern auch aus der Unumgänglichkeit der Diagnose bei jedem Menschen ab einem gewissen Alter.

Das vorliegende Buch fasst das aktuelle Wissen der Linsenchirurgie zusammen. Es beschreibt umfassend die verfügbaren OP-Verfahren und vermittelt darüber hinaus viele nützliche Praxistipps für einzelne OP-Schritte, die Vor- und Nachsorge sowie das Komplikationsmanagement. Im Einzelnen widmet sich das Lehrbuch Kataraktoperationen mit Komplikationsmanagement, dem Einsatz von Sonderlinsen, der Femto-Laser-Linsenchirurgie, der sekundären Linsenimplantation und der Phake Linsenchirurgie. Es enthält zahlreiche Übersichten und Algorithmen, über 200 farbige Abbildungen und – erreichbar über die App ‚More Media‘ des Springer-Verlags – 75 Videos zu einzelnen Operationen.

Fazit: Eine sinnvolle Lektüre für alle operativ interessierten Ophthalmologinnen und Ophthalmologen, die sich umfassende Einblicke in den aktuellen Forschungsstand im Bereich der Katarakt- und Linsenchirurgie wünschen.

August 2023**31. 8.–1. 9. 2023, Berlin****48. Jahrestagung der Berliner Chirurgischen Gesellschaft**

Themen u. a.: Multimodale Konzepte in der chirurgischen Onkologie, Qualitätssicherung (Studienregister, Mindestmengen), Qualität durch neue Technologien (Robotik, Bildgebung, Interdisziplinarität), ist die ambulante Chirurgie die Zukunft?

Information und Anmeldung:

Congress Compact 2C GmbH, Gina Isemann

Joachimsthaler Straße 31–32, 10719 Berlin, Tel.: 030 88727370, Fax: 030 887273710
info@congress-compact.de, www.bcg-jahrestagung.de

September 2023**1.–3. 9. 2023, Berlin (Hybrid-Veranstaltung)****NARKA 2023**

Themen u. a.: Kooperation mit Krankenhäusern, Ambulantisierung mit Regionalanästhesie, neue GOÄ, Aufwachraum als gefährlichster Raum im OP-Setting, ATA und OTA in der sektorenverbindenden Versorgung, Rolle der niedergelassenen Anästhesistinnen und Anästhesisten aus Sicht der Politik

Information und Anmeldung:

Congress Compact 2C GmbH, Gina Isemann, Sarah Koprowski

Joachimsthaler Straße 31–32, 10719 Berlin, Tel.: 030 88727370, Fax: 030 887273710
info@congress-compact.de, https://narka-live.de

9. 9. 2023, Mannheim**EDZ-Kurs: Anorektaler Morbus Crohn**

Information und Anmeldung:

Deutsches End- und Dickdarm Zentrum Mannheim, Frau Siegl

Bismarckplatz 1, 68165 Mannheim, Tel. 0621 123475-10

edz-akademie@enddarm-zentrum.de

20. 9. 2023, Berlin**3. Bauchraum-Dialoge Westend**

Themen u. a.: Gerinnungsmedikation und Intervention, Gerinnungsmonitoring und postoperative Therapie, Blickdiagnosen in der abdominalen Sonografie, KI-Anwendungen für die Medizin

Information und Anmeldung:

medpoint Medizinkommunikations GmbH, Berliner Str. 18, 13467 Berlin

Tel.: 030 406 37 347, Fax: 030 406 37 348, info@medpoint-gmbh.de

www.medpoint-gmbh.de/bauchraum-dialoge-westend

21.–23. 9. 2023, Leipzig**DGA.2023****52. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie,****7. DGA-Interventionskongress**

Themen u. a.: Neue Entwicklungen in der endovaskulären Gefäßmedizin, Ambulantisierung der peripheren Interventionen, alternative Zugangswege, Läsionspräparation, postthrombotisches Syndrom, Optionen bei ‚no-option‘ Patienten, Prävention, vaskuläre Bildgebung, gefäßmedizinische Studien und Leitlinien, interdisziplinäre Versorgung, chronisch venöse Insuffizienz, interventionelle Ansätze bei venöser Thromboembolie, Vaskulitiden rechtzeitig erkennen, Wege in der Angiologie

Information und Anmeldung:

wikonect GmbH, Fabienne Aumann, Hagenauer Straße 53, 65203 Wiesbaden

Tel.: 0611 204809-284, Fax: 0611 204809-10, dga-jahrestagung@wikonect.de

www.angiologie-kongress.de

27.–30. 9. 2023, Osnabrück**39. Jahrestagung Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin**

Themen u. a.: Diabetischer Fuß, PAVK, akute und chronische Ischämie, Dialysezugänge, Venen/Phlebologie/Lymphologie, septische Gefäßchirurgie, perioperati-

ves Management, palliative Gefäßchirurgie, politische Rahmenbedingungen, Fachtagung für Pflegeberufe, Qualitätssicherung

Information und Anmeldung:

m:con – mannheim:congress GmbH, Mila Brnovic

Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim, Tel.: 0621 4106-0

dgg.registrierung@mcon-mannheim.de, https://dgg-jahreskongress.de

29.–30. 9. 2023, Werder (Havel)**17. Preußisch-Mecklenburgisches Gelenksymposium**

Themen u. a.: Kinder- und Jugendorthopädie, Prävention von Sportverletzungen und Sportschäden, Return to sports, regenerative Medizin in Orthopädie und Unfallchirurgie, vor und nach der Endoprothese

Information und Anmeldung:

Congress Compact 2C GmbH, Gina Isemann

Joachimsthaler Straße 31–32, 10719 Berlin, Tel.: 030 88727370, Fax: 030 887273710

info@congress-compact.de, www.gelenk-symposium.de

Oktober 2023**5.–6. 10. 2023, Berlin (Hybrid)****3. OP-Raum-Tagung**

Thema: OP-Raum der Gegenwart und Zukunft – was architektonisch, juristisch und medizinisch zu berücksichtigen ist (smarter OP-Raum, Projektierung ambulanter Einheiten für Hochrisikopatienten, strafrechtliche Haftung, perioperative Antibiotikaphylaxe, aseptische Lavage, infektionsschutzrechtliche Meldepflicht, Messanforderungen im OP-Raum, Einfluss von OP-Leuchten, Reinraumkleidung, Raumakustik, Aufklärung in medizinischen Sonderfällen, Künstliche Intelligenz)

Information und Anmeldung:

medpoint Medizinkommunikations GmbH, Berliner Str. 18, 13467 Berlin

Tel.: 030 40637347, Fax: 030 40637348, info@medpoint-gmbh.de

www.opraumtagung.de

6.–7. 10. 2023, Koblenz**1. Koblenzer Symposium****Komplexe Knie-Chirurgie: Orthopädie und (Sport-)Traumatologie**

Themen u. a.: Meniskusläsionen, Ruptur des vorderen Kreuzbands, Korrekturosteotomien, komplexe Traumatologie, Gelenkersatz bei geriatrischen Patienten, Patellafrakturen

Information und Anmeldung:

Congress Compact 2C GmbH, Gina Isemann, Janine Zimmermann

Joachimsthaler Straße 31–32, 10719 Berlin, Tel.: 030 88727370, Fax: 030 887273710

info@congress-compact.de, https://koblenzer-symposium.de

11.–13. 10. 2023, Freiburg**Freiburger Infektiologie- und Hygienekongress 2023**

Themen u. a.: Infektionsprävention in Zeiten eines kommerzialisierten Gesundheitswesens, hygienische Spurensuche, Schimmelpilze im Krankenhaus, Top-Studien aus Hygiene und Infektiologie, Stellenwert neuer Antibiotika, Prähabilitation, Kostenerstattung von Hygienemaßnahmen, Flächendesinfektion und Krankenhausreinigung, persönliche Schutzausrüstung

Information und Anmeldung:

BZH GmbH - Deutsches Beratungszentrum für Hygiene

Schnewlinstraße 4, 79098 Freiburg/Breisgau, Tel.: 0761 202678-0

Fax: 0761 202678-11, kongress@bzh-freiburg.de, www.hygienekongress.de

12.–13. 10. 2023, Würzburg**110. Jahrestagung der Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen**

Themen u. a.: Rektum-, Pankreas-, Hernien-, Ösophagus- und Magen Chirurgie, endokrine und hepatobiliäre Chirurgie, bariatrische Chirurgie

Information und Anmeldung:

wikonect GmbH, Hagenauer Straße 53, 65203 Wiesbaden

Tel.: 0611 204809-284, Fax: 0611 204809-10, mittelrheiner@wikonect.de

https://der-mittelrheiner.de

12.–13.10.2023, Berlin

25. Hauptstadtkongress der DGAI für Anästhesiologie und Intensivtherapie (HAI)

Themen u.a.: Aktuelles aus der perioperativen Medizin, Regionalanästhesie, Blutung und Blutgerinnung unter besonderen Bedingungen, Muskelrelaxation in der Anästhesie, Therapiesteuerung im kardiogenen Schock, Prähabilitation und Gebrechlichkeit

Information und Anmeldung:

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg GmbH, Corinna Ziegler
Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg, Tel.: 0911 39316-42, Fax: 0911 39316-56
ziegler@mcn-nuernberg.de, www.hai-kongress.de

14.10.2023, Mannheim

EDZ-Kurs: Hämorrhoidalleiden

Information und Anmeldung:

Deutsches End- und Dickdarm Zentrum Mannheim, Frau Siegl
Bismarckplatz 1, 68165 Mannheim, Tel. 0621 123475-10
edz-akademie@enddarm-zentrum.de

18.10.2023, Mannheim

Deutscher Schmerzkonferenz 2023

Themen u.a.: Interdisziplinäre, multiprofessionelle und intersektorale Versorgung von Schmerz, soziale Aspekte von Schmerz und Schmerztherapie, Grenzen der Schmerztherapie, digitale und innovative Schmerztherapie

Information und Anmeldung:

m:con – manheim:congress GmbH, Mila Brnovic
Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim, Tel.: 0621 4106-0
info@mcon-mannheim.de, https://deutscherschmerzkonferenz.de

November 2023

3.11.2023, Magdeburg

Magdeburger Chirurgengespräche und Herbsttagung der Mitteldeutschen Chirurgenvereinigung

Information und Anmeldung:

MCE Medical Congresses & Events, Gabriele Sponholz, Tannenring 52,
65207 Wiesbaden, Tel.: 0160 8459502, gs@mce.info, www.mdcg-tagung.de

9.–11.11.2023, Kampen (Sylt)

13. „Sommer“-Kurs Arthroskopie

Themen u.a.: Grundlagenkurs Knie- und Schulterarthroskopie, Spezialkurs Knie und Schulter für Fortgeschrittene, Live- und Video-Demos von OP-Techniken, praktische Übungen am Modell

Information und Anmeldung:

Congress Compact 2C GmbH, Gina Braun, Sarah Koprowsk
Joachimsthaler Straße 31–32, 10719 Berlin, Tel.: 030 88727370, Fax: 030 887273710
info@congress-compact.de, www.arthroskopie-sylt.de

10.–11.11.2023, Jena

7. Jenaer Gelenksymposium

Themen u.a.: Knorpelschaden und Früharthrose – Gelenkerhalt vor Gelenkersatz

Information und Anmeldung:

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Mandy Wagner
Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, registrierung@conventus.de
www.conventus.de, https://gelenkchirurgie-tagung.de

11.11.2023, Mannheim

EDZ-Kurs: Hämorrhoiden-Sklerosierung und Gummiband-Ligatur

Information und Anmeldung:

Deutsches End- und Dickdarm Zentrum Mannheim, Frau Siegl
Bismarckplatz 1, 68165 Mannheim, Tel. 0621 123475-10
edz-akademie@enddarm-zentrum.de

23.–24.11.2023, Nürnberg

6. Nürnberger Wundkongress

Themen u.a.: Infektiologie – Biofilm, multiresistente Erreger, Kaltplasma, künstliche Intelligenz für die Wunddiagnostik, smart Dressings, Telemedizin, Kompressions-therapie, aktuelle Leitlinien, Komorbiditäten (Adipositas, Depression, Demenz), Hautveränderungen und Hautpflege, Einrisse atropher Haut, Politik (G-BA, Erstattungs-fähigkeit), Einfluss von Medikamenten und Ernährung auf die Wundheilung, Wunden durch selbstschädigendes Verhalten, Akne inversa

Information und Anmeldung:

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Juliane Meißner, Jana Görls
Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, wuko@conventus.de, https://wund-kongress.de

Dezember 2023

1.–2.12.2023, Dresden

12. Mitteldeutscher Schmerztag

Themen u.a.: Schmerzmedizinische Versorgung chronisch schmerzkranker Menschen, interdisziplinäre Zusammenarbeit, gesundheitspolitische Wahrnehmung und Unterstützung, Patiententag (wissenschaftliches Programm folgt)

Information und Anmeldung:

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH
Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, registrierung@conventus.de
www.conventus.de, https://mitteldeutscher-schmerztag.de

6.–8.12.2023, München

12th Munich Vascular Conference 2023 (MAC)

Themen folgen in Kürze

Information und Anmeldung:

wikonect GmbH, Lisa Bernert, Hagenauer Straße 53, 65203 Wiesbaden
Tel.: 0611 204809-283, Fax: 0611 204809-10, lina.bernert@wikonect.de
https://mac-conference.com

Jetzt schon vormerken: **Bundeskongress Chirurgie 2024**



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

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

www.bundeskongress-chirurgie.de

Therapie des Kreuzbandrisses

Sinnvolle Kombination für die postoperative Stabilisierung und Kompression

Im Februar noch hatte Alexander Schmid bei der Ski-Weltmeisterschaft im Parallel-Riesenslalom im französischen Courchevel/Méribel Gold gewonnen. Anfang März zog er sich beim Training in Berchtesgaden einen Riss des vorderen Kreuzbandes im linken Knie zu und musste operiert werden. Damit endete die Saison für den 29-Jährigen rund eineinhalb Wochen früher als geplant. Kurz nach dem orthopädischen Eingriff wurde Alexander Schmid mit der medizinischen Knieorthese M.4s comfort und dem medizinischen Kompressionsstrumpf Rehab one versorgt – beide von medi. Bei der Hartrahmenorthese kann der Bewegungsumfang von Beugung und Streckung manuell vom Fachpersonal eingestellt werden. Sie gab Alexander Schmid ein sicheres Gefühl im Alltag.

Wie das Unternehmen mitteilt, hat der medi Rehab one die Therapie postoperativ sinnvoll ergänzt. Der kompressive Druck auf das Gewebe half, Schwellungen abzubauen und schneller wieder beweglich zu werden. Im Interview unter [medi.biz/alexander-schmid](https://www.medi.biz/alexander-schmid) berichtet Alexander Schmid über die Therapie und wie er konzentriert an seiner Rehabilitation arbeitet, um möglichst bald wieder fit zu sein: „Optimal unterstützen mich dabei zwei medizinische Hilfsmittel: die Knieorthese M.4s comfort und der medi Rehab one. Ich bin überzeugt, dadurch schneller wieder die volle Beweglichkeit zu erlangen.“

Medi Rehab one ist ein rundgestrickter medizinischer Kompressionsstrumpf zur kompressiven Versorgung der unteren Extremitäten, hauptsächlich zur Vorbeugung und Behandlung von postoperativen und posttraumatischen Ödemen und allgemeinen Schwellungszuständen. M.4s comfort ist eine Rahmenorthese zur Führung und Stabilisierung des Kniegelenks mit Extensions- bzw. Flexionsbegrenzung.

Surftipps: www.medi.biz/rehab-one, www.medi.de/produkte/m-4s-comfort

Lasertherapie

Nahezu schmerzfreie Therapie und sehr gute Wundheilung bei Acne inversa

Acne inversa ist eine chronisch entzündliche und sehr schmerzhaftes Erkrankung der Haarfollikel, die insbesondere in intertriginösen Hautarealen auftritt. Zur Behandlung mit dem LEONARDO DUAL 45-Laser und der radial abstrahlenden FiLaC-Laserfaser der biolitec wurden bereits erste wissenschaftliche Untersuchungen veröffentlicht. Wie das Unternehmen mitteilt, bescheinigt die neueste Studie der FiLaC-Laserbehandlung nach drei Monaten sehr gute Wundheilungsergebnisse und nur äußerst geringe Schmerzen.

Die erst im Februar 2023 auf der 12. Konferenz der Europäischen Hidradenitis Suppurativa Stiftung in Florenz vorgestellte prospektive Pilotstudie aus Frankreich [1] wurde an 34 Patienten mit Hurley II Hidradenitis suppurativa durchgeführt. Behandelt wurden 45 Läsionen an u. a. Achseln, Leisten, Innenseiten der Oberschenkel, Gesäß sowie perianal. Im Schnitt hatten sich die behandelten Läsionen über einen Zeitraum von zwei Jahren (1–4 Jahre) entwickelt. Bei fünf bzw. sieben Patienten hatten früher Inzisionen und/oder Exzisionen stattgefunden. Die mediane Länge des Fisteltrakts betrug 20,5 mm (12–30 mm). Die durchschnittliche Dauer des Eingriffs betrug sieben Minuten (6–11 Minuten). Vor der Behandlung wurden die Fistelöffnungen

unter Vollnarkose identifiziert und die äußeren Öffnungen geweitet bzw. geöffnet. Vor dem Einführen der radial abstrahlenden Laserfaser FiLaC wurde ein Debridement mit einer Kürette sowie eine intraläsionale Injektion von Povidon-Iod durchgeführt. Bestrahlt wurde mit einer Kombination der Wellenlängen 980 nm und 1470 nm bei einer kontinuierlichen Energie von 10 Watt. Die Lasersonde wurde mit einer Geschwindigkeit von etwa 1 mm pro Sekunde zurückgezogen. Der gesamte Vorgang wurde einmal wiederholt.

Am Behandlungstag wurden die Schmerzen von den Patienten für 39 Läsionen mit 0 und für sechs Läsionen mit 1 bewertet. Der Medianwert der Schmerzen am zweiten Tag lag bei 2 (1–3). Frühe postoperative Komplikationen traten bei zwölf Läsionen (27%) auf. Bei einer begrenzten Nachbeobachtungszeit von 99 Tagen wurde bei 29 Patienten (89%) kein Rezidiv beobachtet.

- Guillem, P., Enault, C., Vlaeminck-Guillem V. Ultrasonography-guided intraläsionale diode laser for the treatment of Hurley II hidradenitis suppurativa: Results from a pilot study with 46 procedures. Abstract #63 at 12th Conference of the European Hidradenitis Suppurativa Foundation e.V. in Florence, Italy, on 8th–10th February 2023. www.biolitec-fair.com/en/coloproctology/trials-coloproctology

Kontakt: Tel.: 03641-51953-0, info@biolitec.de, www.biolitec.de



Foto: Alexander Schmid

„Die Kombination von Knieorthese und dem medi Rehab one war die optimale Unterstützung nach meiner Verletzung“, sagt Ski-Weltmeister Alexander Schmid.

Bitte einsenden an den

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

per Mail an info@bncev.de

Dieses Beitrittsformular finden Sie auch
auf der Internetseite des BNC unter
www.tinyurl.com/bnc-beitrittsformular



oder indem Sie diesen QR-Code scannen.

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

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

Der Jahresbeitrag für den BNC beträgt 330 Euro. Hinzu kommt der individuell unterschiedliche Jahresbeitrag meiner ANC.

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

Titel | Name | Vorname

Straße | PLZ | Ort

Zuständiger KV-Bereich

Geburtsdatum | Telefon privat

Telefon- und Faxnummer Praxis

E-Mail-Adresse | ggf. Homepage

Ort | Datum | Unterschrift

Informationen zum Datenschutz

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

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

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

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

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

Wundbehandlung

Mobilitätsorientierte Protektion beim Diabetischen Fuß

Ein diabetisches Fußulkus durch Entlastung und Ruhigstellung konsequent zu schützen, ist entscheidend für den Wundverschluss. Dieser sollte allerdings – auch im Sinne der kardiovaskulären Fitness – ohne Einschränkung der Mobilität erreicht werden. Ein standardisiertes Vorgehen lässt sich mit wenig Aufwand erlernen.

Von Dr. Dirk Hochlenert und Dr. Gerald Engels

Die Protektion des Ulkusgebietes beim Diabetischen Fuß wird allgemein mit dem Wort ‚Entlastung‘ (englisch ‚Offloading‘) beschrieben, was aber nur einen Teil des Schutzes umfasst. Ein weiterer Teil, die Ruhigstellung, wird oft unausgesprochen mitgedacht. Die beiden Konzepte haben weitreichende Wirkungen und Nebenwirkungen, sodass es sich lohnt, sie getrennt zu sehen und einzusetzen. Ihr Einsatz muss lückenlos sein, ohne die Betroffenen in ihrer Lebensführung mehr als notwendig zu stören. Dafür wurden in Deutschland seit etwa 2014 neue Konzepte eingeführt, die in Kursen vermittelt inzwischen viele Menschen erreicht haben und hier beschrieben werden sollen.

Das diabetische Fußsyndrom (DFS) ist eine häufige, folgenschwere und kostspielige Komplikation von Diabetes [1]. Etwa jeder vierte Mensch mit Diabetes wird im Laufe seines Lebens ein Fußulkus entwickeln. Als eine der Folgen werden bei etwa 10–20% der aktiven diabetischen Fußulzera Amputationen durchgeführt, um schwerwie-

gendere Komplikationen zu verhindern [2]. Ein aktiver diabetischer Fuß wird durchschnittlich erst nach sechs Monaten inaktiv. Fünf Jahre nach der Diagnosestellung sind die Hälfte der Betroffenen verstorben, zumeist an kardiovaskulären Erkrankungen. Damit ist das DFS tödlicher als die meisten Tumorerkrankungen. Die Übersterblichkeit (3,5-fach gegenüber altersgleichen Menschen mit Diabetes ohne DFS) ist aus den Begleiterkrankungen nur zu einem kleinen Teil erklärbar [3]. Möglicherweise spielt der Verlust der kardiovaskulären Fitness [4] im Rahmen der Therapie hierbei eine wesentliche Rolle [5].

Der Verlust des schmerzvermittelten Zwangs zur Verhaltensänderung ist der zentrale Aspekt der Krankheit [6]. So schränken die Betroffenen ihre körperliche Belastung nicht ein, weder als Reaktion auf Überlastungen noch bei kritischen Durchblutungsstörungen.

Die Protektion ist der Eckpfeiler der Therapie [7] für die meisten diabetischen Fußulzera (DFU) und ist bei Menschen mit Neuropathie nur schwer zu erreichen. Eine unzureichende Entlastung der Wunde [8]



Fotos: Hochlenert

Abb. 1: Zustand nach einer Abszessspaltung. Die Fissur geht bis auf die Sohle durch. Diese Wunde muss nicht entlastet, aber die beteiligten Gelenke müssen ruhiggestellt werden.



Abb. 2: Zehenkuppenulkus an D1. Hier hat sich bei einer Krallenzehen- deformität ein Ulkus in Projektion auf den knöchernen Nagelkranz und eine partielle Nagelablösung entwickelt. Konservative Maßnahmen der Entlastung oder Ruhigstellung sind hier wenig erfolgversprechend. Dagegen führt eine Tenotomie der langen Flexorensehne zu einer sofortigen völligen Entlastung der Ulkusregion.

führt häufig zur Empfehlung, den gesamten Fuß zu entlasten [9], was die Mobilität stark einschränkt, oft für viele Monate oder sogar Jahre. Eine eingeschränkte Mobilität wird bei älteren Menschen als nachteilig für die kardiovaskuläre Fitness gesehen. Keinesfalls sollte die Protektion dazu beitragen, die Betroffenen weiter kardiovaskulär zu schwächen.

Die Mobilität therapeutisch einzuschränken, limitiert auch Unabhängigkeit und Lebensqualität und fördert die Entwicklung von Depressionen. Alltagsuntaugliche Empfehlungen und Ermahnungen – gewürzt mit Hinweisen auf drohende Amputationen – stören die Kommunikation und das Arzt-Patienten-Verhältnis. Auf der anderen Seite ist Mobilität kein Auswahlkriterium für die Empfehlung von Entlastungsvorrichtungen in evidenzbasierten Leitlinien, möglicherweise, weil sich die veröffentlichte Evidenz auf Wundschluss und Amputationen konzentriert [7].

Durch die Priorisierung der Mobilität bei der Auswahl der protektiven Strategie können Ärztinnen und Ärzte den Menschen mit Diabetes dabei helfen, ihre Selbständigkeit aufrechtzuerhalten, das Risiko weiterer Komplikationen zu reduzieren und ihre langfristigen Gesamtergebnisse zu verbessern.

Was ist wirklich notwendig?

Bei der Bestimmung der notwendigen Fußschiene ist die Unterscheidung zwischen Ruhigstellung und Entlastung ein wichtiger Schritt. Mit Entlastung ist gemeint, auf das Ulkus keine Last zu bringen. Dafür werden in eine Sohle Stützen eingearbeitet, die andere Fußareale zur Lastaufnahme nutzen als den Knochenvorsprung, der das Ulkus erzeugt hat. Mit Ruhigstellung ist gemeint, Gelenkgruppen (Zehengrundgelenkreihe oder Sprunggelenke) nicht mehr zu bewegen (siehe Abb. 1). Beides ist der Wundheilung förderlich, aber nicht immer gleich bedeutsam.



Abb. 3: Entlastung eines Ulkus unter MTK 5. Hier kommen zwei Mechanismen zum Einsatz:
 1. Wird der erste Strahl einsinken gelassen, was den Vorfuß proniert und den Fuß entriegelt, also weicher macht.
 2. Die Aussparung unter dem Kopf von MTK 5 wird durch eine Abstützung retrokapital gesichert. So bewegt sich der Fuß nicht in diese Aussparung hinein.

Dr. Dirk Hochlenert

Facharzt für Innere Medizin, Diabetologe DDG
 Zentrum für Diabetologie, Endoskopie und Wundheilung Köln
 Merheimer Str. 217, 50733 Köln
 Tel.: 0221 9731610
 Fax: 0221 97316120
 dirk.hochlenert@cid-direct.de
 www.cid-direct.de



Foto: Hochlenert

Dr. Gerald Engels

Facharzt für Chirurgie
 St. Vinzenz-Hospital Köln-Nippes
 Merheimer Str. 221-223
 50733 Köln-Nippes
 gerald.engels@cid-direct.de
 www.vinzenz-hospital.de



Foto: Engels

Entlastung

Jedes Druckulkus ist durch einen Knochenvorsprung erzeugt worden, der Haut und Weichteile zwischen dem tragenden Untergrund und sich selbst bei jedem Schritt traumatisiert (siehe Abb. 2). Befindet sich kein Knochenvorsprung unter dem Ulkus, so müssen andere Ursachen wie akute Traumen durch Fremdkörper oder auch Hauttumore stärker in Betracht gezogen werden. Dieser den Vorsprung tragende Knochen kann etwas entfernt vom Wundrand unterstützt werden. Der Vorsprung wird so aus der Wunde herausgehalten. Zudem wird der Fuß in dieser Sohle leicht proniert oder supiniert, sodass der Abrollvorgang das betroffene Areal etwas ausspart.

Entriegeln durch Pronation

Das Konzept der Verriegelung in Supination/Inversion und Entriegelung in Pronation/Eversion ist außerhalb fußchirurgischer Kreise wenig bekannt, aber bei der Ulkuserstehung insbesondere unter MTK 5 entscheidend. Lässt man den ersten Strahl in der Sohle etwas einsinken, so wird der Fuß entriegelt und der Vorfuß weniger druckbelastet (siehe Abb. 3). Das schont den lateralen Vorfuß und bei Menschen mit Ballenhohlfuß den gesamten Vorfuß. Der Coleman-Bloc-Test hilft dabei, die Effektivität dieser Maßnahme abzuschätzen [10]. Die Möglichkeiten sind aber begrenzt, weil die Pronation/Supination über die Sprunggelenke auch auf Knie und Hüfte wirkt und starke Veränderungen oft dadurch ausgeschlossen sind.

Innere und äußere Entlastung

Die innere Entlastung durch chirurgische Maßnahmen korrigiert Fehlstellungen und entfernt Knochenvorsprünge. Das hat entscheidende Vorteile und wird in der Versorgung mangels Einrichtungen, die ▶



Abb. 4: Ein Ulkus unter MTK 1 wird durch einen Zehenbalken für die Großzehe, eine Aussparung gesichert durch die retrokapitale Stütze, und eine mediale Wölbungsstütze zur leichten Supination entlastet. Die Sohle wird anschließend mit Klebevlies fixiert, wie im Beispiel Abb. 3 zu sehen.



sich dem widmen, viel zu wenig eingesetzt. Die Maßnahmen erhöhen die Widerstandskraft des Fußes dauerhaft, ermöglichen oft eine akzeptablere Schuhversorgung und sind oft minimalistisch. Ein Beispiel ist die Nadeltenotomie der langen Flexorensehne (siehe Abb.2), die inzwischen auch in einer randomisierten Untersuchung ihre positiven Eigenschaften zweifelsfrei bewiesen hat [11]. Auch bei eingeschränkter Durchblutung sind viele Maßnahmen möglich, weil die Alternative – das Ulkus – in der Regel eine stärkere Mehrdurchblutung braucht als eine möglichst atraumatisch durchgeführte, minimale Operation. Bei Versteifung der Gelenkscapsel kann diese durch ein Kapselrelease behoben werden. Erst eine Ankylose macht die Tenotomie unsinnig.

Äußere Entlastung und Ruhigstellung

Maßnahmen der äußeren Entlastung und Ruhigstellung sollen

- ▶ unmittelbar zur Verfügung stehen,
- ▶ sicher am Fuß verbleiben (nicht abgelegt/vergessen werden können),
- ▶ in der entlastenden Wirkung perfekt sein,
- ▶ den Zugang zur Wundversorgung ermöglichen und
- ▶ die Mobilität so wenig wie möglich stören.

Dafür gibt es Standards in der Entlastung nach dem Entitätenkonzept [12] und eine abgestufte Ruhigstellung. In der Praxis lassen sich beide Maßnahmen so kombinieren, dass mehrere Stufen der Versorgung entstehen (siehe Tabelle 1).

Zu den hier aufgeführten Techniken mit Filz und Cast-Materialien bestehen zahlreiche Alternativen. In der Regel stehen diese aber nicht ohne Wartezeiten zur Verfügung, werden als hinderlich erlebt und können abgenommen werden. Filzentlastungen mit und ohne Glasfaserverstärkung dagegen werden unter den Fuß geklebt, und VW-TCCs (Ventral Windowed Total Contact Cast [13]) können nicht entfernt werden. In einer Untersuchung zur sensorassistierten Wundtherapie (SAWT), in der dieses abgestufte Konzept eingesetzt wurde, gingen die Betroffenen durchschnittlich 2.000 Schritte pro Tag [14]. Die Sensoren, die dabei zum Einsatz kamen, haben dabei geholfen, ineffektive Entlastung sofort zu erkennen und Fehler abzustellen.

Warum wird eine vollständige Entlastung oft nicht erreicht?

1. Die Kommunikation mit Menschen mit Neuropathie ist störanfällig. Die Betroffenen akzeptieren die vorgeschlagene Entlastung intellektuell, transportieren sie aber nur lückenhaft in ihre schmerzfreie Welt. Der Diabetologe und Philosoph Alexander Risse hat das mit dem ‚Leibesinselschwund‘ erklärt [15]. Die Füße sind für die Betroffenen Umgebungsbestandteile geworden, die nicht mehr in die subjektive Einschätzung von Notwendigkeiten einbezogen werden.
2. Die Empfehlungen sind oft alltagsfern. So ist es beispielsweise nicht möglich, monatelang nur das Nötigste zu gehen.
3. Alle ablegbaren Entlastungshilfen werden auch tatsächlich abgelegt. Sie stören erheblich, riechen nicht gut und werden beim Sitzen vor dem Fernseher oder Liegen im Bett als unnötig erlebt. Nach einer Erhebung mit Schrittzählern und ablegbaren TCC's wurden nur 28% der Schritte mit (!) TCC gegangen [8].
4. Viele gängige Entlastungshilfen entlasten bei Neuropathie überhaupt nicht. Beispielsweise der ‚Vorfußentlastungsschuh‘: Menschen mit Neuropathie setzen regelhaft den gesunden vor den kranken Fuß mit der Folge einer Überbelastung des kranken Vorfußes. In der postoperativen Entlastung nach Vorfußeingriffen bei

Tabelle 1: **Verschiedene Kombinationen von Entlastung und Ruhigstellung zur Schonung der Ulkusregion am Fuß**

Entlastung/ Ruhigstellung	Ohne	Mit
Ohne	entfällt	mehrlagige Filzentlastungen nach dem Entitätenkonzept (Fi-mobil®) (Abb. 3 und 4)
Grundgelenkreihe	FIFI-mobil® Sohle mit Filz einlagig (Abb. 5)	FIFI-mobil® Sohle mit Filz mehrlagig (Abb. 6)
Sprunggelenke	VW-TCC mit einlagig Filz (z. B. bei Charcotfuß)	VW-TCC mit mehrlagig Filz (Abb. 7)



Abb. 5: Eine Schiene aus Castmaterial, hier Fiberglas, führt zu einer Ruhigstellung der Grundgelenke. Die Schiene ist mit einer Lage Filz 5 mm (Cellona®) gepolstert, um die harten und scharfen Kanten von der Fußsohle fernzuhalten. Es ist die Andeutung eines Fußbettes zu sehen, das lediglich die Funktion hat, die Position der Schiene unter der Fußsohle einfacher beizubehalten. Anschließend wird die Sohle mit Klebevlies fixiert.

Abb. 6: Hier ist die Entlastung wie in Abb. 3 durch eine Lage Fiberglas erweitert. Dadurch wird die Entlastungshilfe wiederverwendbar und die zusätzliche Sohlenversteifung verhindert mögliche Druckspitzen im Abrollvorgang (terminal stance). Im Anschluss wird die Sohle fixiert.

Abb. 7a–b: Der VW-TCC erlaubt den Zugang zur Wunde, aber keine Abnahme des TCC. Bei abnehmbaren TCC wird nur ein Viertel der Schritte mit dem TCC gegangen.

schmerzwahnehmenden Menschen funktioniert der Schuh, weil diese Menschen schmerzbedingt gar nicht auf die Idee kämen, den Abrollvorgang durchzuziehen und den gesunden Fuß vor den kranken zu setzen.

5. Aussparungen ohne Unterstützung tragfähiger Strukturen in der Nähe der Aussparung lassen den Fuß in diese Aussparungen hineinkippen. Dadurch wird die Belastung der Region erhöht. Der Rand der Aussparung wird lasttragend, ohne dass geprüft wurde, ob dieser widerstandsfähig ist. Das ist auch bei ringförmigen Entlastungen aus Filz der Fall, sogenannten ‚Donuts‘ oder ‚Ananasscheiben‘. Aussparungen sind sinnvoll, wenn stützende Elemente gleichzeitig verhindern, dass sich der Fuß in Richtung der Aussparung neigt.
6. Gängige Entlastungshilfen sind oft unbequeme Gehverhinderungsapparate. Sie wirken vielleicht durch die Reduktion der Schritte, aber das ist zumeist nicht Therapieziel. Patienten entledigen sich ihrer, sobald sie können.
7. Es besteht oft die irrije Annahme, während eines stationären Aufenthaltes wären nicht abnehmbare und vollständig entlastende Hilfsmittel wie TCC's oder FiF!-Sohlen® verzichtbar, weil der Patient

im Bett liege. Unterschätzte Gänge wie die auf die Toilette, zum Rauchen oder einen Rollstuhl benutzen werden so völlig ungeschützt bewältigt. Nach Maßnahmen in lasttragenden Bereichen wie plastisch chirurgischen Eingriffen ist eher noch wichtiger, die Entlastung zu erzwingen als in Situationen, in denen man nicht in so kurzer Zeit so viel kaputt machen kann.

Fazit

Die Protektion eines Diabetischen Fußulkuses durch Entlastung und Ruhigstellung konsequent umzusetzen, ist nicht banal und doch entscheidend für den Wundverschluss. Für Langzeitergebnisse wie Überleben, Lebensqualität sowie Vermeidung von Hilfsbedürftigkeit und Depression ist es wichtig, dies ohne Mobilitätseinschränkung zu erreichen. Die Standards hierzu lassen sich mit wenig Aufwand erlernen. ◀

Literatur

Zu den Literaturverweisen gelangen Sie online über den Kurzlink <https://tinyurl.com/4nh7k3rk> bzw. indem Sie den nebenstehenden QR-Code scannen.



Neuaufgabe eines Standardwerks: Das Diabetische Fußsyndrom

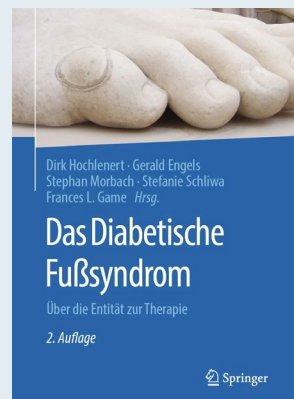
Die Therapie des Diabetischen Fußsyndroms ist eine interdisziplinäre Aufgabe, bei der Wissen in vielen verschiedenen Fach- und Berufsgruppen entsteht. Umso wichtiger, dass dieses gesammelte Wissen strukturiert vorliegt und genutzt werden kann.

Bereits in der ersten Auflage des vorliegenden Buches haben die Autoren die systematische Verbindung zwischen Lokalisation und Ursache für eine neue Klassifikation genutzt. Sie haben die Oberfläche des Fußes in Bereiche unterteilt, in denen Ulzera auf ähnliche Weise auftreten – ein Ansatz, der auch von der chirurgischen Leserschaft dieser Zeitschrift nach Erscheinen eines Fachbeitrags zu den ‚Entitäten des

DFS‘ als besonders praxisnah gelobt wurde. Die englische Übersetzung des Buchs wurde 2019 mit der Stromeyer-Probst-Medaille der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie als wichtigste Monografie für das Fachgebiet ausgezeichnet.

Die 2. Auflage wurde, neben zahlreichen Aktualisierungen, insbesondere um ein umfangreiches Kapitel zu operativen Eingriffen mit detaillierten Beschreibungen ergänzt.

Fazit: Auch in der Neuaufgabe ein unverzichtbares Standardwerk zu einem bis heute noch weithin unverstandenen Teilgebiet in der Schnittmenge von Chirurgie, Gefäßchirurgie, Orthopädie und Diabetologie.



D. Hochlenert, G. Engels et al.:
Das Diabetische Fußsyndrom.
Berlin: Springer-Verlag, 2022.
2. Auflage, 555 Seiten, gebunden,
69,99 Euro

Wundbehandlung

Das große Ziel: Druckentlastung ohne Verlust der Alltagskompetenz

Mittlerweile befindet sich die Neufassung der S3-Leitlinie zur Lokalthherapie chronischer Wunden auf der Zielgeraden. Dass darin nun auch die Druckentlastung verankert wird, sehen Fachleute als wichtigen Fortschritt. Entscheidend sind aber auch die Frequenz der Kontrolltermine und der Erhalt der Mobilität im Alltag.

Von Antje Thiel

Diabetische Fußulzera machen etwa 30 Prozent aller chronischen Wunden aus. Entsprechend großen Raum nehmen sie in den neuen Empfehlungen ein, berichtete Dr. Florian Thienel, Vorstandsmitglied der AG Diabetischer Fuß der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), der die Konsultationsfassung der neuen S3-Leitlinie beim Wundkongress Mitte Mai 2023 in Bremen vorstellte.

Eigentlich versteht es sich von selbst und muss doch immer wieder betont werden: Vor Einleitung der Lokalthherapie einer chronischen Wunde muss die zugrundeliegende Ursache bekannt sein. „Wir fummeln also nicht irgendwie rum, sondern klären erstmal ab, woran es liegt, dass die Wunde nicht heilt“, erklärte Dr. Thienel.

Liegt der Wunde eine arterielle Durchblutungsstörung (PAVK), eine chronisch venöse Insuffizienz (CVI) oder eine Polyneuropathie (PNP) zugrunde, sollten Diagnostik und Therapie leitliniengerecht erfolgen. Hierzu gehören mindestens die Erhebung des arteriellen Pulsstatus, die Dopplerverschlussdruckmessung, die farbcodierte Duplexsonografie sowie die Neurothodiagnostik. Bei nicht plausiblen ABI-Werten sollten ergänzende Methoden eingesetzt werden, erklärte Dr. Thienel. Therapieresistente und morphologisch ungewöhnliche Ulzerationen sollten histologisch abgeklärt werden.

Bis in intakte Strukturen hinein radikal abtragen

Bei der Wundreinigung sei es entscheidend, dass avitales Gewebe bis an intakte Strukturen heran abgetragen wird, ohne das Granulationsgewebe zu entfernen. Für das chirurgische Wunddébridement wiederum gilt, dass avitales Gewebe, Nekrosen, Beläge und/oder Fremdkörper bis in intakte anatomische Strukturen hinein radikal abgetragen werden sollten.



Nach Abheilen eines diabetischen Fußulkus sollte der Fuß so entlastet werden, dass die Mobilität im Alltag weitestmöglich erhalten bleibt

„Bei den Wundauflagen hingegen hat sich nicht allzu viel getan“, sagte Dr. Thienel, es gebe keine nennenswerten Unterschiede zwischen Schaum-, Hydrokolloid-, Alginat-, Mikrofaser-, Fettgaze- oder Polyacrylatverbänden in Vergleichsstudien. Bei biotechnologischem Hautersatz erkennt die Leitlinie trotz niedriger Qualität der vorliegenden Studien einen geringen Vorteil an. Dasselbe gilt für die Behandlung des diabetischen Fußulkus mit plättchenreichem Plasma (PRP).

Wenig Evidenz für physikalische Maßnahmen

„Auch für viele physikalische Maßnahmen gibt es immer noch keine ausreichende wissenschaftliche Evidenz“, bedauerte der Experte. Lediglich zwei Maßnahmen haben nun eine Kann-Empfehlung: die Vakuumversiegelung und die hyperbare Sauerstofftherapie. Letztere

kommt selektiv als adjuvante Therapieoption bei therapierefraktären diabetischen Fußulzera infrage – zumindest sofern zuvor alle Revaskularisationsmaßnahmen (siehe Kasten nächste Seite) und auch weitere konservative Therapieoptionen inklusive Druckentlastung ausgeschöpft wurden. Keine Evidenz verzeichnet die Leitlinie hingegen für physikalische Verfahren wie Reizstrom, Phototherapie, Magnetfeldtherapie, Ultraschalltherapie, Niedertemperaturplasma, Ozontherapie, Stoßwellentherapie und topische Sauerstofftherapie.

Mindestens alle vier Wochen sollte eine erneute Wundbeurteilung erfolgen – bei Veränderungen auch häufiger. Hierbei gelte es, neben der Wundgröße auch den Zustand des Wundrands und die Exsudatmenge zu erfassen und die Therapiedurchführung zu überprüfen. Bei diesen regelmäßigen Wund-Checks sollten Patientinnen und Patienten auch gezielt nach ihrer Lebensqualität und möglichen Schmerzen gefragt und in Bezug auf die ursächliche Erkrankung und deren Therapie sowie zum Erhalt der Alltagskompetenzen beraten werden. Und ganz wichtig: „Nach sechs Wochen ohne Heilungstendenz holen wir eine zweite Meinung ein oder ziehen Menschen anderer Professionen hinzu“, betonte Dr. Thienel.

Erhöhte mechanische Belastung des Narbengewebes

Nach Abheilung eines diabetischen Fußulkus oder einer durch Ischämie verursachten Ulzeration sollte bei den Konzepten zur Narbepflege und lokalen Druckentlastung der weitestgehende Erhalt von Alltagskompetenz und Mobilität ebenfalls berücksichtigt werden, betonte Dr. Thienel. Weil die Polyneuropathie neben dem Verlust der Schmerzempfindung auch zu Veränderungen im Gang sowie Verformungen am Fuß und am Weichgewebe führt, kommt es bei den betroffenen Personen zu einer erhöhten mechanischen Belastung des Narbengewebes. Hierdurch entstehen häufig Rezidive der Ulzerationen.

Entsprechend wichtig ist der mechanische Schutz vor erneuten Verletzungen oder Druckschädigung durch individuell angepasstes Schuhwerk. „Aktuell bekommen wir hier leider oft nur schlechte Qualität für teures Geld“, bedauerte er. Umso wichtiger für die Orientierung in der Praxis ist es aus seiner Sicht daher, dass nun endlich auch die individuelle Anpassung von Entlastungsschuhen nach abgeheilten Wunden in den Leitlinien verankert wurde.

Worauf es bei der Prüfung einer solchen Schuhversorgung ankommt, erläuterte Jürgen Stumpf, Orthopädieschuhtechniker aus Fulda beim Diabeteskongress der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) im Mai 2023 in Berlin. Ihm zufolge reicht häufig bereits ein Blick auf Schuh und Fuß, der verrät, ob der Schuh ausreichend weit, lang und hoch ist. Gleiches gilt für das Material: weich soll es sein, innenliegende Nähte in druckgefährdeten Regionen des Vor- und Rückfußes sind ebenso tabu wie auf den Fuß einwirkende Vorderkappen.

Nur Schuhe, die getragen werden, können auch wirken

„Das Wichtigste ist aber, dass die Spezialschuhe überhaupt getragen werden. Denn Schuhe, die nicht getragen werden, wirken nicht“, betonte Stumpf. Mindestens 80 Prozent der aktiven Zeit im Alltag ▶

Rafaelo®

Radiofrequenz-Ablation von Hämorrhoiden unter Lokalanästhesie



- + Minimalinvasive Methode ideal für die ambulante Behandlung oder Tagesklinik (MVZ)
- + Schnell und einfach durchzuführende Technik mit sofort sichtbaren Ergebnissen
- + Geringes Rezidiv- oder Komplikationsrisiko
- + Hohe Patientenzufriedenheit



info@fcaresystems.com
www.fcaresystems.com

Fistura®



Entdecken Sie auch unsere RF-Behandlung für Analfisteln

F Care Systems GmbH
Oberstraße 3
47829 Krefeld, GERMANY
Tel +49 2151 4799420
Fax +49 2151 4799425

F Care Systems NV (HQ)
Uitbreidingstraat 42-46
2600 Antwerp, BELGIUM
Tel +32 3 451 51 45
Fax +32 3 451 51 39



sollte man die Schuhe an den Füßen haben. Tatsächlich aber trügen Patientinnen und Patienten ihre Schuhversorgung im Schnitt nur 4,2 Stunden pro Tag – unter anderem deshalb, weil es an konfektionierten Hausschuhen mangelt, die den Bedürfnissen von Menschen mit diabetischem Fußsyndrom (DFS) gerecht werden.

Ansonsten riet der Referent den anwesenden Ärztinnen und Ärzten, den Fachkräften für Orthopädieschuhtechnik in ihrem Umfeld genau auf die Finger zu schauen: „Verlangen Sie die Benutzung des Kontrollbogens ‚Protokoll orthopädische Versorgung Diabetes‘ und die Durchführung der Druckverteilungsmessung zur Versorgungskontrolle. Und kontrollieren Sie dies auch!“

So wichtig erfolgreiche Konzepte zur Therapie des DFS auch sind, sollte es primär aber eigentlich darum gehen, Erstulzera zu vermeiden und Rezidive eines abgeheilten Ulkus zu verhindern. Doch wissenschaftlich fundierte Präventionsstrategien gibt es bis dato nicht wirklich, berichtete Dr. Anna Katharina Trocha von der Klinik für Diabetologie am Elisabeth-Krankenhaus Essen beim Diabeteskongress. Insbesondere was das Screening angeht, tappe die Wissenschaft bislang über weite Strecken im Dunkeln: „Wir haben keine guten Daten, wen wir wie und wann screenen sollten!“ Auch die International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF) weise in ihren Leitlinien darauf hin, dass bislang verlässliche Daten zum Nutzen von präventiven Interventionen fehlen. „Wie schön wäre es, wenn wir frühzeitig wüssten, wer ein Ulkus entwickeln wird – und es dann verhindern!“

Verlust des Schmerzempfindens und PAVK als Prädiktoren

Immerhin könne man mittlerweile auf die IWGDF-Risikostratifizierung von 2023 zurückgreifen, die je nach Vorliegen von Risikoprädiktoren Empfehlungen für die Frequenz der Fußuntersuchungen gibt. Diese basiert in Ermangelung geeigneter Studien zwar nicht auf wissenschaftlicher Evidenz, sondern auf Expertenempfehlungen. Demnach sind der Verlust des schützenden Schmerzempfindens (Loss of pain sensation,

LOPS) und die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) die entscheidenden Risikofaktoren für die Entwicklung von Ulzera.

Dr. Trocha berichtete von einer eigenen Erhebung unter 130 Patientinnen und Patienten mit diabetischer Polyneuropathie, die über vier Jahre jährlich nachuntersucht wurden. Mehr als 55 Prozent von ihnen hatten LOPS, 27 Prozent eine PAVK, und bei gut 13 Prozent lag eine Fußdeformität vor. Ein Erstulkus wurde innerhalb des vierjährigen Beobachtungszeitraum bei 18 Prozent des Kollektivs festgestellt – in der LOPS-Gruppe lag die Rate mit 25 Prozent allerdings signifikant höher als in der Gruppe ohne LOPS (10 Prozent). Mit einer PAVK war das Ulkusrisiko um Faktor 2,69 höher als ohne. „Die alleinige Deformität ist hingegen kein zuverlässiger Prädiktor für das Auftreten von Ulzera“, betonte die Referentin.

Erst Erstulkus, dann Rezidivulkus, dann Tod verhindern

Warum es so wichtig ist, Erstulzera zu verhindern, zeigten Zahlen aus Dänemark und Italien zu Rezidiv- und Mortalitätsraten. So liegt die Rezidivrate nach Erstulzera bei 19 bzw. knapp 15 Prozent, nach mehreren vorangegangenen Ulzera hingegen bei rund 30 Prozent. „Wer schon einmal ein Rezidivulkus hatte, ist stärker gefährdet, noch ein weiteres Rezidiv zu bekommen“, fasst Dr. Trocha die Daten zusammen. Auch die Mortalitätsrate steigt nach mehrfachen Rezidiven deutlich an. „Nach dem ersten Ulkus ist es daher unsere Aufgabe, das zweite Ulkus zu verhindern. Nach den zweiten Ulkus müssen wir versuchen, den Tod hinauszögern.“

Ihr Fazit: „Wir müssen Risikoprädiktoren ernstnehmen, in erster Linie den Verlust des protektiven Schmerzempfindens und den Verlust eines Fußpulses. Aber auch bei Fußdeformitäten sollte man Patienten an eine DFS-Ambulanz überweisen.“ Präventive Interventionen seien zwar nicht erforscht, doch ein multimodales Konzept aus Inspektion, Schulung und neuropathiegerechtem Schuhwerk sei in jedem Fall empfehlenswert. ◀

Revaskularisation verbessert Prognose beim DFS: **Noch immer wird zu häufig auf gründliche Gefäßdiagnostik verzichtet**

Diabetes gilt als einer der Hauptrisikofaktoren für die Entstehung und Progression der peripheren Verschlusskrankheit (PAVK). Das Vorliegen beider Erkrankungen verschlechtert die allgemeine Prognose der Betroffenen. Umso wichtiger ist es, dass auch ältere Patientinnen und Patienten eine leitliniengerechte Diagnostik und Therapie erhalten.

Die Prävalenz der PAVK liegt bei Menschen mit Diabetes bei 20 bis 28 Prozent, bei denjenigen mit diabetischem Fußsyndrom sogar bei rund 50 Prozent. Das Vorliegen einer PAVK erhöht das Risiko für Amputationen und auch die Mortalität der Betroffenen, wie der Kardiologe und Intensivmediziner Dr. Sergiu Hicea vom Klinikum Westmünsterland beim Bremer Wundkongress betonte. Zwar sei der Anteil hoher Amputationen seit etlichen Jahren rückläufig, was Dr. Hicea auf eine verbesserte interdisziplinäre Therapie zurückführte.

Allerdings würden die aktuellen Leitlinien noch immer nicht flächendeckend umgesetzt, erklärte der Experte mit Blick auf eine Studie mit Daten von über 41.000 Versicherten einer großen deutschen gesetzlichen Krankenversicherung. Demnach bleibt insbesondere das Potenzial der Revaskularisation noch zu häufig ungenutzt. „Bei insgesamt 37 Prozent der Betroffenen erfolgte eine primäre Amputation, ohne dass zuvor eine Revaskularisation oder auch nur eine

Angiographie stattgefunden hätte“, kritisierte Dr. Hineca. „Dabei lohnen sich endovaskuläre bzw. chirurgische Interventionen auch bei Älteren, denn sie gewinnen an Lebensqualität und Lebenszeit.“ Nach einer solchen Intervention brauchten die Patientinnen und Patienten allerdings eine gute Nachsorge und kontinuierliche Überwachung.

Dank eines umfangreichen Materialportfolios könne man mittlerweile quasi jede Gefäßregion endovaskulär behandeln. Entsprechend sollte beim Vorliegen einer Indikation für eine Revaskularisation in der Regel auch eine endovaskuläre Therapie favorisiert werden. Gemäß der aktuellen S3-Leitlinien sei ein Bypass nur bei großen Verschlusslängen angezeigt, wenn kein erhöhtes Operationsrisiko vorliege, eine Spendevene verfügbar sei und die verbliebene Lebenserwartung auf unter zwei Jahre geschätzt werde.

Bereits im Stadium einer Claudicatio intermittens könne eine Revaskularisation indiziert sein, sofern ein hoher Leidensdruck besteht. Primär empfahl Dr. Hicea für diese Patientinnen und Patienten aber ein Gehtraining. Auf Nachfrage aus dem Plenum ergänzte er, dass es bislang allerdings kein klares Schema für ein solches Gefäßtraining gibt: „Anders als im Herzsport gibt es leider auch keine Gefäßsport-Gruppen“, bedauerte der Referent.

Operateure und Anästhesisten im BAO

ambulant, interdisziplinär, freiberuflich

BAO BUNDESVERBAND AMBULANTES OPERIEREN E. V.

www.operieren.de



Der BAO engagiert sich für die

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

Der BAO bietet seinen Mitgliedern

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

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

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

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

EIN BEITRITTSFORMULAR FINDEN SIE AUF DER INTERNETSEITE DES BAO UNTER

www.operieren.de/content/e3247/e6292

Proktologie

17. Symposium ‚Aktuelle Proktologie‘ des Proktologischen Zentrums Berlin

Nach drei Jahren als reines Online-Format fand die Fortbildung am 6. Mai 2023 endlich wieder live statt. 80 Teilnehmende vor Ort und weitere 300 online waren dabei. Die Hybridveranstaltung bot ein breites interdisziplinäres Spektrum proktologisch relevanter Themen aus Praxis und Klinik. Der Termin für 2024 steht bereits fest.

Von Dr. Daniel Sterzing

Dr. Horst Loch (Berlin) eröffnete die Veranstaltung mit dem einführenden Vortrag über **Knoten und Risse im Analbereich**. Die häufigsten Knoten sind die Marisken. Sie sind meist ohne Krankheitswert, können aber Hygieneprobleme bereiten. Meistens erfolgt die Entfernung nur auf Wunsch der Patienten. Die Analthrombose ist der Paradefall der perianalen Knoten (siehe Abb. 1). In den meisten Fällen ist eine konservative Therapie mit Antiphlogistika ausreichend und zielführend.

Demgegenüber ist bei einem Analabszess die Diagnosestellung gleichzeitig auch die Operationsindikation. Es sollte eine breite Exzision erfolgen. Ein inkarzierter Hämorrhoidalprolaps ist dagegen ein proktologischer Notfall, bei dem ein konservatives Vorgehen mit Antiphlogistika anzuraten ist. Kleine Analfibrome bedürfen keiner Behandlung. Wenn größere Analfibrome prolabieren, ein Fremdkörpergefühl und Blutungen verursachen, sollten sie operativ entfernt werden. Perianale Kondylome in kleiner Anzahl können mit den bekannten Lokalthérapeutika behandelt oder auch operativ behandelt werden. Bei stärkerer Ausdehnung und intraanalem Befall sollte in jedem Fall operativ vorgegangen werden. Condylomata lata treten auf bei Lues II. Es ist eine Antibiotikatherapie (Penicillin i.m.) indiziert.

Benigne perianale Tumore, meist Lipome, verursachen bei zunehmender Größe ein Fremdkörpergefühl und sollten dann exzidiert werden. Das prolabierende Rektumadenom kann leicht mit prolabierenden Hämorrhoiden verwechselt werden. Es wird exzidiert oder mit der Schlinge abgetragen. Die Acne comedonica wird verursacht durch eine Verhornungsstörung der Talgdrüsenfollikel. Das Analrandkarzinom ist meist ein derber hautfarbener oder rötlicher Tumor. Er darf nicht mit den vielfältigen benignen Läsionen verwechselt werden.

An perianalen Rissen kommen vor: Kratzspuren bei juckenden Dermatosen, traumatisch bedingte Analrhagaden, die akute und

chronische Analfissur, Rhagaden beim Analekzem und die pathognomonische Rhagade bei der Psoriasis inversa, beim Lichen sklerosus und beim chronischen Radioderm.

Dr. Bernhard Strittmatter (Freiburg) sprach über **operative Standardverfahren in der Hämorrhoidentherapie**. Behandlungsziele hierbei sind die Beseitigung von Symptomen und Beschwerden sowie die

Wiederherstellung von Anatomie und Physiologie, das sensible Anoderm muss für die Feinkontinenz unbedingt erhalten werden. Beim Hämorrhoidalprolaps dritten und vierten Grades besteht Indikation zur Operation. Für die Verfahrenswahl ist die Differenzierung zwischen reponierbarem und fixiertem Prolaps wichtig. Akute Situationen wie das postpartale Ödem, die Inkarzeration und ausgedehnte Thrombosen mit Ödem werden primär konservativ behandelt.

Die klassischen Operationsmethoden werden in segmental (Milligan-Morgan, Ferguson, Parks) und zirkulär resezierende Verfahren (Longo, Fansler-Arnold) eingeteilt. Die Operation nach Milligan-Morgan ist technisch einfach, risikoarm und das in Deutschland am häufigsten angewandte Verfahren, wobei die lange Wundheilung und die Stenosegefahr, die bei zirkulärem Befund deutlich zunehmen, nachteilig sind. Bei der geschlossenen Hämorrhoidektomie nach Ferguson wird nach der Exzision das Anoderm wieder vernäht. Die Leitlinie empfiehlt, bei den konventionellen Operationen aufgrund der Vorteile – etwa kürzere OP-Zeiten, ohne intraoperativen Blutverlust, weniger postoperative Schmerzen und kürzere Rekonvaleszenzzeit – bevorzugt bipolare Klemmen zu verwenden. Bei sehr ausgedehntem zirkulärem Anodermprolaps können der Analkanal und die Sensibilität mit der rekonstruktiven Hämorrhoidektomie nach Fansler-Arnold am besten wiederhergestellt werden, diese ist aber



Abb. 1: Der häufigste anale Knoten, eine Analvenenthrombose in 7–8 Uhr SSL

Foto: Sterzing

mit einer zeitaufwändigen Präparation verbunden. Bei der Stapler-Hämorrhoidopexie nach Longo wird das Hämorrhoidalgewebe in den oberen Analkanal repositioniert, ein zirkulärer Mukosastreifen entfernt und damit die Wunde vom Anoderm in die Mukosa verlagert.

Die eTHoS Studie hat allerdings aufgezeigt, dass mit Ausnahme der frühpostoperativen Schmerzen die offene Hämorrhoidektomie der Stapler-Hämorrhoidopexie in allen Parametern überlegen ist. Die Leitlinie empfiehlt daher, den Stapler nur beim zirkulären drittgradigen Hämorrhoidalprolaps anzubieten. Ligaturbasierte Verfahren wie Mehrfachligatur mit Gummiband (GBL), Hämorrhoiden-Arterien-Ligatur (HAL) und recto-anal repair (RAR) bekommen einen immer höheren Stellenwert, denn sie sind weniger invasiv und gerade beim älteren Patienten gute Alternativen. Bei Hämorrhoiden zweiten bis dritten Grades ist die Mehrfach-Gummibandligatur (GBL) sehr effektiv und gleichwertig im Vergleich mit der HAL. Entsprechend den Erwartungen und Wünschen der Patienten sollte symptom- und stadienadaptiert der individuelle Behandlungsplan erstellt und ein maßgeschneidertes operatives Verfahren gewählt werden.

Dr. Gerd Kolbert (Hannover) ordnete dann die **deutsche Leitlinie Hämorrhoiden** im Vergleich zu denen in anderen Ländern (amerikanische und europäische) ein. In der Medizin dienen Leitlinien dazu, mittels systematisch entwickelter Aussagen eine angemessene Versorgung zu ermöglichen. Sie führen zu einer Transparenz der klinischen Entscheidungen und bringen Sicherheit für Patienten und Behandler. Leitlinien sind nicht rechtlich bindend, sondern stellen Entscheidungshilfen dar. Andererseits können Abweichungen von Leitlinien bei Komplikationen durchaus rechtliche Probleme verursachen.

In den Jahren 2018 und 2019 wurden fast zeitgleich mehrere Leitlinien zur Therapie des Hämorrhoidalleidens in den USA (ASCRS), in Europa (ESCP) und im deutschsprachigen Raum (DGK) veröffentlicht. Diese Leitlinien unterscheiden sich deutlich in der Länge zwischen 182 Seiten (DGK) und neun Seiten (ASCRS), wie auch in der Anzahl der zugrundeliegenden Literaturstellen (DGK 1.433, ASCRS 64). Alle Leitlinien bedienen sich der Prolapsklassifikation nach Goligher und differenzieren nicht nach weiteren Prolapsformen, wie einer Kombination aus Anal- und Hämorrhoidalprolaps oder nach segmentären oder zirkulären Formen.

Zur Basistherapie des Hämorrhoidalleidens (ballaststoffreiche Ernährung, Defäkationsverhalten) geben die drei Leitlinien sehr unterschiedliche Empfehlungen, da hierzu nur wenig evidenzbasierte Literatur existiert. Ähnliches gilt für die Sklerosierung, deren Anwendung zwar empfohlen wird, wozu allerdings kaum Studien zitiert werden können. Bezüglich der Ligaturbehandlung wird von der ASCRS

Dr. Daniel Sterzing

Chirurg, Viszeralchirurg, Proktologe, Koloproktologe (EBSQ)

Proktologisches Zentrum Berlin
Fasanenstraße 60, 10719 Berlin
Tel.: 030 8848990
Fax: 030 8848993
proktologie-berlin@web.de
www.proktologie-berlin.de



Foto: Sterzing

eine starke Empfehlung als „most effective option“ ausgesprochen. Die Therapie wird als sinnvoll und wirksam bei guter Datenlage erachtet. Eine operative Therapie wird durchgängig in allen Leitlinien bei höhergradigen Hämorrhoiden empfohlen, wobei kaum konkrete Empfehlungen zu verschiedenen Operationstechniken bezüglich bestimmter Stadienausprägungen gegeben werden. Hier könnten sämtliche Leitlinien für den Anwender deutlich mehr in die Tiefe gehen. Insgesamt ergeben sich trotz oder gerade wegen nur evidenzbasierter Datenlage deutliche Unterschiede in den Empfehlungen der drei Leitlinien. Praxisbezogen eignet sich die Leitlinie der DKG am ehesten, da hier auch Fall-Kontrollstudien, wie sie typischerweise in der Proktologie vorliegen, in die Datenerhebung mit einbezogen werden. Da diese

Leitlinie jedoch sehr umfangreich und für einen kurzen Überblick kaum lesbar ist, wurde eine Kurzfassung für den Anwender und Praktiker erstellt.

Dann demonstrierte Dr. Daniel Sterzing (Berlin) ein neues **minimalinvasives Verfahren zur Behandlung von mittelgroßen Hämorrhoiden**. Bei der Radiofrequenzablation von Hämorrhoiden (siehe Abb. 2) induziert die Hitzeapplikation durch Radiofrequenz eine Gewebeschrumpfung. Der entscheidende Vorteil sind die Durchführung in Lokalanästhesie sowie die geringen postoperativen Schmerzen

und seltener auftretenden Komplikationen. Dies wurde mittlerweile in diversen prospektiven Studien nachgewiesen. Für 2024 werden die Ergebnisse der ersten randomisierten Studie (ORION) erwartet, bei der die Radiofrequenzablation mit der Hämorrhoidektomie nach Milligan-Morgan verglichen wird.

Dr. Fedor Ernst (Berlin) sprach über die **verschiedenen Formen der analen intraepitheliale Neoplasie (AIN) und die ANCHOR Studie**. Humane Papillomaviren (HPV) sind die Hauptursache für das Analkarzinom, die AIN ist die Vorläuferläsion und wird in drei Grade eingeteilt. Einzelläsionen lassen sich gut in Lokalanästhesie mit einer bipolaren Pinzette destruieren, Imiquimod-Creme wäre auch möglich. Ausgedehnte, insbesondere intraanale, Manifestationen werden am besten ▶



Foto: F. Care Systems

Abb. 2: Radiofrequenzablation von Hämorrhoiden

mit einer biopolaren Pinzette destruiert. Eine Exzision wird wegen der Stenosegefahr nicht empfohlen, allerdings können ohne Histologie Karzinome übersehen werden. Daher werden stichprobenartige perianale Exzisionen empfohlen. Als Rezidivprophylaxe kann Imiquimod als Suppositorium (Off Label) für vier Wochen verschrieben werden.

Aus einer AIN III (hochgradige Dysplasie) entsteht in 10–20 % der Fälle ein Karzinom. Für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) und HIV-positiv sind, ist das Risiko besonders hoch, die Inzidenz eines Analkarzinoms ist über 100-fach höher als in der Allgemeinpopulation, auch Frauen mit einer hochgradigen zervikalen intraepithelialen Neoplasie (CIN) sind gefährdet. Als Prävention werden Screeningmaßnahmen diskutiert. Der sehr sensitive HPV-Test ist bei der MSM-Population in 90 % der Fälle positiv. Eine Zytologie ist deutlich weniger sensitiv (30–60 %), untersucherabhängig recht spezifisch (70–90 %), nur ist die Prävalenz in der Risikogruppe mit 50–60 % auch sehr hoch. Die übliche proktologische Untersuchung (Palpation, Proktoskopie) ist bei flachen, kleinen AIN-Läsionen nicht optimal.

Daher wurden in einer großen Multi-center-Studie (ANCHOR von J. Palefsky) 5.500 Teilnehmer mit bioptisch nachgewiesenen AIN III-Läsionen in zwei Gruppen randomisiert und von 2014 bis 2021 mindestens alle sechs Monate mit einer High Resolution Anoskopie (HRA) untersucht. In einer Gruppe wurde jede sichtbare AIN-Läsion therapiert, in der Regel mit Diathermie, in der anderen Gruppe verfolgte man eine abwartende Strategie und behandelte nur die Karzinome. Endpunkt war die Zahl der Analkarzinome. In der Therapiegruppe wurden neun, in der Kontrollgruppe 21 diagnostiziert. Dies entspricht einer Reduktion der Analkarzinome um 69 %. In Deutschland wird die HRA nur selten angeboten, die Geräte sind teuer, die Untersuchungsdauer lang (15–20 Minuten), die Lernkurve flach und eine Vergütung im EBM nicht vorhanden und in der GOÄ nicht adäquat.

Realistisch erscheint in Deutschland aktuell eine jährliche proktologische Untersuchung der Risikogruppen, um Läsionen möglichst früh zu detektieren. Wichtig wären Safer Sex, um die Zahl der HPV-Infektionen zu verringern, und besonders die HPV-Impfung, die seit 2018 von der STIKO für Mädchen und Jungen empfohlen wird. Eine postinfektiöse Impfung kann das Risiko eines AIN-Rezidivs verringern und wird von einigen Krankenkassen übernommen.

Beim **Blickdiagnosenquiz** „Alles außer Hämorrhoiden“ der Dermatologin Dr. Sylke Schneider-Burrus (Berlin) galt es, den Inflammatorischen linearen verrukösen epidermalen Nävus (ILVEN), die Candida Intertrigo, das Erythrasma, die Psoriasis inversa, den Morbus Hailey Hailey (Pemphigus chronicus, benignus familiaris), den extramammären Morbus Paget und perianale Mpox (siehe Abb. 3) zu erkennen.



Abb. 3: Perianale Mpox

Foto: Schneider-Burrus

Dr. Lutz Moser (Berlin) gab einen Überblick über die **Strahlentherapie in der Proktologie**. Bei der Therapie von Anal- und Rektumkarzinomen spielt die Strahlentherapie eine wesentliche, wenn auch entitätenabhängig unterschiedliche Rolle. Bis auf sehr kleine Analkarzinome werden alle Plattenepithelkarzinome des Analkanals primär mit einer kombinierten Radio-Chemotherapie in kurativer Intension behandelt. Beim lokal fortgeschrittenen Rektumkarzinom wird die Strahlentherapie oder kombinierte Radio-Chemotherapie neoadjuvant vor der Operation zur weiteren Verringerung des Risikos eines Lokalrezidivs eingesetzt. Moderne Bestrahlungstechniken ermöglichen nicht nur eine gezieltere Bestrahlung der Tumoren, sondern auch eine relevante Reduktion an therapieassoziierten Nebenwirkungen. Durch die intensitätsmodulierte Bestrahlung (IMRT) in Rotationstechnik (volumetric arc therapy, VMAT) lassen sich direkt benachbarte Organe viel besser

schonen. Dies trägt wesentlich zu weniger akuten und späten Nebenwirkungen bei und ermöglicht eine rein ambulante Therapie sowie eine bessere Lebensqualität der Patienten. In Fallbeispielen ging Dr. Moser dabei auf die Nebenwirkungen in unterschiedlicher Ausprägung und deren Behandlung ein.

Aktuell wird noch das Konzept der totalen neoadjuvanten Therapie beim Rektumkarzinom untersucht, um mit einer intensiveren systemischen Therapie ein besseres Ansprechen zu erreichen und bei einer kompletten Tumorremission auch organschonend ohne eine Rektumresektion vorgehen zu können.

Auf die **Totale neoadjuvante Therapie (TNT) bei Rektumkarzinom** und die sich daraus ergebenden Fragen ging danach Prof. Marc H. Jansen (Berlin) ein. Er erläuterte die Problematik, die sich durch die Verbesserungen der präoperativen Behandlungen des Rektumkarzinoms ergeben. Vollremissionen werden nun häufiger erreicht und ein Organerhalt ist möglich. Die Frage, ob, wann und bei wem dann noch eine totale mesorektale Exzision (TME) erfolgen muss, ist nicht leicht zu beantworten. Engmaschige Beobachtungsintervalle sind bei Organerhalt absolut notwendig. Die Entwicklung ist rasant, die Studienlage ist groß, viele Daten sind noch nicht eindeutig. Es sind im Feld der TNT in den nächsten Jahren noch viele weitere Erkenntnisse zu erwarten.

Prof. Dr. Carsten Büning (Berlin) ging auf die **Therapie der Proktitis bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen** ein. In der Behandlung chronisch entzündlicher Darmerkrankungen (CED) ist sowohl die korrekte Diagnose (Morbus Crohn versus Colitis ulcerosa) als auch die Kenntnis des Befallmusters wichtig. Dies gilt insbesondere beim Vorliegen einer Proktitis. Bei der Proktitis ulcerosa ist die topische Therapie mit Mesalazin als Suppositorium sehr effektiv und wird auch von den

Patienten im Vergleich zu Schaum bzw. Klyisma präferiert. Diese topische Therapie sollte zudem auch in der Remission verwendet werden. Für refraktäre Fälle können Tacrolimus-Zäpfchen versucht werden. Nur bei weiterer Ausdehnung nach proximal sollten Schäume oder Klysmen (Mesalazin oder Budesonid) genutzt werden. Interessant wird die baldige Einführung eines Budesonid-Zäpfchens, welches sich in kontrollierten klinischen Studien als effektiv erwiesen hat.

Beim M. Crohn ist die Proktitis häufig mit einem perianalen Befall verbunden. Hier ist die Studienlage für die topische Therapie äußerst dürftig, es steht eindeutig die Systemtherapie im Vordergrund. Patienten mit perianalem Befall und Proktitis bei M. Crohn profitieren von einer anti-TNF-Therapie, ggf. in Kombination mit Azathioprin, aber auch Substanzen wie Ustekinumab und Vedolizumab kommen zum Einsatz. Somit liegen bei korrekter Diagnose für die Proktitis gut etablierte aber unterschiedliche Therapiestrategien der beiden Formen von CED vor.

Dr. Jessica Schneider (Kiel) wollte mit ihrem Vortrag für das Thema **sexuell übertragbarer Erkrankungen** durch rezeptiven Analverkehr sensibilisieren. Problematisch in diesem Zusammenhang ist die teils völlig fehlende oder zum aktuellen Zeitpunkt noch ausgesetzte Meldepflicht für einige Erreger, sodass die letztendlich teils hohen Inzidenzen vor allem in der jungen Bevölkerung nicht ausreichend erfasst werden. Gleichzeitig werden Screening-Untersuchungen nicht ausreichend wahrgenommen.

Häufige anorektale Infektions-Erreger sind Neisseria gonorrhoeae und Chlamydia trachomatis, welche auch asymptomatisch sein können, aber ansonsten eine Proktitis verursachen. Die Inzidenz an Lues-Erkrankungen ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen, neben dem Ulkus als Primäreffekt zeigen sich im weiteren Verlauf häufig mannigfaltige Hautläsionen (Condylomata lata). Insgesamt ist die Bandbreite an Symptomen im Hinblick auf sexuell übertragbare Erkrankungen sehr groß (insbesondere bei HIV und Lues), sodass diese als Differenzialdiagnose nicht vergessen werden sollten.

Danach sprach Dr. Roland Scherer (Berlin) über die **Versorgung von akuten Verletzungen in der Proktologie**. Anale Verletzungen entstehen bei Entbindungen, iatrogen bei Operationen, als Unfall-Trauma wie zum Beispiel Pfählungen und bei Sex-Unfällen. Die Versorgung wurde in anschaulichen Fällen erläutert.

Prof. Dr. Heiner Kramer (Mannheim) begeisterte zum Schluss mit einer live vorgeführten **Darmhypnose**. Bei der Pathogenese des Reizdarmsyndrom spielt die enge Beziehung zwischen Darm und Gehirn (Brain-Gut-Axis) ein sehr große Rolle. Entsprechend kommt der Psychotherapie in der multimodalen Therapie des Reizdarmes große Bedeutung zu.

Weitere Säulen der Therapie sind die symptomatische medikamentöse Therapie, die Ernährungsberatung und die Modulation der Darmflora. Die ‚kleine‘ Psychotherapie des Reizdarmes beinhaltet sowohl körperliche (z. B. Yoga, progressive Muskelrelaxation) als auch mentale

Entspannungsmethoden wie etwa die Darmhypnose. Diese basiert im Wesentlichen auf dem Manchester-Protokoll und konnte in kontrollierten Studien einen signifikanten Effekt auf die Symptomlinderung und Verbesserung der Lebensqualität bei Reizdarm-Patienten zeigen. Man kann die Darmhypnose als Einzel- oder Gruppensitzung durchführen. Darüber hinaus kann der Patient eigenständig mittels einer Audio-Version die Darmhypnose selbst durchführen. Hierbei kann z. B. der Ratgeber-Titel ‚Darmhypnose: Den Reizdarm dauerhaft beruhigen‘ (Reihe TRIAS Übungen) helfen. ◀

18. Symposium Aktuelle Proktologie 2024:

Am 4. Mai 2024 soll die Aktuelle Proktologie erneut als Hybrid-Veranstaltung stattfinden: www.aktuelle-proktologie.de

Prof. Dr. Siegbert Faiss (Berlin): Kritische Einordnung der NordICC-Studie zum Stellenwert der Vorsorge-Koloskopie

Die Koloskopie gilt bislang als eine der zuverlässigsten Methoden zur Früherkennung von Darmkrebs. Die Ergebnisse der kürzlich von M. Bretthauer im New England Journal of Medicine (Bretthauer M. et al. N Engl J Med 2022; oa2208375) veröffentlichten NordICC Studie stellt ihre Dominanz allerdings infrage, denn die Ergebnisse bleiben hinter den Erwartungen zurück.

Im Rahmen der NordICC Studie wurden rund 85.000 Teilnehmende im Alter von 55 bis 64 Jahren rekrutiert. Zwischen 2009 und 2014 erhielt jeder Dritte von ihnen eine Einladung zur Koloskopie. Die anderen fuhren mit ihrer regulären Versorgung fort – ohne Screening. Primäre Endpunkte der Studie bildeten das Darmkrebs- und das daraus resultierende Mortalitätsrisiko nach zehn Jahren. Letztlich konnten 84.585 Teilnehmer aus Polen, Norwegen und Schweden ausgewertet werden konnten. Von diesen waren 28.220 zur Koloskopie eingeladen worden und 11.843 (42 Prozent) waren der Einladung gefolgt.

In der Nachbeobachtungszeit kam es in der Eingeladenen-Gruppe zu 259 Darmkrebsfällen und in der Vergleichsgruppe zu 622. Das Zehn-Jahres-Risiko für Darmkrebs betrug in der Vergleichsgruppe 1,20 Prozent und in der Interventionsgruppe 0,98 Prozent, was einer Risikoreduktion um 18 Prozent entspricht. Das Risiko, innerhalb von zehn Jahren an Darmkrebs zu sterben, lag in der Eingeladenen-Gruppe bei 0,28 Prozent und in der Kontrollgruppe bei 0,31 Prozent.

Somit mussten zur Verhinderung eines darmkrebsbedingten Todesfalls 455 Personen zum Screening eingeladen werden. Damit ist ein Vorteil durch diese Früherkennungsuntersuchung erkennbar, der jedoch deutlich hinter den Erwartungen zurückbleibt. Das räumen die Autoren offen ein und nennen dafür mögliche Gründe. Einer davon ist die Teilnehmerate: Hätten alle Eingeladenen die Koloskopie in Anspruch genommen, wäre das Erkrankungsrisiko laut ihren Berechnungen von 1,22 auf 0,84 Prozent (um 31 Prozent) und das Sterberisiko von 0,30 auf 0,15 Prozent (um 50 Prozent) gesunken.

Es ist zu erwarten, dass die Hauptergebnisse der Studie, die zusätzlich auf einer 15-jährigen Nachbeobachtung basieren sollen, eine dann deutlich stärkere Risikoreduktion zeigen werden. Somit ergibt sich für das gesamte Kollektiv an fast 85.000 Menschen kein signifikanter Vorteil durch die Teilnahme an einem Vorsorge-Koloskopie Programm (Auswertung entsprechend ‚according to protocol‘). Für jeden einzelnen Menschen, der an dem Vorsorge-Koloskopie-Programm auch wirklich teilgenommen hat (Auswertung entsprechend ‚intention to treat‘) ergibt sich hingegen ein deutlicher Vorteil gegenüber der Nicht-Teilnahme an dem Programm.

Daher bleibt die Vorsorgekoloskopie trotz der Ergebnisse der NordICC-Studie das Vorsorgeinstrument mit dem höchsten Nutzen für die Teilnehmer.

Nachhaltigkeit

„Nur auf den Müll zu starren, ist eine viel zu enge Perspektive“

Der Klimawandel wirkt sich bereits heute negativ auf die Gesundheit von Millionen Menschen allein in Deutschland aus. Gleichzeitig gehört das Gesundheitswesen zu den größten CO₂-Emittenten hierzulande. Um seinen ökologischen Fußabdruck zu verkleinern, braucht es einen kritischen Blick auf das große Ganze.

Interview: Antje Thiel

Prof. Christian Schulz ist habilitierter Facharzt für Anästhesiologie und Geschäftsführer des Vereins KLUG – Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit e.V. Dieser verfolgt das Ziel einer Gesellschaft, welche die planetaren Grenzen nicht überschreitet. Ein besonderer Fokus des Vereins gilt den Angehörigen der Heilberufe, die er zum Motor der Transformation machen möchte. Im Rahmen des Bundeskongresses Chirurgie im Februar 2023 in Nürnberg nahm Prof. Schulz an der Sitzung ‚Fridays for (Hernia) Future‘ teil und präsentierte Ideen und Denkanstöße für mehr ökologische Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen.

Wie bewerten Sie den aktuellen Stand beim Streben nach ökologischer Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen?

Schulz: Es bewegt sich endlich etwas. Zuletzt rückte der Fokus trotz und wegen des Ukrainekriegs wieder auf den Klimawandel. Aktuell greifen viele Fachgesellschaften das Thema auf. Das Verständnis für die großen Zusammenhänge wächst: Immer mehr Menschen erkennen, dass Klima, Artendiversität, Nahrungsmittelunsicherheit, Lebensräume und Lebensstil auch unsere Gesundheit beeinflussen. Sie fragen sich, wie Gesundheitssysteme resilient gegen die Folgen des Klimawandels werden können – und wie man dies in Zeiten von wenig oder keinem Wirtschaftswachstum bewerkstelligen kann.

Welche ökologischen Herausforderungen stellen sich speziell im chirurgisch-operativen Bereich – und wie lassen sie sich bewältigen?

Schulz: Die meisten Menschen, die sich mit Klimaschutz beschäftigen, empfinden Handlungsdruck vor allem in ihrem direkten Umfeld. Chirurg*innen sehen also in erster Linie den vielen OP-Müll, den sie mir ihrer Arbeit produzieren. Doch Müllvermeidung ist bei weitem nicht der wichtigste Hebel, um das Gesundheitswesen nachhaltiger zu gestalten. Nur auf den Müll zu starren, ist eine viel zu enge Perspektive.

Wo sollte man stattdessen ansetzen, um den eigenen ökologischen Fußabdruck zu verkleinern?

Schulz: Auch ohne exakte Kenntnis aller Einzelparameter kann man einiges tun, um den eigenen CO₂-Ausstoß zu reduzieren. In einem

Möchte die Akteure im Gesundheitswesen zusammenbringen und kommerzielle Determinanten von Gesundheit hinterfragen:

Prof. Christian Schulz
Geschäftsführer und Vorstandsmitglied bei KLUG



Foto: Ben Mangelsdorf

OP-Saal etwa kann man viel erreichen, indem man für die Anästhesie auf Desfluran als Narkosegas verzichtet. Ein weiterer Faktor ist die Frage, aus welchen Quellen Strom und Wärme in der Praxis stammen. Die Umstellung auf regenerative Energie und LED-Leuchten spart viel CO₂ ein. Mit Blick auf Parameter wie Müllaufkommen und Lieferketten kann man den eigenen Einkauf ökologisch optimieren. Auch das Ernährungsverhalten spielt eine Rolle: So ist eine pflanzenbasierte Ernährung klimafreundlicher als eine mit vielen tierischen Produkten. Eine weitere Stellschraube ist die Mobilität, und zwar nicht nur die des Praxispersonals, sondern auch die der Patient*innen: Müssen sie wirklich für jeden Termin persönlich erscheinen oder lassen sich manche Dinge auch per Videotermin besprechen? Als Mediziner*innen genießen wir nach wie vor eine hohe Reputation in der Bevölkerung. Diese können wir dazu nutzen, um Patient*innen bei Klimaschutz und -anpassung mit ins Boot zu holen.

Das klingt nach einer langen Liste von Aufgaben... Wie vermeidet man es, sich zu verzetteln und dann zu resignieren?

Schulz: Wir stehen unter großem Handlungsdruck. Trotzdem verfügen wir alle nur über begrenzte Ressourcen und müssen deshalb schauen, wie wir unsere Zeit, Aufmerksamkeit und Energie sinnvoll investieren. Bevor man sich unüberlegt hineinstürzt, sollte man zunächst versuchen, sich von gewohnten Perspektiven zu lösen und alles in das

größere Bild einzuordnen. Also zum Beispiel erst einmal grundsätzlich die kommerziellen Determinanten von Gesundheit zu hinterfragen. In der Versorgung von Patient*innen Überversorgung zu vermeiden. Auch die Entscheidung, statt vier nur noch drei OP-Säle zu betreiben und diese besser auszulasten, spart Ressourcen. Im privaten Umfeld lohnt es sich, die eigenen Strategien bei Geldanlage und Altersvorsorge einmal unter ökologischen Aspekten auf den Prüfstand zu stellen.

Können Sie den Aspekt der Geldanlage näher ausführen?

Schulz: Die ärztlichen Versorgungswerke verwalten zusammen rund 110 Milliarden Euro. Es gibt durchaus Kontroversen darüber, wie dieses Geld angelegt werden soll. Und es mehren sich Stimmen, die fordern, dass ärztliche Versorgungswerke z.B. nicht in Unternehmen aus dem Sektor fossiler Energien investieren, die nachweislich die Gesundheit von Mensch und Natur zerstören. Kapitalanlagen sollen Menschen nicht krank machen, sondern gesund erhalten.

Welche Rolle spielen Klimaschutzaspekte in der ärztlichen Weiterbildung und auf der regulatorischen Ebene?

Schulz: Aktuell ist das Thema noch nicht in der ärztlichen Weiterbildung verankert. Doch Medizinstudierende fordern mittlerweile, in jedes Fachgebiet auch Elemente von ‚Planetary health‘ zu integrieren. In der Chirurgie bzw. Traumatologie wären das z.B. Fragen wie, was bei einem Massenansturm von Verletzten (MANV) infolge einer Hochwasserkatastrophe oder, noch viel gefährlicher, Hitzewelle zu tun ist. Es wäre sinnvoll, wenn bereits die Weiterbildungsordnung Klimaschutzaspekte



Wie muss sich Gesundheitsversorgung ändern, wenn künftig häufiger Extremwetterereignisse auftreten?

Foto: Pixabay

berücksichtigen würde und bei zwei medizinisch gleichwertigen Verfahren dem klimafreundlicheren der Vorzug gegeben wird. Auch was den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung angeht, muss man darüber diskutieren, ob neben dem Wirtschaftlichkeitsgebot nicht auch ein Nachhaltigkeitsgebot im SGBV verankert werden sollte. Ebenso sollte man bei der Planung von Kongressen kritisch hinterfragen, wann eine Präsenzveranstaltung wichtig ist und welche Formate sich auch online organisieren lassen.

A propos Kongress: Wie haben Sie die Diskussion über Klimaschutz in der Chirurgie beim Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg erlebt?

Schulz: Mein Eindruck in der Sitzung war, dass es bei den niedergelassenen Chirurg*innen eine große Offenheit und viel Verständnis für Fragen der Nachhaltigkeit und des Klimaschutzes gab. Das war für mich eine positive Erfahrung, denn ich wünsche mir eine breite Debatte sowie stärkere Vernetzung und mehr Austausch untereinander.

CleanMed-Kongress: Neue Initiative zur klimaresilienten Medizin gegründet

Anfang Juni 2023 fand in Berlin der erste Kongress der Initiative CleanMed Berlin statt. Dabei verständigten sich die Kongressteilnehmenden auf zentrale Forderungen an die Gesundheitspolitik:

- ▶ Der Umbau des deutschen Gesundheitswesens muss neben der Korrektur ökonomischer Fehlreize führend die Bedrohungen des Klimawandels berücksichtigen.
- ▶ Gesundheitseinrichtungen müssen in den kommenden Jahren zu klimafreundlichen und klimaresilienten Organisationen werden. Dies muss bei der anstehenden Strukturreform mitgedacht werden.
- ▶ Alle Gesundheitseinrichtungen brauchen verbindliche Strukturen wie Nachhaltigkeitsmanagerinnen und -manager, um die anstehenden Aufgaben zu meistern.
- ▶ Das deutsche Gesundheitswesen braucht sichere und klimaneutrale Lieferketten.

Im Rahmen des Kongresses wurde außerdem – u. a. auf Initiative des Vereins KLUG – das neue Kompetenzzentrum für Klimaresiliente Medizin und Gesundheitseinrichtungen (KliMeG) gegründet. Ziel ist es, durch technische Innovationen ebenso wie konkrete Klimaschutz-Projekte vor Ort möglichst viele Akteure zu vernetzen. Gleichzeitig will das KliMeG sich für verbesserte gesetzliche Rahmenbedingungen und die Förderung von Investitionen einsetzen, ohne die z. B. die finanziell stark belasteten Krankenhäuser die notwendigen Maßnahmen für mehr Nachhaltigkeit nicht stemmen können.

Mehr Informationen: www.cleanmed-berlin.de, www.klimeg.de

Nachhaltige Arztpraxis: TK und aQua-Institut entwickeln Qualitätssiegel

Die Techniker Krankenkasse (TK) hat in Kooperation mit dem aQua-Institut das Siegel ‚Nachhaltige Praxis – Klima. Umwelt. Mensch.‘ initiiert. Es wird Praxen verliehen, welche die Integration ökologischer und sozialer Standards in ihren Arbeitsalltag nachweisen können. Voraussetzung für die Vergabe des Siegels ist die Teilnahme an Online-Kursen, die das aQua-Institut unter Mitwirken der TK, mehrerer universitärer Institute sowie der KLUG – Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit e.V. für das Siegel entwickelt hat.

Die Auszeichnung erfolgt durch ein Audit und eine Prüfung der Stiftung Praxissiegel e.V. Entscheidend ist eine nachhaltige Gestaltung der Abläufe und Prozesse einer Arztpraxis – von alltäglichen Aspekten wie Papierverbrauch oder Mülltrennung bis hin zur Ermittlung des CO₂-Fußabdrucks oder einem praxisindividuellen Hitzeschutzplan. Die Anmeldung für Siegel und eLearning-Plattform ist seit Mai 2023 freigeschaltet. Zunächst steht den Praxen der Online-Kurs zu ‚Nachhaltigkeit und Klimaschutz‘ zur Verfügung. Weitere Module (rationale und nachhaltige Pharmakotherapie, klimabezogene Aspekte der Patientenversorgung etc.), werden sukzessive integriert.

Für Schulungen und Umsetzung der Maßnahmen sollte das Praxisteam etwa acht Monate Zeit einplanen, das Siegel selbst ist drei Jahre gültig. Schulung, Lizenz und Audit kosten 949 Euro. Eine Anerkennung der Weiterbildung durch die Ärztekammern wird beantragt. Zudem prüft die TK die Option, erfüllte Nachhaltigkeitskriterien in die selektivvertragliche Versorgung zu integrieren.

Mehr Informationen: www.aqua-institut.de/produkte-dienstleistungen/qualitaetssiegel-nachhaltige-praxis/nachhaltige-praxis

NIGER: Edriss Haruna (2) ist akut mangelernährt. Unsere Ärztin Dr. Faïza Ouedraogo behandelt ihn, daneben seine Mutter Harira Mohamed.
© Oliver Barth



MIT IHRER SPENDE

GEBEN WIR EDRISS NEUE KRAFT FÜRS LEBEN

Mit **38 Euro** kann **ÄRZTE OHNE GRENZEN** zwei akut mangelernährte Kinder vier Wochen lang mit therapeutischer Spezialnahrung versorgen. So lange dauert es in der Regel, bis ein Kind wieder bei Kräften ist.

♥ **Jetzt spenden**



Gepflicht + empfohlen!
Spendenkonto: Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00
BIC: BFSWDE33XXX
www.aerzte-ohne-grenzen.de/spenden



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

Träger des Friedensnobelpreises