

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



### Ambulantisierung

## Welchen Bauplan braucht es für die Neuordnung der Versorgungsebenen?

#### Kindertraumatologie

Verletzungen der Wachstumsfugen bei Frakturen im Kindesalter:  
Hier ist weniger oft mehr

#### Gastbeitrag BVMed

Engpässe wie bei Arzneimitteln?  
Medizintechnik-Standort Deutschland muss gestärkt werden

#### Gendermedizin

Gefäßchirurgie: Individuelle Therapie berücksichtigt auch Unterschiede zwischen den Geschlechtern





**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 45.

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

# Inhalt

## Berufspolitik

<b>Leitartikel BNC</b> Kleine Lichtblicke trotz unverändert trüber Grundstimmung	8
<b>Leitartikel BAO</b> Nicht das Erzählte reicht, sondern das Erreichte zählt	10
<b>Forum Ambulantes Operieren</b> Ambulantisierung, Hybrid-DRG, ESV: Politik schaltet den Turbo ein und schafft Fakten	14
<b>Gastbeitrag</b> Neuer AOP-Katalog und Hybrid-DRG: Schwung für die Ambulantisierung	18
<b>Qualitätssicherung</b> BNC-Sicherheitssiegel: Einfaches und aussagekräftiges Komplikationsregister	21
<b>DKOU</b> Das zähe Ringen um die Ambulantisierung am Beispiel der Handchirurgie	22
<b>Notfallversorgung</b> Notfallambulanzen am Limit: Bessere Patientensteuerung per Ticketsystem?	24
<b>Drohen Medizinprodukte-Engpässe?</b> Medizintechnik-Standort Deutschland muss gestärkt werden	26

## Regional

<b>Ansprechpartner</b> Kontakt zu den Geschäftsstellen und Regionalverbänden von BNC und BAO	29
<b>Meldungen</b> Aktuelle Nachrichten aus den ANC, den LAO, KVen und Landesärztekammern	30

## Service

<b>Aktuelles zum Arztrecht</b> Abfälle in der chirurgischen Praxis: Wie trennen und entsorgen?	32
<b>Aktuelles zum Arztrecht</b> Datenschutz: Unbeabsichtigte Weitergabe von Nutzerdaten via Google Fonts	34
<b>Abrechnung</b> Auszüge aus dem neuen Kompendium ,Der Kommentar zu EBM und GOÄ', Teil 9	36
<b>Praxisteam</b> Erkältungswelle: Was tun, wenn die Hälfte des Teams wegen Krankheit ausfällt?	38

## Medizin

<b>Gendermedizin</b> Individuelle Therapie berücksichtigt auch Unterschiede zwischen den Geschlechtern	46
<b>Kindertraumatologie</b> Verletzungen der Wachstumsfugen bei Frakturen im Kindesalter	48

## Verschiedenes

<b>Editorial</b> Licht und Schatten bei der Weiterentwicklung des ambulanten Operierens	4
<b>Impressum</b> Kontakt zu Herausgebern, Redaktion, Verlag, Grafik und Anzeigenabteilung	4
<b>Nachrichten</b> Aktuelle Informationen aus Politik und Wissenschaft	5
<b>Buchtipps</b> Aktuelle Neuerscheinungen für Chirurgen, Operateure und Anästhesisten	40
<b>Termine</b> Kongresse, Seminare und Workshops für die fachärztliche Weiterbildung	42
<b>Industrie</b> Nachrichten und Produktneuheiten unserer Partner aus der Industrie	44

Titelbild: iStockphoto.com/PeopleImages; Titelbildrecherche: Schelli



# Editorial

## Licht und Schatten bei der Weiterentwicklung des ambulanten Operierens

Liebe Leserinnen und liebe Leser,

beim ambulanten Operieren geht es endlich voran. Und zwar in vielerlei Hinsicht sogar in die Richtung, die von Berufsverbänden wie dem BNC und dem BAO seit Jahren eingefordert wird: weg von der EBM-basierten Vergütung hin zu einer Einheitlichen, Sektorengleichen Vergütung (ESV) und zu Hybrid-DRG. Entsprechend waren beim mittlerweile traditionellen Forum Ambulantes Operieren, wo Vertreter der Berufsverbände, der Kassen und der ärztlichen Selbstverwaltung sonst immer erbittert miteinander gestritten hatten, Ende November 2022 erstmals versöhnlichere Töne zu hören und ein Hauch von Zuversicht zu spüren (siehe Seite 14 ff.)

Doch die hoffnungsvolle Stimmung währte nicht lange. Seit Beginn des neuen Jahres laufen etliche Fachrichtungen Sturm gegen den kurz vor Weihnachten im Bewertungsausschuss beschlossenen neuen AOP-Vertrag. In einer Zeit, in der Arztpraxen unter den Folgen von Energiekrise, Inflation, Bürokratie, Überlastung und Fachkräftemangel leiden, ohne von der Politik mit Ausgleichszahlungen bedacht zu werden, liegen die Nerven offenkundig blank. Und so kann der Protest von Kinderchirurgen und HNO-Ärztinnen nicht verwundern, die sich gegen die Abwertung etlicher häufiger Operationen bei Kindern wehren. Ebenso wenig überraschen dürfte die Wut der Anästhesistinnen und Anästhesisten, deren Leistungen im neuen AOP-Vertrag nicht als eigenständig förderungswürdig eingestuft werden (siehe Seite 5).

Der anstehende Bundeskongress Chirurgie ist eine gute Gelegenheit, sich ein eigenes Bild über die Stimmung bei den verschiedenen Akteuren zu verschaffen. Allerdings werden die Diskussionen dort vermutlich nicht einmal mehr von zaghafter Zuversicht geprägt sein. Wirklich schade.



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  
Hoisdorfer Landstr. 68 a, 22927 Großhansdorf  
Telefon 04102 2177223  
stefan.behrendt@bbpm.de  
www.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 7.400 Exemplaren (1.2023) gedruckt und hat eine verbreitete Auflage von 7.346 (Druck) und 2.500 (ePaper) Exemplaren (1.2023). Entsprechende Nachweise sind bei der Redaktion erhältlich.

Erscheinungsweise: vier Ausgaben pro Jahr

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



## Ambulantes Operieren

## Nicht alle sind zufrieden mit dem jüngsten Beschluss der Vertragspartner

Mitte Dezember 2022 haben GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Bewertungsausschuss die Weiterentwicklung des ambulanten Operierens in der vertragsärztlichen Vergütung beschlossen. Mit Jahresbeginn 2023 gibt es höhere Vergütungszuschläge, gleichzeitig wird der Katalog der Operationen, die ambulant durchgeführt werden dürfen, um rund 200 Positionen erweitert. KBV-Chef Dr. Andreas Gassen erklärte dazu: „Das ist ein zwar wichtiger, aber nur erster Schritt gewesen. Weitere müssen folgen, damit das ambulante Operieren endlich seine Potenziale entwickeln kann.“

Die ambulanten Operationen wurden auf Basis aktualisierter Kosten neu kalkuliert. Insbesondere aufwändige ambulante Operationen werden hierdurch besser als vorher vergütet. Für ausgewählte Operationen, zum Beispiel Leistenbrüche, gibt es Vergütungszuschläge, um die Ambulantisierung zu fördern. Hierfür stehen mindestens 60 Millionen Euro zur Verfügung, was bei den geförderten Operationen einem durchschnittlichen Plus von 30 Prozent entspricht. Außerdem wurden die Möglichkeiten der Nachbeobachtung nach einer Operation

erweitert. So kann abhängig von der Schwere des Eingriffs künftig eine Nachbetreuung und -beobachtung von bis zu 16 Stunden vergütet werden. Für die KBV ist mit dem Beschluss der „letzte Schritt einer Reform des gesamten einheitlichen Bewertungsmaßstabs getan, die hiermit abgeschlossen ist“.

Einzelne ärztliche Berufsverbände zeigten sich weniger zufrieden. So kritisierte der HNO-Berufsverband die Absenkung der Vergütung häufiger Eingriffe, etwa die Adenotomie mit Parazentese und Paukenröhrcheneinlage (Kategorie N1) sowie die Lasertonsillotomie (Kategorie N2) bei Kindern. Verbandspräsident Priv.-Doz. Dr. Jan Löhler prophezeite lange Wartezeiten für die kleinen Patienten und forderte: „Da die Selbstverwaltung offenbar nicht Willens oder in der Lage ist, die Versorgung der kleinen Patienten sicherzustellen, muss die Politik hier dringend eingreifen und den Bereich der Kinder-Operationen aus dem AOP-Katalog herausnehmen und besser bewerten.“

Quelle: [www.kbv.de/html/2022\\_61582.php](http://www.kbv.de/html/2022_61582.php)

## Anästhesie

## Narkose während der Schwangerschaft schadet dem Fötus offenbar nicht

Eine Allgemein- oder Regionalanästhesie in der Schwangerschaft führt beim Kind offenbar nicht zu dauerhaften Hirnschäden. Dies geht aus einer bidirektionalen Studie eines Teams an der Universitätsklinik im belgischen Leuven hervor, für die zunächst retrospektiv alle Frauen identifiziert wurden, die in der Klinik während der Schwangerschaft eine Anästhesie erhalten hatten. Prospektiv wurden dieselben Frauen dann im Verlauf der folgenden zwei bis 18 Jahre nach möglichen schädlichen Auswirkungen auf die neurologische Entwicklung ihrer Kinder befragt.

Während es in tierexperimentellen Studien infolge einer Vollnarkose während der Schwangerschaft immer wieder zu neuronalen Schäden beim Fötus gekommen war, welche die spätere Entwicklung stören können, ergab die oben genannte Untersuchung, dass eine Anästhesie während der Schwangerschaft vermutlich keinen klinisch bedeutsamen Einfluss auf die neurologische Entwicklung des Kindes hat.



Foto: Pixabay

Quelle: [Bleeser et al. Anaesthesia 25.10.2022, doi.org/10.1111/anae.15884](https://doi.org/10.1111/anae.15884)

## Ambulantes Operieren

## Kritik des BDA am AOP-Vertrag: „Ohne Anästhesie ist keine Operation möglich!“

Bei der Weiterentwicklung des ambulanten Operierens (AOP) geben die Kassenärztliche Vereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband die Richtung vor, ohne an die Fachgruppe Anästhesie zu denken. Diesen Vorwurf erhebt der Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA) mit Blick auf die Reformkonzepte der Bundesregierung zur Förderung der ambulanten Leistungserbringung und Umstrukturierung der stationären Vergütung. Darin werde nur den operativen Fächern finanzielle Förderung zugestanden – nicht aber den Narkoseärztinnen und -ärzten. Diese würden nicht als eigenständiges Fachgebiet gesehen, sondern nur als ‚Strukturvoraussetzung‘ und ‚Querschnittsfach‘, monierte der BDA.

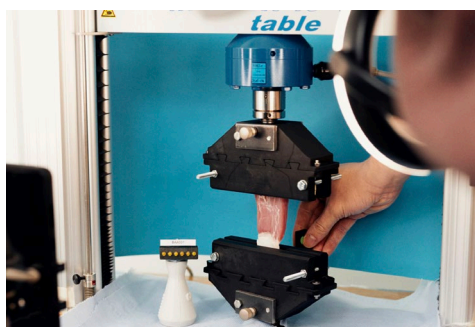
BDA-Vizepräsident Dr. Frank Vescia kritisierte: „Wenn KBV und GKV-Spitzenverband jetzt 60 Millionen Euro für die Förderung der ambulanten Erbringung bestimmter Eingriffe ausgeben, ohne die Anästhesie auch nur zu erwähnen, geschweige denn zu beteiligen, ist das an Ignoranz gegenüber unseren Kolleginnen und Kollegen nicht zu überbieten! Keine Operation läuft ohne Anästhesie!“ Der Leiter des Referats für ambulante und vertragsärztliche Anästhesie im BDA, Jörg Karst, betonte, man habe gegenüber der KBV klar und eindeutig die Förderung der Anästhesie gefordert. „Dass wir jetzt übergangen werden, führt selbstverständlich zu enormem Unmut unter unseren Mitgliedern!“ Wenn diese Reformkonzepte an den Anästhesistinnen und Anästhesisten vorbeiliefen, seien die Pläne zum Scheitern verurteilt.

## Nahtversagen nach viszeralchirurgischen Eingriffen

# Erforschung der Zugfestigkeit: Hoffnung auf digitalen Zwilling von Weichgewebe

Wenn nach einer viszeralchirurgischen Operation Nahtkomplikationen auftreten, liegt dies meist daran, dass Patienten husten, sich ungünstig bewegen oder zu schwer heben und auf diese Weise das frisch operierte Areal zu starken Zugkräften aussetzen. Wirklich vielversprechende Lösungsansätze in der medizinischen Forschung für diese oft sehr gefährlichen Komplikationen sieht der Viszeralchirurg Priv. Doz. Dr. Jörg Johannes Hörer aus Bad Homburg bislang nicht.

Zusammen mit Studierenden der Elektrotechnik an der Fachhochschule Bielefeld will er daher nun einen digitalen Zwilling von menschlichem Bauchgewebe erstellen, mithilfe dessen sich die Ursachen für Nahtversagen exakter erforschen lassen. Um das digitale Modell mit Daten zu füttern, werden in einem ersten Schritt verschiedene Fleischproben aus Schweinebäuchen unter stan-



Der Zugversuch wird genauestens dokumentiert, unter anderem durch zwei Smartphonekameras.

Foto: © P. Pollmeier/FH Bielefeld

dardisierten Bedingungen in eine Zugprüfmaschine eingespannt. Diese ermittelt die mechanische Spannung, unter der die Fläche steht. Dafür wird das Gewebe mit dem Skalpell chirurgisch in zuvor festgelegte Teile präpariert. Mal mit, mal ohne Faszien, mal ein Längsmuskel, mal ein Quermuskel.

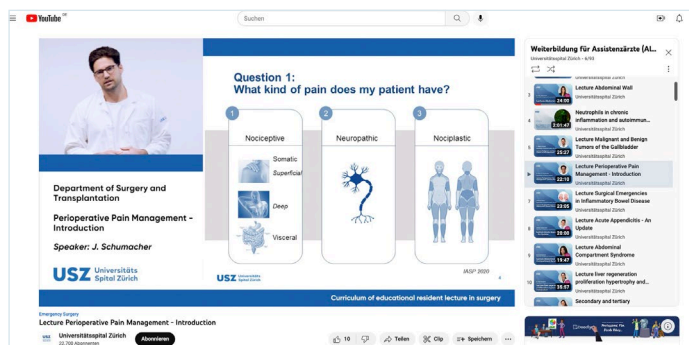
Die erhobenen Daten werden aufwändig dokumentiert und synchronisiert. Hierfür sind die Studierenden aus den Fachrichtungen Maschinenbau und Elektrotechnik zuständig. In der nächsten Phase steht die

Modellierung der Daten an. Der so entstehende digitale Zwilling soll der weiteren Erforschung von Nahtversagen dienen. „Damit könnte auch auf viele Tierversuche verzichtet werden“, hofft Prof. Hörer.

Mehr Infos: [tinyurl.com/2uuwt67z](https://tinyurl.com/2uuwt67z)

## E-Learning

# Chirurgisches Wissen von Zürich via YouTube kostenlos in die Welt



Videos, die für die Ausbildung des chirurgischen Nachwuchses am Universitätsspital Zürich (USZ) erstellt wurden, wurden auf Youtube von über 600.000 Personen gesehen. Der große Erfolg führt jetzt zur Gründung des Youtube-Kanals ‚Global School of Surgery‘, die ab 2023 einem internationalen Publikum kostenlosen Zugang zum chirurgischen Kurrikulum bieten soll. Ziel ist es, die Aus- und Weiterbildung junger Chirurginnen und Chirurgen insbesondere in strukturschwachen Ländern zu verbessern. Thematisch deckt das Online-Kurrikulum mit 120 Videos das gesamte Gebiet der Allgemein- und Transplantationschirurgie ab. Alle Beiträge wurden von chirurgischen Assistenzärztinnen und -ärzten des USZ vorbereitet und bei klinikinternen Fortbildungen präsentiert.

Link: [www.youtube.com/@UniversitaetsSpital6736\(22\)01846-3](https://www.youtube.com/@UniversitaetsSpital6736(22)01846-3)

## COVIDSurg

# Index soll vor Ausfällen bei chirurgischer Patientenversorgung schützen

Im Zuge der COVID-19-Pandemie wurden weltweit unzählige chirurgische Elektiveingriffe verschoben, weil Klinikkapazitäten für Corona-Patienten benötigt wurden und man chirurgische Patienten vor Infektionen schützen wollte. Das internationale Forschungsnetzwerk COVIDSurg hat nun einen Index entwickelt, mit dem Kliniken auf Basis eines Fragebogens ihre Leistungsfähigkeit in Krisensituationen besser einschätzen können. Der ‚Surgical Preparedness Index‘ (SPI) umfasst 23 Fragen nach Infrastruktur, Ausstattung, personeller Situation sowie internen Abläufen bei planbaren chirurgischen Eingriffen.

Prof. Dr. Alfred Königsrainer von der Universitätsklinik für Allgemeinchirurgie in Tübingen glaubt, dass der neue Index Kliniken weltweit dabei helfen kann, sich besser und gezielter auf außergewöhnliche Belastungen vorzubereiten. „Das muss keine Pandemie sein. Hitzewellen, Naturkatastrophen oder auch kriegerische Auseinandersetzungen und Flüchtlingswellen stellen eine erhebliche Belastung dar.“ Trotz erschwerten Umständen könnten dadurch künftig Wartelisten für Operationen verkürzt und Verzögerungen vermieden werden. Dr. Markus Löffler, ebenfalls vom Universitätsklinikum Tübingen und Co-Autor der Publikation, ergänzte: „Dieser Index ist bisher das einzige gut validierte Instrument überhaupt, mit dem die chirurgische Versorgungssicherheit bei besonderen Belastungen strukturiert beurteilt werden kann.“

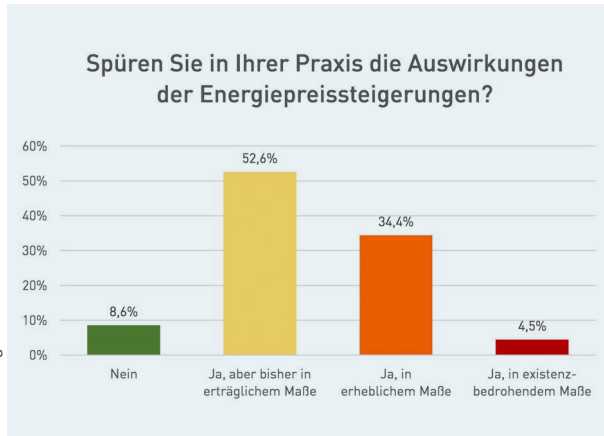
Quelle: Lancet, 31.10.2022, [doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01846-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01846-3)

Energiekosten

## Spürbare Auswirkungen in mehr als 90 Prozent der Praxen

Die Energiekrise macht auch vor der ambulanten medizinischen Versorgung nicht halt. Wie aus einer aktuellen Umfrage der Stiftung Gesundheit hervorgeht, berichten mehr als 90% der Ärztinnen und Ärzte sowie andere Angehörige der Heilberufe von

Um die steigenden Kosten bewältigen zu können, senken der Umfrage zufolge 70,4% der Befragten die Raumtemperatur in ihren Praxen. 65,2% überwachen vermehrt den Strom- und Gasverbrauch, und 53,4% sparten Energie, indem sie vorhandene Geräte nicht nutzen. Um die Energiekosten bezahlen zu können, verschiebe zudem ein Drittel der betroffenen Praxen geplante Anschaffungen. Ein knappes Drittel der Befragten gab außerdem an, bereits finanzielle Rücklagen anzuzapfen.



Grafik: Stiftung Gesundheit

spürbaren Auswirkungen in ihren Praxen. Darin beschreiben 34,4% der Praxen die Auswirkungen als erheblich, 4,5% sehen sich sogar in ihrer Existenz bedroht. „Hochgerechnet auf die Gesamtheit der befragten Berufsgruppen würden somit derzeit etwa 16.000 Praxen akut um ihre Existenz bangen“, sagte Forschungsleiter Prof. Konrad Obermann. „Sollte es zu Praxisschließungen in dieser Größenordnung kommen, wären die Folgen gerade in strukturschwachen Gebieten deutlich zu spüren.“

In vielen Fällen reicht dies nach Angaben der Stiftung Gesundheit aber nicht aus: So würden in vielen Praxen wichtige Kurse oder Leistungen wie Hausbesuche aus Kostengründen nicht mehr angeboten. Andere verkürzten die Öffnungszeiten ihrer Praxen. 7,2% gaben an, dass sie Personal entlassen mussten oder kurz vor diesem Schritt stehen, um die gestiegenen Energiekosten zu kompensieren.

Prof. Obermann rät zu konkreten Maßnahmen, um die ambulanten Praxen zu unterstützen: „Diese wichtigen Strukturen durch unkontrollierte Energiekosten zu gefährden wäre gesundheitspolitisch nicht sinnvoll.“

Kurzlink: [tinyurl.com/bddr5x7f](https://tinyurl.com/bddr5x7f)

Kindertraumatologie

## Epikutane Kirschner-Drähte: Sicher, aber angstbehaftet

Obwohl für Osteosynthesen bei Frakturen im Wachstumsalter in der Literatur die Anwendung epikutaner Kirschner-Drähte empfohlen wird, werden zwei Drittel dieser Drähte bei der Stabilisierung der distalen Radiusfraktur und der suprakondylären Humerusfraktur unter der Haut versenkt. Als Gründe spielen subjektive Faktoren wie Angst vor Infektionen, fehlende Akzeptanz der Technik sowie zusätzliche Traumatisierung der Kinder durch sichtbare Drähte, aber auch organisatorische Gründe wie erhöhter Beratungsaufwand eine Rolle.

In einer prospektiven multizentrischen Studie wurden nun beide Techniken in Bezug auf Komplikationsraten, Zufriedenheit der Eltern und poten-

zielle psychische Traumatisierung am Beispiel der distalen Radiusfraktur und der suprakondylären Humerusfraktur verglichen. Die Eltern und Kinder der epikutanen Gruppe gaben mehr Angst vor der anstehenden Entfernung der Kirschner-Drähte ohne Narkose an als die Befragten der subkutanen Vergleichsgruppe mit Metallentfernung in Narkose. Die Kirschner-Draht-Entfernung selbst wurde in beiden Gruppen gleichermaßen gut toleriert. Beide Techniken seien sichere Verfahren bei Frakturen im Wachstumsalter, schlussfolgerten das Autorenteam.

Quelle: [Schneidmueller et al. Dtsch. Arztebl. 2022](#)  
doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0259

# 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-goä.de](http://www.ebm-goä.de)

asgard verlag



## Leitartikel BNC

# Kleine Lichtblicke trotz unverändert trüber Grundstimmung

Eigentlich bräuchte das Gesundheitssystem dringend eine ehrliche Bestandsaufnahme: Was wird benötigt und welche Ressourcen haben wir? Der Bundesgesundheitsminister hingegen setzt weiterhin allein auf medienwirksame Ankündigungen. Trotzdem gibt es für Chirurgeninnen und Chirurgen Anlass, positiv ins neue Jahr zu blicken.

Von Jan Henniger

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

willkommen im Jahr 2023: ein Jahr, in dem wieder alles besser wird und sich alle einmal auf die offensichtlichen Herausforderungen stürzen und unser Gesundheitssystem zu neuem Glanz erstrahlen lassen.

Diesen Traum habe ich jedes Jahr! Abgesehen davon, dass nicht alle Träume sich verwirklichen lassen, muss sich etwas ändern. Glaubt man dem Bundesgesundheitsminister, wird die Krankenhausreform dieses Jahr geregelt, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sollen vor renditeorientierten Investoren gerettet werden, und Kinderärzte bekommen ein bisschen Geld extra. Alle diese Themen kann man bei Twitter hochemotional ausschlichten, damit enorme Reichweite erzielen und am Ende wieder behaupten, dass Prof. Karl Lauterbach in der Bevölkerung maximale Popularität genießt – und wer sich nicht als Fan sieht, ist automatisch Reichsbürger oder geistig minderbemittelt.

## Personalmangel macht Arztpraxen das Leben schwer

Dabei geht es um Verlässlichkeit und ein Ziel. Wir als Gesellschaft müssen uns Gedanken machen, welches Gesundheitssystem wir wollen! Was wollen die Patientinnen und Patienten? Wollen sie, dass es überall ein Krankenhaus gibt, obwohl das Personal dafür nicht zur Verfügung steht? Wollen die Patientinnen und Patienten auf einen Termin in der Facharztpraxis länger warten als die natürliche Selbstheilung dauert? Wir brauchen eine Bestandsaufnahme, wie und wo Versorgung funktioniert!

Viele Kolleginnen und Kollegen berichten, dass sie nicht dieselbe Versorgung gewährleisten können wie früher, weil kein Personal mehr da ist. Wir bilden kräftig aus, verlieren aber unsere Medizinischen Fachangestellten (MFA) an Kliniken, den Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) und andere Unternehmen oder Institutionen, die gut ausgebildetes Personal besser bezahlen können als wir. Es ist der Kampf entbrannt um Kompetenz und Menschen, die ihre Arbeit ernst nehmen.

Das Mantra, dass jeder ersetzlich ist, stimmt einfach nicht mehr, wenn man kaum noch an ausgebildetes Personal herankommt. Es mag

allenfalls noch im Bereich der Politik gelten. Hier wundert man sich ja häufiger einmal, wie manche Leute in verantwortungsvolle Positionen kommen.

## Entbudgetierung würde allen Fachrichtungen helfen

Der Mangel an gutem Personal wird nicht besser, wenn Krankenhäuser oder private Investoren in die ambulante Versorgung eintreten. Dann verwaltet einfach jemand anderes den Mangel.

Der Druck auf die Politik wird von Woche zu Woche stärker. Dieser von ihr selbst geschaffene Missstand wird sich nicht mit zwei, drei Bonbons an einzelne Fachgruppen in Luft auflösen. Den Kinderärzten, denen jetzt plötzlich Budgetfreiheit versprochen wird, hilft es nicht, wenn alle anderen Kolleginnen und Kollegen darunter leiden werden. Dabei ist Entbudgetierung das einzige, was allen hilft.

Leistungen, die erbracht werden, müssen bezahlt werden. Dies gilt in Kliniken wie auch in Praxen. Der Virchowbund fordert eine Vier-Tage-Woche für niedergelassene Praxen, sollten die Budgets beibehalten werden. Dies ist eine schwierige Forderung, da sie bei konsequenter Umsetzung natürlich zu einer Unterversorgung der Patientinnen und Patienten führen wird. Praxischefs werden Angst haben, ihre Angestellten nicht mehr bezahlen zu können und auch die Kolleginnen und Kollegen in den Krankenhäusern werden sich zu Recht über die Mehrarbeit bedanken angesichts von fehlenden Pflegekräften und Ärztemangel sowie Verwaltungen, die von ihnen Rendite erwarten, damit die Stellen in der Verwaltung weiter ausgebaut werden können.

## Alle müssen merken, dass die Versorgung kippt

Der Gesundheitssektor ist einer der größten Arbeitgeber in Deutschland – doch viele darin Beschäftigte verdienen ihr Geld eben nicht durch Heilen und Pflegen. Sie bekommen ihre monatlichen Gehaltsschecks, weil andere – Ärztinnen und Ärzte, Pflegenden und andere Gesundheitsberufe – Menschen Heilung, Linderung und Hoffnung geben.

Und deshalb müssen alle es merken, dass die Versorgung kippt. Dass man um ein funktionierendes Gesundheitssystem kämpfen muss. Es ist ebenso wichtig wie seinerzeit die Bankenrettung, die

ohne zu zögern von oberster Stelle angeschoben wurde und bekanntlich Milliarden gekostet hat. Niemand zweifelte am Sinn der Rettung ‚systemrelevanter‘ Geldinstitute. Die Gelder, die während der Pandemie in dubiose Maskendeals und Corona-Testcentern verbraten wurden, hätten uns gutgetan. Zum Beispiel als Investition in eine sinnvolle Notfallversorgung über die Grenzen von Sektoren hinweg.

Deshalb bitte ich Sie, sich an den Aktionen Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV), Ihres Berufsverbands oder Ihres Gesundheitsnetzwerks zu beteiligen, damit wir den Druck auf die Politik weiter hochhalten können. Es reicht nicht darauf zu vertrauen, dass der Berufsverband oder die KV es schon richten werden, und dann bei vermeintlichen Misserfolgen immer auf die engagierten Kollegen zu schimpfen. Alle Kolleginnen und Kollegen, die in Gremien mitarbeiten, können sich ihr Essen selbst kaufen und sind nicht auf die Häppchen angewiesen, die es auf Veranstaltungen gibt. Sie sind dort vielmehr in dem Glauben, doch etwas verändern zu können, selten für sich selbst persönlich, sondern für die Kolleginnen und Kollegen. Sie brauchen Sie als Unterstützung, als faire Kritiker und als sichtbare Macht, an der sich Lauterbach und Co. die Zähne ausbeißen.



Foto: Pixabay

Nur wenige halten die jüngste EBM-Reform für den ganz großen Wurf

### Bewertung von Eingriffen im historischen Kontext sehen

Doch nun zu einem chirurgischen Thema. Zum 1. Januar 2022 ist die Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) durch die Neukalkulierung der ambulanten Operationen abgeschlossen worden. Dies hat zu Verschiebungen bei der Bewertung von Eingriffen geführt, welche nur im historischen Kontext zu verstehen sind.

Als der EBM im Jahr 2000 kalkuliert wurde, war man von einem Punktwert von 10 Pfennig ausgegangen. Mit Einführung des Euro im Jahr 2002 kalkulierte man dann mit 5,1 Cent pro Punkt. Der Schieds-

### 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@bncevd.de



Foto: Henniger

ausschuss legte damals aber leider lediglich einen Punktwert von 3,1 Cent fest. Damals wurden auch die Operationszeiten kalkuliert, die hinter dieser Leistung stehen. In der Folgezeit haben sich bedauerlicherweise einzelne Kolleginnen und Kollegen gegenüber den Kassen mit deutlich niedrigeren Schnitt-Naht-Zeiten als den kalkulierten gebrüstet. Deshalb forderten die Krankenkassen eine komplette Neuberechnung der EBM-Leistungen – mit der Folge, dass sich im Jahr 2012 der KBV-Bewertungsausschuss und die Krankenkassen darauf einigten, den EBM „kostenneutral weiterzuentwickeln“.

Aufgrund der Komplexität der Aufgabe hat es nun fast zehn Jahre gedauert, diesen EBM weiterzuentwickeln. Infolge der neuen Kostenkalkulation werden insbesondere Eingriffe der höheren Kategorien besser vergütet. Kleinere Operationen hingegen werden aufgrund der geforderten Punktsammenneutralität leicht abgewertet. Die Auf- und Abwertung von Leistungen betrifft alle operativen Fächer.

Zusätzlich zum punktsammen- und ausgabenneutralen EBM sind 60 Millionen Euro als Zuschläge für förderungswürdige Leistungen ausgehandelt worden, die im Katalog ambulanter und stationersetzender Leistungen verzeichnet sind. Die Zuschläge bewegen sich bei diesen Leistungen in einer Größenordnung zwischen 10 und 30%. Ebenfalls sind Ziele wie etwa die bessere Bezahlung des Hygieneaufwands mit Umsetzungszeiträumen vermerkt. Natürlich ist das noch nicht der ganz große Wurf und es geht immer noch ein bisschen besser! Daran arbeiten wir! Werben Sie um Mitglieder in Ihrer ANC und dadurch auch im BNC, damit wir dies weiter tun können.

Ich hoffe, dass in diesem Jahr die positiven Eindrücke überwiegen, dass wir zusammen die kleinen und vielleicht größeren Probleme gelöst bekommen. Dass wir nicht resignieren vor der übermächtigen Bürokratie, sinnlosen Gesetzen, selbstverliebten Politikern sowie Patientinnen und Patienten, deren Erwartung an die Leidenschaft des Arztes auch mal hinterfragt werden kann. Treffen Sie Kollegen, tauschen Sie sich aus, streiten Sie und finden Sie Kompromisse – aber vor allen Dingen schauen Sie positiv vorwärts. ◀

Mit den besten kollegialen Grüßen, Ihr Jan Henniger

1. Vorsitzender des BNC

## Leitartikel BAO

# Nicht das Erzählte reicht, sondern das Erreichte zählt

Das neue Jahr beginnt in der Gesundheitspolitik leider erneut mit herben Enttäuschungen. Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach setzt sich unbeirrt über fachliche Expertise hinweg und treibt das Gesundheitswesen tiefer in die Krise. Da hilft es nur, resilient, resistent und bei Bedarf auch renitent zu bleiben ...

Von Dr. Christian Deindl

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

herzlich willkommen im vierten Corona- und zweiten Ukraine-Kriegsjahr! Damit wissen Sie im Gegensatz zum Jahreswechsel 2021/2022 so in etwa, was alles auf Sie, Ihre Praxen und Ihre Arbeiterteams zukommen wird. Auch Kompetenz imitierende Fachbegriffe wie ‚Zeitenwende‘ und ‚Doppelwumms‘ sind Ihnen inzwischen durchaus geläufig und werden Sie in ihrer geballten Komplexität nicht noch einmal völlig unvorbereitet überraschen. Ebenso wenig dürfte es Sie im vergangenen Jahr überrascht haben, dass mit der Zeitenwende allenfalls der Wechsel der vier Jahreszeiten gemeint gewesen sein muss gemessen an den – mal mehr, mal weniger perfekt fehlerfrei verlesenen – durch Regierungserklärungen geweckten Erwartungen.

So verwundert es niemanden mehr, dass milliardenschwere Rüstungsgüter zwar als renditewürdig erachtet werden, dafür aber ihre Einsatzfähigkeit weiterhin nur von sekundärer Bedeutung geblieben zu sein scheint. Wahrscheinlich reicht bereits ein

Markennamenwechsel aus – und von nun an zieren halt einige Schrägstreifen die beanstandeten Vehikel. Und um die Ecke schießen hilft immer schon beim Fußball, also im gefühlten brutalstmöglichen nationalen Ernstfall. Wenn es schließlich um Brot und Spiele und deren hohen politischen Wiedervermarktungswert geht, dann sind sich 16 Länderminister so was von einig, dass der bundesweite, rasenflächendeckende Polizeieinsatz kostenfrei bleiben muss, das heißt auf Rechnung des Steuerzahlers, während hingegen Kliniken für Sicherheitsdienste zum Schutz von PatientInnen und MitarbeiterInnen aus ihrem eigenem dual finanzierte Etat aufkommen müssen.

Nicht weniger inakzeptabel klingt es, dass weitere gesundheitspolitische Themen wie Coronamaßnahmen, Krankenhausfinanzierung, Ambulantisierung, ambulantes Operieren und ambulante Facharzt-

medizin in 16-facher Ausfertigung nicht konsensfähig und somit nicht zu finanzieren sein sollten. Dabei sind die benötigten Finanzmittel immer zur Stelle, sobald politisch etwas gewollt ist, inklusive eingepreister Provisionen findiger Maskendealer und Insider.

## Pseudo-Lösungen selbstverschuldeter Probleme und Defizite

Von den bestenfalls kurz beklatschten, ansonsten lange von Politik, Kostenträgern und Leistungsempfängern mitleidig belächelten aktiven Akteuren im Gesundheitswesen wird rund um die Uhr exakt das Gegenteil erwartet und dieses mit Sanktionen und nicht immer ganz schwindelfreien Gesetzesvorhaben auch durchgedrückt. Und diese kontraproduktive Hektik nur, um ebenso kurzfristige wie kurzsichtige Pseudo-Lösungen von selbstverschuldeten Problemen und Defiziten politisch halbwegs gebacken zu kriegen.

Gerade Weihnachtszeit und Jahreswechsel werden parteiübergreifend sehr gerne für solche fragwürdigen Korrekturmaßnahmen genutzt, um besonders unangenehme Fragen zu umgehen. Die Aufmerksamkeit

der Menschen ist naheliegend sowieso auf andere Dinge konzentriert und nicht auf die Politik, zumal letztere zeitgleich ihr ganzes Bestreben dem Wohlergehen des Einzelhandels widmet. Von dieser Berliner Weihnachtsbäckerei sind bekanntlich Arztpraxen traditionell ausgeschlossen bzw. werden ersatzweise mit immer neuen bürokratischen Gängelungen und nicht zielführenden Gesetzen bedacht.

Die Krönung in diesem einjährigen kakophonischen Regierungskonzert war die Forderung aus der dritten und vierten politischen Reihe, nämlich der Städte und Kommunen, Praxen sollten doch einfach in dieser besinnlichen Jahreszeit länger geöffnet bleiben, um ihre eigenen kommunalpolitischen Oberbürgermeister- und Landratsdenkmäler in Form von defizitären und chronisch pleitebedrohten Krankenhäusern kostenneutral aus der von ihnen mitverschuldeten Misere zu befreien.

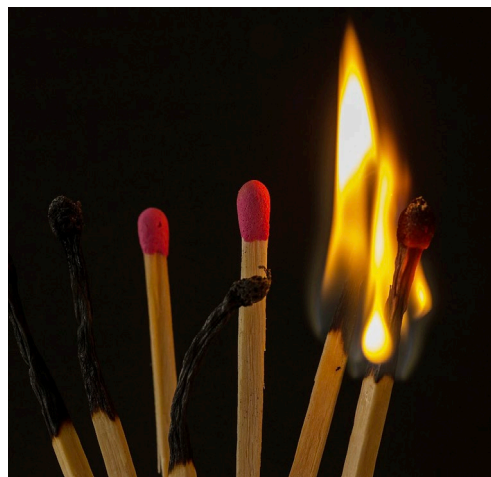


Foto: Pixabay



Da trifft es sich doch gut, dass der BAO exakt vor einem Jahr im Dezember 2021 den deutschen Städte- und Gemeindetag angeschrieben und angeboten hat, angesichts der damals coronabedingten Engpässe in Kliniken gemeinsam über eine sektorenverbindende Patientenversorgung auf lokaler und regionaler Ebene nachzudenken. Der im Nachgang sicher eingesetzte äußerst intensive Prozess des Nachdenkens scheint bei Bürgermeistern und Landräten bis heute noch anzudauern und die letzten Reste an Vernunft und problemorientiertem Intellekt in Anspruch zu nehmen.

### Moralinsaure Keule in Richtung der Praxisöffnungszeiten

Denn Politik brüstet sich nur allzu gerne mit zahlreichen Vordenkern, nachgeschaltetes Denken ist eher unerwünscht und den Betriebsfrieden störend. Viel anders lässt sich diese moralinsaure Keule in Richtung der Praxisöffnungszeiten nicht deuten. Diese institutionelle Scheuklappenmentalität und personell bedingte Überforderung wird wohl auch 2023 anhalten, wie erste zum Jahreswechsel über Berlin und anderen Landesmetropolen herabgefallene leere Worthülsen vermuten lassen. Sicherlich werden weitere ‚unabhängige‘ Expertengremien das Licht der Welt erblicken, um anschließend als abnickende Zweitmeinung ihre schnöde Alibi-Daseinsfunktion zu fristen. Dabei versprach die Aufnahme der sektorengleichen Vergütung

### 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

in den jüngsten SGB V-Gesetzestext in der Tat eine kleine Zeitenwende, denn damit würde eine 30 Jahre lang andauernde Forderung des BAO und anderer Berufsverbände endlich Wirklichkeit im ambulanten operativen Versorgungsalltag werden.

Aber weit gefehlt, denn Minister Lauterbach denkt überhaupt nicht daran, die prekäre Situation von Praxen, in die er sie bewusst und über Jahre geschickt hineinmanövriert hat, auch nur um ein Jota zu verbessern. Ganz im Gegenteil, sein einziges Interesse gilt (Groß)Kliniken und als ambulantes Aushängeschild allenfalls der Hausarztmedizin. Wie sehr seine destruktive Gesetzgebung in die Patientenversorgung eingreift und unter Inkaufnahme gezielter Nachteile für PatientInnen durchgedrückt wird, zeigt die jüngste Abwertung von HNO-Narkose- ▶



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

## MIT IHRER SPENDE GEBEN WIR EDRISS NEUE KRAFT FÜRS LEBEN

Mit **42 Euro** kann **ÄRZTE OHNE GRENZEN** zwei akut mangelernährte Kinder mit therapeutischer Spezialnahrung versorgen, bis sie wieder bei Kräften sind.

♥ Jetzt spenden



Spendenkonto: Bank für Sozialwirtschaft  
 IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00  
 BIC: BFSWDE33XXX  
[www.aerzte-ohne-grenzen.de/spenden](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/spenden)



eingriffen bei Kindern im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Dabei waren diese im Verhältnis zum Aufwand bereits bisher nicht ausreichend vergütet – gerade bei den betroffenen und oft chronisch-rezidivierend an Infekten erkrankten Kindern.

### Kostenminimierung ist ein schlechter Ratgeber

Damit machen die gesetzliche Krankenversicherung und das Bundesgesundheitsministerium wahr, was seit Jahren und Jahrzehnten ihr Credo ist: Aufwertung von einzelnen Leistungen nur gegen gleichzeitige Abwertung anderer Leistungen im kollektiven EBM. Das ganze nur, um eine sogenannte Beitragsstabilität vorzugaukeln, die hauptsächlich auf der (Selbst)Ausbeutung von Facharztpraxen und ihren Teams sowie der Vorenthaltung medizinisch notwendiger Leistungen für gesetzlich Versicherte beruht. Kostenminimierung und fehlende Investitionsbereitschaft waren und sind die schlechtesten Ratgeber in Sachen Medizin und Gesundheit. In Kombination mit Beratungsresistenz politisch Verantwortlicher steigt das dadurch verursachte Gefährdungsrisiko exponentiell an, wie die eklatanten Versorgungsengpässe nicht nur, aber akut besonders in der Kindermedizin der gesamten Bevölkerung vor Augen führen, um diese vor Staunen ungläubig zu reiben.

Während solche Katastrophen im Gesundheitswesen mit oft jahrelanger Ansage in Form einer chronischen Unterfinanzierung einhergehen und Leben kosten können, vollziehen sich andere staatliche ‚Sparprogramme‘ in ihren gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen

schleichend und münden auf dem Gebiet der Sozial- und Bildungspolitik in jeweils 20 Prozent an Armut und Analphabetismus. Beides ist weder der Lebensqualität, noch der Lebenserwartung dienlich. Gerade deshalb ist die Verteidigung eines freiheitlich-demokratischen Gesundheitswesens wichtiger denn je.

Die nun endlich gute Nachricht dabei ist, dass von maximal vier Lauterbach-Jahren bereits eines abgehakt werden kann. Und dass eventuell Haus- und Facharztpraxen aus dieser ideologischen Gefangenschaft vorzeitig entlassen werden, wenn ein oder gar zwei der drei Koalitionäre das sinkende Ampel-Schiff genervt verlassen. Sicherlich nicht die Kanzlerstellpartei und der von ihr per Umfrage ausgeloste Gesundheitsminister. Wer einmal an Ämtern und Privilegien regelrecht festklebt, der lässt sich nicht so leicht wieder entfernen wie aktuell Umweltaktivisten. Von denen verursachte Staus sind lästig, aber meist von nur kurzer Dauer; Reformstaus im Gesundheitswesen hingegen sind lang(k)lebig, da ihre Verursacher anscheinend über einen politischen Mehrfach-Inkompetenzen-Kleber verfügen. Dieser lässt sich bestenfalls nur alle vier Jahre lösen und in der Wahlurne fest verschlossen gesondert entsorgen. Bis dahin hilft nur eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit der gesamten Ärzteschaft.

So war u.a. die SpiFa-Lastwagen-Plakataktion genau das Richtige, und hoffentlich erst der Anfang eines wiedergewonnen ärztlichen Selbstbewusstseins. Denn noch nie war das Gesundheitssystem so am Boden wie unter Minister Lauterbach. Und noch nie wurde deutschen Gesundheitspolitik von einer einzelnen Person – noch dazu oft im Hintergrund/Hinterhalt – über einen so langen Zeitraum fehlgesteuert. Während seine multitalentierten Amtsvorgänger entweder das Fach oder gleich zur Privatwirtschaft wechselten, versteht es Lauterbach wie kaum ein anderer, die von ihm maßgeblich mitverschuldete Krisen dazu zu nutzen, krisenimmanente Fehlerherde wie Talkshows als Krisenkommunikationsmittel geschickt ein- und sich selbst dabei über kompetentere Köpfe einfach hinwegzusetzen. Jede seiner Ansagen gegen vermeintliche Probleme schafft erst Probleme, die es zuvor so nicht gegeben hat. Da K. L. seine Aktionen vom Ende her anfängt, wähnt er sich schneller als die schlafende Konkurrenz, um gleich wieder als Klassenprimus von vorne anzufangen.

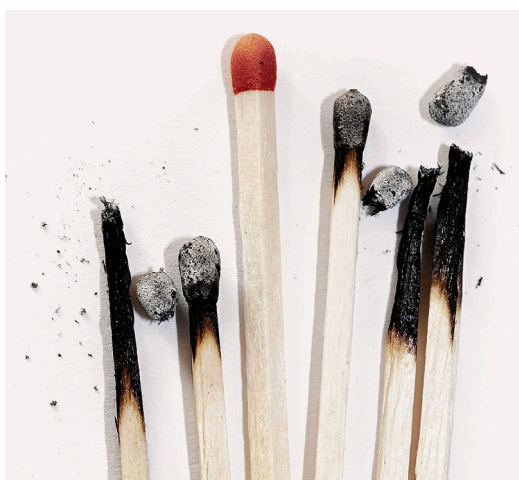


Foto: Pixabay

### Eigene Berufsverbände nach Kräften unterstützen

Dieses retrahierte Demokratieverständnis darf ebenso wenig weiter Schule machen wie ein krachend gescheiterter Kanzlerkandidatenkandidat sich öffentlich damit brüstet, neben Lauterbach Corona-Studien selbst gegenzulesen und dabei zu diametral entgegengesetzten Ergebnissen zu kommen. Ohne den tödlichen Ernst einer Corona-Pandemie wäre diese Hybris der perfekte Joke eines Überfliegers nach bzw. vor der nächsten erfolg-

reichen parlamentarischen Bruchlandung. Aber diese weit verbreitete Art der Selbstüberschätzung setzt sich nahtlos und ressortübergreifend weiter fort und hat unser Land erst in diese missliche Situation manövriert.

Wenn jeder symbolisch zunächst vor seiner eigenen Praxistüre Ordnung schafft, dann multipliziert sich dieser Effekt lokal, regional, landes- und bundesweit. Nur den Kopf in den Sand stecken, den Lauterbach & Co. jeden Tag ins Praxisgetriebe schütten, hilft nun einmal nicht weiter. Es gibt in diesen Zeiten nicht viele Möglichkeiten, sich seines Arztberufes auch außerhalb von Praxen, OP-Zentren und Praxis-kliniken würdig zu erweisen. Sich gesundheitspolitisch zu engagieren und seiner eigenen fachärztlichen Meinung wieder eine solidarische Stimme zu verleihen, ist eine davon. Eigene Berufsverbände nach Kräften zu unterstützen, ist eine weitere konstruktive Option.

Ich wünsche Ihnen allen genannten Widrigkeiten zum Trotz ein erfolgreiches neues Jahr 2023! Bleiben Sie resilient, resistent und, wenn es sein muss, renitent! ◀

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



# Operateure und Anästhesisten im BAO

ambulant, interdisziplinär, freiberuflich

BAO BUNDESVERBAND AMBULANTES OPERIEREN E. V.

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



## Der BAO engagiert sich für die

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

## Der BAO bietet seinen Mitgliedern

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

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

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

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

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

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



## Forum Ambulantes Operieren

# Ambulantisierung, Hybrid-DRG, ESV: Politik schaltet den Turbo ein und schafft Fakten

In den vergangenen zwei Jahren hatte Corona die zweitägige Veranstaltung in Zwangspause geschickt. Bei der Neuauflage vom 25. bis 26. November 2022 in Berlin war angesichts etlicher Vorstöße in Sachen Ambulantisierung und ambulantes Operieren erstmals wieder ein Hauch von Zuversicht unter den Akteuren zu spüren.

Von Antje Thiel

Unter den rund 130 Teilnehmenden waren dieses Mal auch etliche aus dem Krankenhausbereich, wie Alexander Schmid von der B. Braun Deutschland GmbH & Co. KG als Veranstalter des Forums bei der Eröffnung erwähnte. Das neu erwachte Interesse dürfte nicht nur am Druck auf die stationären Versorger liegen. Diese ächzen zwar unter der hohen Zahl minderschwerer Fälle, die eigentlich besser ambulant versorgt werden sollten. Eine mindestens ebenso große Rolle spielt aber die Tatsache, dass die seit Ende 2021 amtierende Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag die seit über 15 Jahren gewünschte integrierte bzw. sektorenverbindende Patientenversorgung wieder aufgegriffen hat. Und diese birgt Chancen für den stationären ebenso wie den ambulanten Sektor.

Es scheint der Politik dieses Mal auch wirklich ernst zu sein mit der Überwindung der Sektorengrenzen. Zu den angepeilten Neuerungen zählen Anpassungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), die Ausweitung des Katalogs ambulanter und stationärsersetzender Leistungen (AOP-Katalog) und neue Vergütungsmodelle in Gestalt der geplanten Einheitlichen, Sektorengleichen Vergütung (ESV) und Hybrid-DRG.

Über die geplanten Gesetzesvorhaben und laufenden Debatten im Gesundheitsausschuss berichtete Dr. Andreas Philippi, niedergelassener Chirurg aus Herzberg, der seit einem Jahr für die SPD im Bundestag sitzt und deshalb neuerdings unter ambulanten Operateuren und Anästhesisten ein gefragter Gesprächspartner ist. „Wir sind in der Gesundheitspolitik an einer Zeitenwende angelangt, auch wenn dieser Begriff in jüngerer Zeit eher in einem anderen Zusammenhang gebraucht wird“, sagte er unter dem Applaus des Plenums.

## Zwei Omnibus-Gesetze als Motor der Veränderung

Aufgabe der Politik sei es, in Form von Gesetzen die Spielregeln für die Akteure im Gesundheitswesen festzulegen. Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach sei entschlossen, die erforderlichen Maßnahmen zügig umzusetzen, berichtete Dr. Philippi. Die entscheidenden Vehikel hierfür sind gleich zwei ‚Omnibus-Gesetze‘. Zum einen das noch von der Vorgängerregierung beschlossene MDK-Reformgesetz, mit dem nicht nur der Medizinische Dienst der Krankenkassen neu strukturiert, sondern auch eine substantielle Erweiterung des AOP-Katalogs beschlossen wurde.

Auf diesem gesetzlichen Auftrag fußte das im Frühjahr 2022 veröffentlichte AOP-Gutachten des IGES-Instituts. Dessen Geschäftsführer und Leiter, Dr. Martin Albrecht, schilderte die zugrundeliegenden Überlegungen als einen „potenzialorientierten Ansatz“. Tatsächlich sei das Ambulantisierungspotenzial weniger von der Leistung selbst als von Kontextfaktoren und Patientensituation abhängig, betonte er. Herausgekommen sind bei dem Gutachten letztlich 2.476 zusätzliche OPS-Codes für (nicht ausschließlich operative) ambulante Leistungen, die bislang überwiegend stationär erbracht werden. „Die Vergütung beim ambulanten Operieren sollte sich künftig eher an DRG und Fall-



Foto: B. Braun

Blick ins Plenum beim 6. Forum Ambulantes Operieren im historischen Hörsaal des Berliner Langenbeck-Virchow-Hauses

## MVZ am Krankenhaus: Mehr fachliche Abwechslung im OP

Welche Chancen sich durch das Ambulante Operieren am Krankenhaus ergeben können, schilderte der niedergelassene Anästhesist Dr. Enno Plock am Beispiel seines eigenen Werdegangs, der ihn binnen weniger Jahre zur Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) am Krankenhaus führte, das die Einrichtung mittlerweile ganz übernommen hat. Als positiv bewertete er aus Praxissicht u. a. die fachliche Abwechslung, die mit dem Krankenhausambulanten Operieren einhergeht.

Andererseits sei das ambulante Operieren im Klinik-MVZ im Vergleich zur selben Tätigkeit in einer OP-Praxis immer noch weniger effizient. Rückblickend berichtete er: „Ich habe anfänglich unterschätzt, wieviel Zeitaufwand es bedeutet, eine solche Entwicklung voranzutreiben.“ Dennoch zog er ein insgesamt positives Fazit: „Ohne die Kooperation mit dem Krankenhaus wäre unsere Praxis heute nicht da, wo sie mittlerweile steht.“

Wer Kooperationen und Ausgründungen von ambulanten Operationszentren am Krankenhaus nicht ganz auf eigene Faust angehen möchte, kann auf die Beratung von Dienstleistern wie z. B. Sabine Klein zurückgreifen. Die Geschäftsführerin der Diomedes GmbH in Melsungen interessiert sich dabei vor allem für Prozesse: „Dabei geht es zunächst darum herauszufinden, ob die beteiligten Akteure überhaupt alle dasselbe unter den Prozessen einer Operation verstehen“, erklärte sie. Wenn man versuche, ambulante Operationen in den Zentral-OP eines Krankenhauses zu integrieren, prallen erfahrungsgemäß zwei Welten aufeinander.

Aus rechtlicher Sicht sind Kooperationen mindestens ebenso komplex, wie Dr. Anke Hübner, Fachanwältin für Medizinrecht aus München, verdeutlichte. „Das Hauptproblem ist, dass so viele unterschiedliche Rechtssysteme involviert sind“, erklärte die Juristin und nannte exemplarisch das Vertragsarztrecht, das Sozial- und Arbeitsrecht und das Strafrecht, die nicht immer problemlos miteinander in Einklang zu bringen sind.

pauschalen als an der EBM-basierten Einzelfallvergütung orientieren“, erklärte Dr. Albrecht. Unklar ist aus seiner Sicht, wie sich die im zweiten Omnibus-Gesetz verankerten Vorhaben auf den Prozess der Ambulantisierung auswirken werden. Gemeint ist das Krankenhaus-Pflege-Entlastungsgesetz (KHPfLEG), an dem im Gesundheitsausschuss noch weiter gefeilt wurde und das eine Woche nach der Veranstaltung am 2. Dezember 2022 letztlich den Bundestag passierte.

Das KHPfLEG sieht neben Maßnahmen zur Personalbemessung von Pflegekräften u. a. vor, dass Krankenhäuser künftig in geeigneten Fällen anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung erbringen können – eine Ergänzung, die auf den Vorschlag einer eigens eingesetzten Regierungskommission zurückgeht. Außerdem ist eine spezielle sektorengleiche Vergütung geplant. Für diese Neuerungen soll das SGBV um § 115e und § 115f ergänzt werden.

## Tagesstationäre Behandlungen sparen keine Nachtschichten

Auch bei den Krankenhäusern, die durch die tagesstationären Behandlungen eigentlich entlastet werden sollen, ist man noch skeptisch, was von dieser neuen Option zu halten ist. So erklärte der Geschäftsführer der Bayerischen Krankenhausgesellschaft (BK), Roland Engehausen: „Man muss ehrlicherweise sagen, dass wir hiermit kaum Nachtschichten werden einsparen können.“ Wenn Patienten nach einer tagesstationären Behandlung die Nacht im eigenen Zuhause

## Antje Thiel

Redaktionsleitung  
VMK Verlag für Medizinkommunikation GmbH  
Chirurgen Magazin + BAO Depesche  
www.bncev.de

Dachsweg 5, 25335 Elmshorn  
Tel.: 04121 2763634  
antje.thiel@vmk-online.de  
www.vmk-online.de



Foto: Thiel

verbringen, führe dies zu einer noch engeren Zeittaktung für das Krankenhauspersonal. „Den Pflegepersonen muss anders geholfen werden!“

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) wiederum sieht die neuen Tagesbehandlungen vor allem deshalb kritisch, weil sie – anders als das ambulante Operieren nach § 115b SGBV oder die mit der ESV abgedeckten Leistungsbereiche – allein in den Krankenhäusern erbracht werden können und deshalb den intersektoralen Wettbewerb verhindern. „Vor allem aber bremst die Ankündigung der Tagesbehandlungen unsere dreiseitigen Verhandlungen zum AOP-Katalog aus“, warnte Dr. Ulrich Casser, Leiter des KBV-Dezernats Vergütung und Gebührenordnung. „Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat dann mit den Tagesbehandlungen ja eine konkurrenzlose Spielwiese und damit weniger Bedarf, den AOP-Katalog zu erweitern.“

Aus diesem Grund führe die KBV derzeit zweiseitige Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband. Dabei habe man sich u. a. als Anreiz zur Ambulantisierung auf eine zusätzliche finanzielle Förderung in Höhe von 60 Millionen Euro für ausgewählte Leistungen geeinigt, die allerdings unmittelbar mit den in § 115f geregelten Entgelten konkurrierten. Bei der erweiterten postoperativen Nachsorge sowie der Vergütung der Hygienekosten sei man aber auf einem guten Weg, sagte Dr. Casser.

## Hier sparen, weil woanders Mehrkosten entstehen

Eben dieser Ausgleich für die rapide gestiegenen Hygienekosten ist seit vielen Jahren eines der Ziele des Bundesverbands Ambulantes Operieren (BAO), dessen Präsident Dr. Christian Deindl allerdings bemerkte: „Mit all unseren Gutachten sind wir in der Vergangenheit leider auf taube Ohren gestoßen.“ Er führte dies u. a. darauf zurück, dass in Deutschland von Beginn an vor allem mit dem Aspekt der Kosteneinsparung für das ambulante Operieren geworben wurde. „Und wenn der Wurm erst einmal drin ist... dann argumentieren die Kassen bis heute, dass sie bei uns sparen müssen, weil sie an anderer Stelle Mehrkosten haben!“

## Transparenzhinweis

Die Autorin hat das Forum Ambulantes Operieren auf Einladung der B. Braun Deutschland GmbH & Co. KG besucht. Dieser Beitrag wurde vom Unternehmen zur Publikation in seinen Kundeninformationen beauftragt und bezahlt. Auf die Berichterstattung hat die Firma aber keinerlei Einfluss genommen.

Dr. Torsten Fürstenberg, Abteilungsleiter Ambulante Versorgung beim GKV-Spitzenverband, wiederum machte keinen Hehl daraus, dass aus Sicht der Kostenträger durch die Ambulantisierung auch relevante Einsparungen für die GKV erzielt werden müssen. Aus diesem Grund sieht auch er die geplanten tagesstationären Behandlungen kritisch: „Ich befürchte, das wird ein Staubsauger, mit dem Patienten ins Krankenhaus gezogen werden, die zuvor friedlich ambulant versorgt wurden.“ Zudem würden durch die Schaffung einer weiteren Rechtsgrundlage für die sektorenverbindende Versorgung zusätzliche Schnittstellenprobleme erzeugt.

Kritik übte Dr. Fürstenberg auch am ursprünglich geplanten Weg der Durchsetzung von Detailfragen bei der sektorengleichen Vergütung per Rechtsverordnung aus dem Ministerium. Auch nach Auffassung des KBV-Vertreters Dr. Casser darf die Selbstverwaltung nicht einfach per Verordnung übergangen werden: „In der gemeinsamen Selbstverwaltung geht es ja genau um den Interessenausgleich der Partner. Eine solche Institution ist im internationalen Vergleich einmalig.“

### Politik zwingt Beteiligte, aus den Schützengräben zu kommen

Verständnis für die neue Durchgriffsmöglichkeit der Politik äußerte dagegen BAO-Präsident Dr. Deindl: „Die dreiseitige Selbstverwaltung



Bei der Podiumsdiskussion: Jörg Karst (BDA), Dr. Torsten Fürstenberg (GKV-Spitzenverband), Dr. Martin Albrecht (IGES-Institut), Roland Engehausen (BKG), Dr. Ulrich Casser (KBV), Dr. Andreas Philippi (SPD), Dr. Christian Deindl (BAO)

arbeitet seit jeher nicht gut zusammen. Es ist besser, dass sich nun etwas bewegt als dass die bestehenden Strukturen weiter konserviert werden“, gab der Kinderchirurg zu bedenken.

Ähnlich äußerte sich der BKG-Geschäftsführer Engehausen – und auch der Leiter des Referats für ambulante und vertragsärztliche Anästhesie im Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA), Jörg Karst, gab sich versöhnlich: „Ja, die Politik – und hier insbesondere die SPD – kratzt an unserer Selbstverwaltung. Der Vorwurf der Staatsmedizin ist nicht von der Hand zu weisen. Aber ehrlicherweise muss man auch sagen, dass es dieses Mal richtig war, weil nun alle Beteiligten gezwungen sind, aus ihren Schützengräben herauszukommen.“ Der SPD-Politiker Dr. Philippi verteidigte das Vorpreschen der Politik ebenfalls. Die Selbstverwaltung trete in vielen Punkten seit Jahren auf der Stelle, sagte er mit Blick auf die Problemfelder Digitalisierung und Datenschutz. „Wenn die Politik die Sache nun in die Hand nimmt, dann wird es vermutlich erst einmal furchtbar. Aber man kann dann immer noch nachbessern. Wir alle sollten uns trauen, mehr auszuprobieren – auch auf die Gefahr hin, dass sich dadurch Dinge erst einmal verschlechtern“, meinte Dr. Philippi und wurde für diese Forderung tatsächlich mit einigem Applaus bedacht.

### Zaghafte Zuversicht und noch viele offene Fragen

Der überarbeitete Gesetzentwurf, der letztlich am 2. Dezember 2022 den Bundestag passierte, gewährt der Selbstverwaltung allerdings noch eine kleine Schonfrist: Sie hat nun bis Ende März 2023 Zeit, sich auf die Ausgestaltung der ESV zu einigen. Erst im Falle eines Scheiterns dieser Verhandlungen wird das Ministerium die Vergütungsdetails festlegen. Obwohl dieser Aufschub zum Zeitpunkt des Forums Ambulantes Operieren noch nicht beschlossen war, war die Stimmung im Saal dieses Mal von deutlich mehr Zuversicht als in den Vorjahren geprägt.

Dennoch benannte der BDA-Vertreter Karst eine Reihe offener Fragen, für die noch keine Lösungen gefunden sind. Darunter Kooperationshürden wie die strenge Auslegung der Scheinselbstständigkeit durch die Deutsche Rentenversicherung, die noch fehlende Trenn-

### Fast Track-Chirurgie: Ambulante Knieendoprothetik

Künstliche Kniegelenke werden in Deutschland bis dato fast ausschließlich im Rahmen stationärer Aufenthalte implantiert. Niedergelassene Orthopäden wie Prof. Clemens Baier, der diese Operationen auch im ambulanten Setting durchführt, sind die absolute Ausnahme. Der Kniespezialist ist einer der Geschäftsführer des Orthopädie Regensburg MVZ und arbeitet außerdem als Kooperationsarzt im Krankenhaus. Für ihn ist die ambulante Knieendoprothetik im Fast Track-Verfahren eine Möglichkeit, die Patientenzufriedenheit zu verbessern. Der Begriff ‚Fast Track‘ suggeriere zwar, dass es vor allem um Zeitersparnis z. B. in Form einer kürzeren Liegezeit geht. Dabei liegt sein Hauptaugenmerk auf der Vermeidung von Komplikationen und der Stärkung der Autonomie des Patienten. „Es geht darum, die vorhandenen Ressourcen optimal zu nutzen – auch die des Patienten“, betonte Prof. Baier.

Unabdingbar für den Erfolg der ambulanten Knieendoprothetik sei neben der postoperativen Physiotherapie auch die Prähabilitation: „Dabei lernen Patienten unter Anleitung eines Physiotherapeuten schon vor der Operation, an Krücken zu gehen und das operierte Bein richtig zu belasten“, erklärte der Orthopäde. Mittlerweile habe sich in der Knieendoprothetik die Erkenntnis durchgesetzt, dass ein Verzicht auf Blutsperrre und postoperative Drainage gefahrlos möglich ist. „Das erleichtert die postoperative Mobilisierung.“ Gleiches gelte für den Verzicht auf postoperative Schmerzkatheter, die sonst eine Frühmobilisierung und auch entspanntes Schlafen in selbstgewählter Position erschweren. In der kooperierenden Praxisklinik stehen Patienten bereits wenige Stunden nach der Operation auf und gehen an Krücken auf und ab. Die Frühmobilisation trägt dazu bei, das Risiko für Thrombosen, Muskelatrophien und Pneumonien zu senken. Prof. Baier wies allerdings auch darauf hin, dass die ambulante Knieendoprothetik unter den aktuellen Bedingungen im kollektivvertraglichen GKV-System finanziell nicht darstellbar ist. Er rechnet diese Operationen daher ausschließlich privatärztlich bzw. über IV-Verträge ab.



schärfe zwischen den einzelnen Abrechnungssegmenten und die Vergütung von Sachkosten – aber auch die Ausgestaltung von Weiterbildungsverbänden, mögliche Prüfungen durch den Medizinischen Dienst auch im praxisambulanten Bereich und die Gefahr von Doppelabrechnungen.

Weitere offene Punkte wurden von den Teilnehmenden im Plenum benannt. So sei beispielsweise noch völlig unklar, was aus der Bedarfsplanung werden soll, wenn künftig mehr und mehr Leistungen in den ambulanten Bereich verlagert werden. „Krankenhäuser können einfach zusätzliche Ärzte einstellen, wenn sie mehr Leistungen erbringen. Aber ich kann nur jemanden anstellen, wenn ich einen weiteren teuren Arztsitz kaufe“, kritisierte ein Teilnehmer, „schon jetzt können wir das ambulante Operieren nur mithilfe von IV-Verträgen ausweiten. Noch mehr würde die Bedarfsplanung nicht hergeben.“

### In Sachen Effizienz kann man vom ambulanten Sektor lernen

Um Chancengleichheit herzustellen, gehört nach Meinung der ambulanten Operateure und Anästhesisten auch der Erlaubnisvorbehalt auf den Prüfstand. Ebenso müsse man ermöglichen, dass nicht nur Niedergelassene im Krankenhaus operieren, sondern dass auch umgekehrt Krankenhausärzte vertragsärztliche Strukturen für ambulante Operationen nutzen können. Zuguterletzt müsse man auch

die Perspektive der Patienten stärker ins Zentrum der Überlegungen stellen. Während diese in Zeiten der Medizinerschwemme freie Wahl zwischen vielen Ärzten hatten, seien sie im aktuellen Gesundheitssystem inzwischen quasi Bittsteller, mahnte BAO-Vorstandsmitglied Dr. Jörg Hennefründ, der als Teilnehmer im Plenum saß: „Es muss uns also gelingen, mehr Behandlung aus den vorhandenen Ärzten und Pflegekräften herauszuholen – und in diesem Punkt können die Krankenhäuser von uns Vertragsärzten noch viel lernen!“

### Save the date: Ab 2023 unter neuer wissenschaftlicher Leitung

Das Forum Ambulantes Operieren fand erstmals 2016 unter wissenschaftlicher Leitung von Dr. Stephan Dittrich statt. Der Thüringer Chirurg entwickelte bereits Ideen für Hybrid-DRG, als sonst noch niemand in Deutschland großes Interesse an der sektorenverbindenden Versorgung zeigte. Das bekannte Thüringer Modellprojekt geht maßgeblich auf seine Initiative zurück. Nach nunmehr sechs Veranstaltungen gab Dr. Dittrich in diesem Jahr bekannt, dass er sich aus der Organisation des Forums Ambulantes Operieren zurückziehen wird. Organisatoren und Plenum dankten ihm für seinen Einsatz für die mittlerweile fest etablierte Veranstaltung.

Schon mal vormerken: Das nächste Forum Ambulantes Operieren findet vom **10. bis 11. November 2023** unter neuer wissenschaftlicher Leitung im Berliner Langenbeck-Virchow-Haus statt.

# Ambulantes Operieren

## Ihre Mission. Unsere Lösungen.

Als Ihr strategischer Partner für Praxiskliniken und ambulante OP-Zentren bieten wir ein breites Angebot von der Planung, über die Ausstattung bis hin zu Finanzierung und Service.

### Profitieren Sie von

- langjähriger Erfahrung
- All-In-Lösungen
- Prozess-Verantwortung
- Kostenoptimierung
- Risiko-Minimierung
- Serviceangeboten



**Sprechen Sie uns an.**

Code scannen und Termin vereinbaren.



Projektplanung



OP-Ausstattung



Praxisorganisation



Sterilgutaufbereitung



Finanzierung



Technischer Service

## Gastbeitrag

# Neuer AOP-Katalog und Hybrid-DRG: Schwung für die Ambulantisierung

Die Einführung der speziellen sektorengleichen Vergütung mit dem neuen § 115f SGB V ist richtig und ein weiterer Schritt auf dem Weg zu einer verstärkt ambulanten Leistungserbringung. Aus Sicht der Techniker Krankenkasse ist das Potenzial aber noch deutlich größer und der Reformprozess kontinuierlich weiterzuerfolgen.

Von Alexander Krauß

Seit dem 1. Januar 2023 haben GKV-Versicherte einen Anspruch auf fast 3.100 Leistungen, die als stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus oder bei der niedergelassenen Ärzteschaft als ambulante Operationen durchgeführt werden können. Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben sich auf die Weiterentwicklung des Katalogs für ambulante Operationen (AOP-Katalog) geeinigt und um 208 OPS-Kodes erweitert.

Im Gesundheitswesen können deutliche Effizienzgewinne generiert werden, wenn mehr ambulant operiert würde. Zu viele Eingriffe werden immer noch stationär durchgeführt (siehe Tabelle 1). Dies ist weder im Interesse der Patientinnen und Patienten, noch im Interesse der Beitragszahler. Ambulantisierung bringt nicht nur finanzielle Entlastung, zugleich kommt es seltener zu Wundinfektionen, und die Gefahr der verbundenen Infektionsrisiken infolge von Krankenhauskeimen verringert sich entsprechend.

Auch der GKV-Spitzenverband bestätigt, dass es hierzulande ein erhebliches Potenzial gibt: Jährlich sind vier Millionen sogenannte Kurzlieger mit nur einem Tag Verweildauer in der Klinik.

## IGES-Gutachten zeigt Ambulantisierungspotenzial

Ein Gutachten des IGES-Instituts zeigt: Das Ambulantisierungspotenzial in Deutschland ist noch längst nicht ausgeschöpft. Rund 2.500 medizinische Leistungen sind demnach – in Abhängigkeit von fallindividuellen Kontextfaktoren – ambulant durchführbar. Daraus resultierte die Empfehlung, diese zusätzlich in den Katalog für ambulantes Operieren (AOP-Katalog) aufzunehmen. Auf Basis dieser Empfehlung wurde der AOP-Katalog durch die Partner der Selbstverwaltung zum 1.1.2023 überarbeitet. Neben den neuen AOP-Leistungen wurden unter anderem auch sogenannte Kontextfaktoren (z. B. Pflegegrad oder bestimmte Begleiterkrankungen) definiert, die auch den individuellen Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten berücksichtigen. Diese klaren Kriterien wurden definiert, um eine Abgrenzung zwischen ambulanten und stationären Fällen zu ermöglichen.

Der neue AOP-Katalog ist ein wichtiger Baustein für eine weitere Ambulantisierung des Gesundheitswesens. Allerdings muss der Reformprozess fortgesetzt werden. Mit Wirkung zum 1. Januar 2024 soll der AOP-Katalog umfangreich erweitert werden. Leistungen mit komplexeren Regelungserfordernissen sollen ergänzt werden. Die Erweiterung des AOP-Katalogs sollte stufenweise und im Sinne eines lernenden Systems verstanden werden.

Tabelle 1: **Deutschland hinkt beim ambulanten Operieren im internationalen Vergleich hinterher**

Land	Anteil (bezogen auf zuvor definiertes Patientenkollektiv)
Kanada (Provinz Alberta)	83,8%
USA (Medicare)	83,5%
Dänemark	79,3%
Australien	74,0%
Niederlande	69,8%
Belgien	69,0%
Norwegen	68,0%
Schweden	66,7%
England	62,5%
Finnland	62,4%
Schottland	62,0%
<b>Deutschland</b>	<b>60,7%</b>
Spanien	54,0%
Frankreich	44,9%
Hong Kong	42,5%
Italien	41,0%
Portugal	18,5%
Polen	keine Angabe

Quelle: Toftgaard & Parmentier 2006, S. 42 ff.

### Ambulantes Operieren in den Krankenhäusern

Bei Leistungen aus dem AOP-Katalog, die von Krankenhäusern erbracht werden, dominieren drei Bereiche: Gastroenterologie (26 Prozent), Orthopädie/Unfallchirurgie (15 Prozent) und Gynäkologie (12 Prozent) (siehe Tabelle 2).

### Ambulantes Operieren im vertragsärztlichen Bereich

Im niedergelassenen Bereich dominiert bei ambulanten Operationen die Augenheilkunde. Hier findet sich ein Drittel aller Fälle (siehe Tabelle 3).

### Spezielle sektorengleiche Vergütung

Der Gesetzgeber hat mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz auch einen neuen § 115f ins SGB V eingepflegt. Damit soll eine sektorengleiche Vergütung – besser bekannt als Hybrid-DRG – auf den Weg gebracht werden. Die Intention des Gesetzgebers ist, dass die spezielle sektorengleiche Vergütung bestehende Ambulantisierungspotenziale bei bislang unnötig stationär erbrachten Leistungen heben soll.

Grundidee ist eine leistungsindividuelle Fallpauschale, die sich nach dem unterschiedlichen Schweregrad bemisst und deren Höhe der Vergütung zwischen dem ambulanten (Einheitlicher Bewertungsmaßstab, EBM) und stationären Niveau (Diagnosis related groups, DRG) liegt. Da es sich um Leistungen handelt, die bislang hauptsächlich stationär erbracht werden, wird die Vergütungshöhe wesentlich näher an der DRG als an der EBM-Vergütung liegen, wodurch einerseits Anreize

#### Alexander Krauß

Techniker Krankenkasse (TK)  
 Leiter der TK-Landesvertretung Sachsen  
 Bergstraße 2, 01069 Dresden  
 Tel.: 0351 4773-900  
 Fax: 03 51 4773-908  
 alexander.krauss@tk.de  
 https://wirtechniker.tk.de



Foto: TK

zur ambulanten Leistungserbringung gesetzt und andererseits höhere stationäre Kosten vermieden werden sollen.

Damit dies gelingt, ist die Auswahl der Leistungen, für die eine spezielle sektorengleiche Vergütung gelten soll, entscheidend: Mitnahmeeffekte durch eine höhere Vergütung bereits heute überwiegend ambulant erbrachter Leistungen sollen ebenso vermieden werden wie eine angebotsinduzierte Mengenausweitung. Die spezielle sektorengleiche Vergütung soll nach dem Willen des Gesetzgebers das Pflegepersonal in den Krankenhäusern entlasten, ohne die Qualität der medizinischen Versorgung zu beeinträchtigen.

### Besondere Versorgung

Die Techniker Krankenkasse (TK) hat über die gesetzlichen Versorgungsleistungen hinaus mit ausgewählten Vertragspartnern, wie zum Beispiel Krankenhäusern sowie niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, zusätzlich noch Verträge zur besonderen Versorgung für spezielle ambulante Operationen abgeschlossen. ▶

Tabelle 2: Ambulantes Operieren an Krankenhäusern nach Häufigkeit

OPS-4-Steller	Beschreibung	Anzahl	Anteil
1-650	Diagnostische Koloskopie	369.307	16,4%
5-144	Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE)	136.061	6,0%
1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	115.889	5,1%
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	115.739	5,1%
1-672	Diagnostische Hysteroskopie	98.724	4,4%
5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarms	98.464	4,4%
5-690	Therapeutische Küretage (Abrasio uteri)	90.765	4,0%
5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	77.627	3,4%
5-812	Arthroskopische Operation am Gelenknorpel und an den Menisken	77.114	3,4%
8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife (Ureterkatheter)	66.496	3,0%

Quelle: IGES-Gutachten auf Basis der strukturierten Qualitätsberichte für das Jahr 2019



Patientenzufriedenheitsbefragungen unserer Vertragspartner dokumentieren, dass aufgrund der Spezialisierung beim ambulanten Operieren die Behandlungsqualität überdurchschnittlich ist. Sie legen dar, dass eine starke Patientenorientierung bei der Prozessgestaltung ein starkes Plus und der Aufnahme- und Entlassprozess sowie die postoperative Patientenbetreuung meist vorbildlich sind. Nicht zuletzt erfahren ambulante Operationen eine hohe Akzeptanz unter der Bevölkerung – kaum jemand liegt gern in einem Krankenhaus, viele Patientinnen und Patienten wollen sich lieber im häuslichen Umfeld erholen. Dies belegt auch eine Umfrage des Bundesverbandes Ambulantes Operieren (BAO) zur Zukunft des ambulanten Operierens aus dem Jahr 2022.

Ambulante Operationen werden sowohl aus medizinischer als auch aus Sicht der Patientinnen und Patienten genau evaluiert. Entwickelt wurden die dafür genutzten Fragebögen von den Geschäftsführern und Gründern der Firma medicaltex, Dr. Klaus Bäcker und Ralf Mayr. Seit rund 20 Jahren helfen sie Praxiskliniken in ganz Deutschland dabei, die Qualität ihrer Arbeit und die Zufriedenheit von ambulant operierten Patientinnen und Patienten genau im Blick zu behalten. Die Ergebnisse können sich sehen lassen: Im Rahmen einer für die TK in Bayern durchgeführten Auswertung von 100.000 Fragebögen zu ambulanten Operationen im Jahr 2021 lag die interoperative Komplikationsrate lediglich bei 0,27 Prozent und die Komplikationsrate im Aufwachraum bei 0,39 Prozent. Dazu zählen laut den operierenden Ärztinnen und Ärzten sowie behandelnden Anästhesistinnen und Anästhesisten beispielsweise Blutungen, Gewebeerletzungen, Allergien oder Herz-Kreislauf-Probleme während der Operation.

Auch aus Sicht der Patientinnen und Patienten gehen ambulante Eingriffe mit einer hohen Zufriedenheit einher. Auch das bestätigt die Auswertung von medicaltex. 97 Prozent fühlten sich nach der ambulanten Operation daheim ausreichend betreut und medikamentös versorgt, 90 Prozent meinten, dass das Praxisteam gut für Rückfragen zu erreichen war. Rund sieben Prozent dokumentierten in ihrem Fragebogen nach der OP eine Komplikation wie einen Bluterguss, eine Thrombose oder Entzündung. Mehr als 90 Prozent fühlten sich rund um den Eingriff gut aufgeklärt, dazu zählen Risiken, Ablauf, Narkose und die Behandlung nach der Narkose. Und 99 Prozent würden sich wieder ambulant operieren lassen, so die Daten aus dem Jahr 2021.

### Fazit

Mit der Überarbeitung des AOP-Katalogs hat die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen bewiesen, dass sie Reformen auf den Weg bringen kann. Der neue AOP-Katalog bietet eine Grundlage für mehr ambulant und weniger stationär – wenngleich aus Sicht der TK das Potenzial noch deutlich größer ist und der Reformprozess kontinuierlich weiterverfolgt werden muss.

Die Einführung der Hybrid-DRGs (spezielle sektorengleiche Vergütung) mit dem neuen § 115f SGB V ist richtig und ein weiterer Schritt auf dem Weg zu einer stärkeren Ambulantisierung.

Zudem ist der Druck auf die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und den GKV-Spitzenverband, binnen eines Vierteljahres eine spezielle sektorengleiche Vergütung zu vereinbaren, gewaltig. Jetzt gilt es jedoch, dass Beste aus der Situation zu machen. Die Richtung stimmt auf jeden Fall. ◀

Tabelle 3: Ambulantes Operieren im vertragsärztlichen Bereich nach Häufigkeit

OPS-4-Steller	Beschreibung	Anzahl	Anteil
5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)	473.450	15,6%
5-142	Kapsulotomie der Linse	408.285	13,4%
5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	130.911	4,3%
5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	130.836	4,3%
5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	113.488	3,7%
5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	111.026	3,7%
5-840	Operationen an Sehnen der Hand	101.822	3,3%
5-155	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	85.194	2,8%
5-133	Senkung des Augeninnendrucks durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	84.683	2,8%
5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel (Concha nasalis)	66.768	2,2%

Quelle: IGES-Institut auf Basis der Auswertungen der Daten des Zi

## Qualitätssicherung

# BNC-Sicherheitsiegel: Einfaches und aussagekräftiges Komplikationsregister

Von Dr. Frank Sinning

Ein neues Übergabeprotokoll soll künftig ambulant operierenden BNC-Mitgliedern dabei helfen, im Falle von Komplikationen den Patientinnen und Patienten eine zügige und priorisierte Versorgung zukommen zu lassen. Basis hierfür ist ein einfaches und standardisiertes Übergabeprotokoll, das unnötige Mehrfachuntersuchungen, zeitliche Verzögerungen, aber auch Missverständnisse vermeiden soll.

Wer ambulant tätige Chirurgeninnen und Chirurgen nach ihren Letalitätsraten fragt, blickt in der Regel in ratlose Gesichter. Denn beim Ambulanten Operieren gibt es so gut wie keine Todesfälle. Allerdings wird dies nirgends systematisch erfasst – ebensowenig wie Daten zum Komplikationsmanagement an den Schnittstellen zwischen OP-Praxis, Rettungsdienst und Notaufnahme, wenn der unmittelbare postoperative Verlauf nach einer ambulanten Operation einmal eine stationäre Aufnahme erforderlich macht.

## Standardisiertes Übergabeprotokoll

Der BNC möchte dies ändern und seinen Mitgliedern ein einfaches, aber aussagekräftiges Komplikationsregister inklusive standardisiertem Übergabeprotokoll zur Verfügung stellen. Es soll von der Operateurin bzw. dem Operateur ausgefüllt werden, um dem Rettungsdienst einen schnellen Überblick über den Grund für die Einweisung in die versorgende Klinik zu liefern. In der Notaufnahme wird das Protokoll durch ein Einsatzprotokoll des Rettungsdienstes ergänzt. Es werden mithin nur alle wichtigen und zusätzlichen Informationen zu den entsprechenden postoperativen Patientinnen und Patienten eingetragen:

- ▶ Patientendaten (Name, Vorname, Alter in Jahren und Geschlecht, alle weiteren Informationen wie Adresse, Krankenkasse und Ähnliches, befinden sich auf dem Rettungsdienstprotokoll),
- ▶ Anamnese (genaue Bezeichnung des OP-Verfahrens, akut auftretende Beschwerden inkl. Symptome und genauem Zeitpunkt des ersten Auftretens oder Wundheilungsstörungen inkl. genauem Zeitpunkt des ersten Auftretens, Begründung für die Klinikeinweisung, konkrete Verdachtsdiagnose, Einschätzung der Dringlichkeit),
- ▶ Operation (genauer OP-Zeitpunkt, intraoperative Besonderheiten, postoperative Maßnahmen),
- ▶ Diagnostik (primär relevante Diagnostik aus Sicht der Operateurin bzw. des Operateurs),

## Dr. Frank Sinning

Stellvertreter BNC-Vorsitzender  
und niedergelassener Chirurg

Kongressleitung Bundeskongress Chirurgie 2023

Weiltinger Straße 7 b, 90449 Nürnberg

Mobil: 0171 1919622

DrFrankSinning@t-online.de

www.bundeskongress-chirurgie.de



Foto: Sinning

- ▶ Kontaktdaten der Operateurin bzw. des Operateurs zur Erleichterung der weiteren Kommunikation aller Beteiligten.

## Aussicht auf Einstufung in günstigere Haftpflichtklasse

Um dieses Protokoll zu entwickeln, arbeitet der BNC mit Prof. Florian Meier (Projektleiter) von der SRH Wilhelm Löhe Hochschule und mit Prof. Harald Dormann, Chefarzt der Zentralen Notaufnahme an der der Universität Fürth, zusammen. Hier wird Mona Kirchner das Projekt im Rahmen einer Doktorarbeit erarbeiten und anschließend evaluieren. Das Protokoll trägt den Namen SENT, was für **Sichere Einweisung von Notfallpatienten** steht. In Kürze soll ein Testlauf mit einzelnen BNC-Mitgliedern (zwei aus jeder ANC) starten. Hierfür erhalten die Teilnehmenden eine Reihe fiktiver Fälle, die sie mit dem Testbogen protokollieren und für die (natürlich ebenso fiktive) Übergabe vorbereiten sollen. Nach der Evaluation und Überarbeitung des Protokolls soll das Tool allen BNC-Mitgliedern zur Verfügung stehen. Ziel ist es, dass alle auf diese Weise erfassten Fälle auch dem BNC gemeldet werden. Der Verband erhält auf diese Weise ein einfach gestricktes, aber äußerst aussagekräftiges Komplikationsregister, das ihm beispielsweise Verhandlungen mit Selbstverwaltung, Politik und Kostenträgern erleichtert. Doch auch für die einzelnen teilnehmenden BNC-Mitglieder ergeben sich klare Vorteile: Sie können sich die Nutzung des strukturierten Übergabeprotokolls mit einem BNC-Sicherheitsiegel bestätigen lassen. Mit dem Siegel wiederum besteht Aussicht auf Einstufung in eine günstigere Haftpflichtklasse bei ihrem jeweiligen Versicherer.

Wer an dem geplanten Testlauf mitwirken möchte, möge sich bei mir melden und erhält dann weitere konkrete Informationen zur Teilnahme. Über den Ausgang werden wir natürlich ebenfalls berichten. ◀

## Deutscher Kongress Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)

# Das zähe Ringen um die Ambulantisierung am Beispiel der Handchirurgie

Elektive Operationen an den Extremitäten gelten als eine Domäne des ambulanten Operierens. Dass nicht längst viel mehr dieser Eingriffe ambulant statt stationär durchgeführt werden, liegt vor allem an fehlenden Vergütungsanreizen. Als Vorbild könnten integrierte Versorgungsstrukturen in den Niederlanden dienen.

Von Jörg Karst

**Unter dem Titel: ‚Hand: Was geht ambulant? Was braucht stationär? Sektion Handchirurgie; Sektion Hand-, Mikro und Replantationschirurgie‘ fand am 26. Oktober 2022 eine Sitzung zur ‚Ambulantisierung‘ statt. Die Zahl der Referenten war recht hoch, sodass jedes Thema in der etwas mehr als eine Stunde dauernden Veranstaltung nur angeschnitten werden konnte. Die rege Diskussion zeigte, dass man mit dem Thema leicht auch einen ganzen Vormittag hätte füllen können.**

Als erster Referent musste der Autor selbst allzu hohe Erwartungen an die politische Gesetzgebung enttäuschen. Er stellte dar, dass die Protagonisten der Selbstverwaltung – Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband (GKV-SV) – nach der Veröffentlichung des IGES-Gutachtens zunächst konstruktive Gespräche miteinander geführt haben. Ohne eine Richtungsweisung durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hätten sich aber alle hinter ihre lang bekannten Positionen zurückgezogen. Er machte allen voran Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach dafür verantwortlich, dass viele konstruktive Ansätze zur sektorenverbindenden Versorgung, die bereits in dreiseitigen Gesprächen Konsens waren, nicht berücksichtigt werden. Der einzige belastbare Termin war der 1.1.23, zu dem man sich auf eine Liste von 30 OPS-4-Stellern geeinigt hat, die als ‚Anschubfinanzierung‘ mit 60 Millionen Euro von der GKV unterstützt werden soll, um die Ambulantisierung der ambulant-sensitiven Operationen voranzutreiben.

## Kleine handchirurgische Eingriffe mit der WALANT-Methode

Der Münchener Handchirurg Prof. Kai Megerle stellte die Vorzüge der WALANT-Methode (‚Wide Awake Lokal Anaesthesia No Tourniquet‘) für kleine handchirurgische Eingriffe dar. Die Patientinnen und Patienten seien sehr zufrieden und die Kosten für das Lokalanästhetikum seien sehr gering. „Alles ist möglich“, war seine Kernaussage, an die er aber auch die Frage der Sinnhaftigkeit anschloss. In manchen Teilen der Welt sei diese Methode angesichts geringer finanzieller Möglichkeiten aber ein Segen für Patientinnen und Patienten. Bei der Indikationsstellung stellte er anhand eines kleinen Videos, das die regulierbare

Spannungseinstellung bei einer Sehnenruptur beim wachen Patienten ohne motorische Einschränkungen illustrierte, die Vorzüge der intraoperativen Kontrolle vor. Als Kontraindikationen nannte er neben ungeeigneten Patienten präoperative Durchblutungsstörungen, schwere präoperative Traumata und kardiale Nebendiagnosen.

## Vergütung: Handchirurgische Schweregrade berücksichtigen

Der Berliner Handchirurg Dr. Martin Lautenbach berichtete über die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH) aus dem Jahre 2020 zur Frage, bei welchen Indikationen ambulant und bei welchen stationär operiert werden sollte. Er zeigte sich zufrieden, dass das IGES-Institut in seinem Gutachten den Empfehlungen der DGH weitestgehend gefolgt sei. Bei der grundlegenden Frage helfe die OPS nicht weiter. Es seien neben der Wirtschaftlichkeit auch die fachlichen Standards zu prüfen. Auch sprach er sich dringend dafür aus, handchirurgische Schweregrade bei der Vergütung zu berücksichtigen. Zugleich prophezeite er, dass handchirurgische Abteilungen, aber auch Kliniken in Zukunft ohne eine Kooperation miteinander und auch mit praxisambulanten Einrichtungen nicht mehr auskommen werden.

## Niederlande sind Deutschland beim AOP voraus

Der Plastische Chirurg Prof. Steven Hovius aus Rotterdam stellte dar, wie die ‚Integrierte ambulante handchirurgische Versorgung‘ in den Niederlanden funktioniert. Demnach sind die Niederlande beim ambulanten Operieren schon viel weiter als die Bundesrepublik. Unterschiedliche Teams fänden sich zu unterschiedlichen Spezialoperationen zusammen und operierten ambulant, was von Patientinnen und Patienten auch sehr gewünscht würde. Man sei auch mit der postoperativen Behandlung inklusive Schmerztherapie sehr gut ausgestattet. Er hob außerdem hervor, dass gleiche DRG für stationäre und für ambulante Operationen keinen Fehlanreiz zugunsten der stationären Behandlung bedeuteten. Als Conclusio merkte er an, dass es nicht effizient sei, an Universitätskliniken und Maximalversorgern, bei Grundversorgern und auch im praxisambulanten Bereich oder in AOP die gleichen Leistungen anzubieten. Man könne nicht an allen Orten der



**Jörg Karst**

Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Leiter des Referats für ambulante und vertragsärztliche Anästhesie im Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA)

Straße des 17. Juni 106–108, 10623 Berlin  
Tel.: 030 39840700, Fax: 030 39840720  
jkarst@bda-ev.dewww.bda.de



Foto: Karst

Leistungserbringung die gleiche hohe Qualität anbieten. Zudem seien diese Parallelstrukturen teuer und nicht patientenfreundlich.

**Defizitäre Honorarsituation im GKV-Bereich**

Der Orthopäde und Unfallchirurg Dr. Gabor Szalay aus Bad Nauheim sprach über die Grenzen für ambulante Operationen in der Praxis. Er legte dar, dass es seit Jahren einen klaren Widerspruch zwischen dem gebe, was der Gesetzgeber fordere und was vergütet würde, wenn anspruchsvolle Operationen ambulant durchgeführt würden. Dies gelte vor allem bei hohem Materialeinsatz oder hohen Personalressourcen. Anhand von Proberechnungen schilderte er die defizitären Honorarzahungen der GKV im Rahmen komplexerer Eingriffe. Dabei seien die Bedingungen für ambulante Eingriffe aufgrund der Optimierung von Techniken, Medikamenten und Monitoring im Laufe der Jahre deutlich besser geworden. Durch verbesserte postoperative Überwachung und optimiertes Schmerzmanagement könnten Patientinnen und Patienten auch nach ambulanten Eingriffen postoperativ komplikationslos und zufrieden nach Hause gehen.

**AOP am Krankenhaus kann durchaus lukrativ sein**

Zuletzt stellte Prof. Michael Schädel-Höpfner, Chirurg aus Neuss, die Frage, ob sich „ambulante Operationen im Krankenhaus lohnen“. Allemal sei die unmittelbare Nähe einer Notfallversorgung durch das Krankenhaus ein Argument, das Patientinnen und Patienten bei der Wahl ihrer ambulanten OP-Einrichtung schätzten. Damit seien ambulante Operationen auch bei einem höheren Schweregrad im Krankenhaus möglich. Diese könnten dann einen Hebel für Zusatzerlöse darstellen. Im Rahmen einer richtigen Struktur, die ein Ambulantes Operationszentrum am Krankenhaus darstelle, das sich auf ambulantes Operieren spezialisiere, sei trotz niedriger GKV-Vergütung der Einzelleistung eine mindestens kostendeckende Leistungserbringung möglich. Im Zuge der angestrebten Ambulantisierung mit finanziellen Anreizen könne man auch durchaus interessante Vergütungen für den ambulanten Bereich erwarten. Gleichzeitig eröffne die Verlagerung ambulanter Eingriffe in das AOP auch Ressourcen im Zentral-OP für komplexere Leistungen. Diskutiert wurde die Berechnung der ambulanten Erlöse mit einer Vollkostenrechnung eines Krankenhauses, welche immer zu dem Ergebnis führe, dass ambulantes Operieren für eine Klinik defizitär sei. Wichtig sei eine konsequente Kostenstellenrechnung für die Beurteilung auch der wirtschaftlichen Effizienz, während die organisatorische in der Regel außer Frage stehe. ◀

**Chirurgen Magazin + BAO Depesche 109: Machen Sie mit!**

Foto: Pixabay

**In eigener Sache****Autorinnen und Autoren gesucht zum Thema Wundbehandlung in Heft 109 – Ausgabe 3.2023**

Für Ausgabe 3.2023, die Ende Juli 2023 erscheinen wird, möchten wir uns in der Rubrik ‚Medizin‘ schwerpunktmäßig mit dem Thema Wundbehandlung beschäftigen. Wir suchen Autorinnen und Autoren, die aus der Praxis für die Praxis unter Berücksichtigung der aktuellen Studienlage über die Wundbehandlung (interdisziplinäre Diagnostik und Therapie, phasengerechte Behandlung chronischer Wunden, neue Materialien und Wundaufgaben etc.) berichten mögen. Wir freuen uns über allgemeine Überlegungen und Hintergrundberichte ebenso wie persönliche Erfahrungen oder Kasuistiken.

Darüber planen wir für dieses Heft auch Berichterstattung über einzelne Sitzungen beim Wundkongress in Bremen 2023 und beim Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 2023 sowie über den Status Quo bei der Reform der verschiedenen Vergütungsregelwerken (EBM, GOÄ, Hybrid-DRG). 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 16. Juni 2022, 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

## Notfallversorgung

# Notfallambulanzen am Limit: Bessere Patientensteuerung per Ticketsystem?

Berufsverband und Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU und DGOU) wollen die Notfallversorgung reformieren. Im Interview erläutert der BVOU-Vorsitzende Dr. Burkhard Lembeck, wie man mit ihrem Konzept echte Notfälle priorisieren und minderschwere Fällen von den Kliniken fernhalten könnte.

Interview: Antje Thiel

Derzeit melden sich in deutschen Krankenhäusern reihenweise Rettungsstellen ab und nehmen keine neuen Patientinnen und Patienten auf. Rettungsdienste müssen zum Teil etliche Kliniken anfahren und weite Strecken zurücklegen, bis sie eine Ambulanz finden, die noch Kapazitäten für die Versorgung Unfallverletzter oder anderer Notfälle hat. Angesichts dieser Überlastung ist es offensichtlich, dass das System der Notfallversorgung einer Reform bedarf.

## Warum sind die Notaufnahmen deutscher Krankenhäuser derart überlastet?

**Lembeck:** Da kommen mehrere Dinge zusammen. Zum einen haben wir aktuell einen hohen Krankenstand und Personalausfälle wegen der Isolationspflicht bei Corona-Infektionen. Gleichzeitig ist die Personalsituation in den Kliniken aufgrund des Fachkräftemangels ohnehin schon schwierig. Mit einer derart ausgedünnten Personaldecke lassen sich Fallzahlsteigerungen nicht bewältigen. Zumal es keine sinnvolle Patientensteuerung gibt, sodass schätzungsweise 30 bis 40 Prozent der Menschen in den Notaufnahmen gar keine dringende Behandlung benötigen.

## Warum sehen sich BVOU und DGOU in der Verantwortung, Vorschläge für eine Reform der Notfallversorgung beizusteuern?

**Lembeck:** Wir haben hierzu zwar keine bundesweiten Zahlen, doch Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg zeigen, dass über 50% der Fälle in der Notfallversorgung in Notfallambulanzen und Portalpraxen an Krankenhäusern auf das Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie entfallen. Dazu zählen Unfälle und Verletzungen, aber auch akute Schmerzzustände wie Rückenschmerzen. Erst danach kommen Indikationen, die anderen Fachgebieten zuzuordnen sind. Daher haben BVOU und DGOU gemeinsam ein Positionspapier zur Reform der Notfallversorgung erarbeitet.

## Welches sind die Kernforderungen in diesem Positionspapier?

**Lembeck:** Jeder, der akut erkrankt ist, muss auch akut versorgt werden. Es geht nicht um eine Verschlechterung oder Rationierung der Versor-

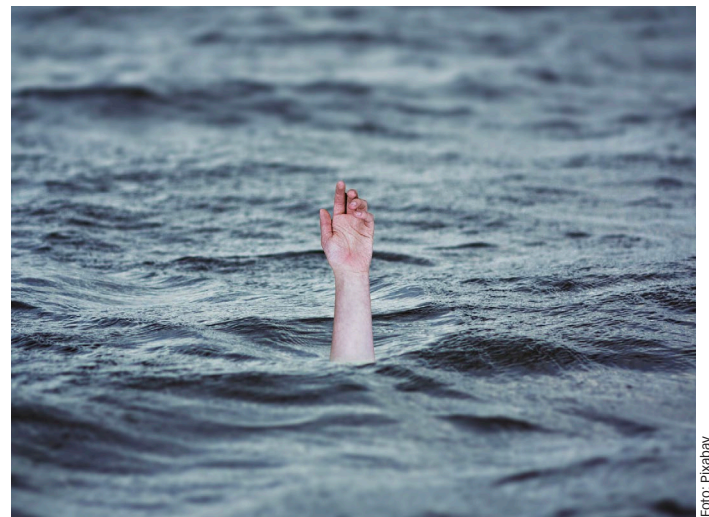


Foto: Pixabay

gung. Dafür müssen wir die Patientinnen und Patienten aber besser entsprechend der Dringlichkeit ihrer Behandlung priorisieren. Hierfür benötigen wir ein Ersteinschätzungsverfahren, das stattfinden muss, bevor die Patientin oder der Patient in die Klinik kommt. Je seltener die diensthabenden Kollegen in der Notaufnahme mit Problemen wie eingewachsenen Zehennägeln konfrontiert werden, umso effektiver können sie sich um die wirklich dringlichen Fälle kümmern. Dann müssen sie weniger diskutieren, sondern können ihre eigentliche Arbeit machen – denn die machen sie auch wirklich gern!

## Wer sollte diese von Ihnen geforderte Ersteinschätzung übernehmen?

**Lembeck:** Bei akuten Beschwerden sollten Patienten immer erst den ärztlichen Bereitschaftsdienst unter 116117 anrufen, wo speziell geschulte Medizinische Fachangestellte (MFA) die Ersteinschätzung vornehmen und entsprechend der Dringlichkeit Tickets vergeben. Ticketsysteme kennt man ja auch von anderen Dienstleistern. In einzelnen Bundesländern wie z.B. Mecklenburg-Vorpommern hat man schon gute Erfahrungen mit der Software SmED (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland, Anm. d. Red.) gesammelt. Fälle mit hoher Dringlichkeit erhalten ein Ticket, mit dem sie

umgehend eine Krankenhaus-Notaufnahme ansteuern können. Wenn jemand aber schon seit vier Wochen Rückenschmerzen hat, erhält er ein Ticket, mit dem er sich noch am selben Tag oder binnen weniger Tage in einer haus- oder fachärztlichen Praxis vorstellen kann.

### Ist es medizinisch vertretbar, dass nicht-ärztliches Personal die Ersteinschätzung vornimmt?

**Lembeck:** Wir dürfen nicht vergessen, dass es auch bei einer ärztlichen Ersteinschätzung eine gewisse Fehlerquote gibt. Und wenn wir ehrlich sind, sehen schon heute häufig MFA oder auch der Klinikpförtner die Patienten als erste und ordnen die Dringlichkeit der Behandlung ein. Nur gibt es hierfür bislang keinen strukturierten und nachvollziehbaren Prozess. Ein ernster Notfall wie ein Herzinfarkt würde bei einer strukturierten Ersteinschätzung durch nicht-ärztliches Fachpersonal ganz sicher nicht durch das Raster fallen, auch wenn das eine große Sorge der Bedenkenträger ist.

### Warum sollten Patienten da mitspielen und nicht einfach weiterhin direkt die Notaufnahme ansteuern?

**Lembeck:** Weil sie durch die Ersteinschätzung und das Ticketsystem Vorteile haben. Ein wichtiges Argument ist die Zeitersparnis: Patientinnen und Patienten erhalten schon am Telefon schnell eine qualifizierte Beratung und werden bei akuter Dringlichkeit auch wirklich priorisiert behandelt. Hierfür gibt es in anderen Ländern bereits bewährte Algorithmen. Wenn die Ersteinschätzung ergibt, dass die Beschwerden am Montag beim Hausarzt abgeklärt werden sollten, müssen über das System auch zuverlässig Termine vergeben werden können.

### Wie sollte man mit den Menschen verfahren, die ohne telefonische Ersteinschätzung und ohne Ticket in die Notaufnahme kommen?

**Lembeck:** Das sollte man handhaben wie beim Schwarzfahren im Bus: Wer ohne Ticket unterwegs ist, muss ein ‚erhöhtes Beförderungsentgelt‘ zahlen. Denn wie beim Fahren ohne Fahrschein handelt es sich letztlich um einen Missbrauch der Solidargemeinschaft. Jedem ist zuzumuten, vor dem Besuch einer Notaufnahme eine Hotline anzurufen und zu klären, wie dringlich die medizinische Versorgung ist. Mit einer sinnvoll gestuften Versorgung steigt letztlich die Qualität für alle. Für die Patienten, weil sie sofortige Fürsorge erfahren und weniger Wartezeiten haben. Für die Ärztinnen und Ärzte, weil sie sich auf echte Notfälle konzentrieren können und ihre Arbeitskraft nicht mit Bagatellen verheizt wird. Und für das Gesundheitssystem als Ganzes, weil die Priorisierung mit nachvollziehbaren Kriterien zu einem effizienteren Einsatz der verfügbaren Ressourcen führt.

### Welche Rahmenbedingungen braucht diese Art der Notfallversorgung?

**Lembeck:** Zum einen muss der ärztliche Bereitschaftsdienst unter 116117 ausgebaut werden, damit man für die telefonische Ersteinschät-

zung nicht lange in der Warteschleife hängt. Und natürlich muss auch die Terminvergabe durch eine sinnvolle Verknüpfung von 116117 und Terminservicestelle (TSS) gut funktionieren. Darüber hinaus brauchen wir ein Netzwerk an Praxen, die für Notfälle bereitstehen, die zwar akut

versorgt werden müssen, aber keine Krankenhausstruktur erfordern. Im Bereich der Orthopädie und Unfallchirurgie gibt es mit den D-ärztlichen Praxen ja Einrichtungen, die zumindest werktags zur Verfügung stehen und vom Rettungsdienst angefahren werden können. Es wäre aus fachlicher Sicht sinnvoll, diese Einrichtungen auch in die Versorgung von Unfällen aller Art einzubinden. Damit kann man den Run auf die Klinikambulanzen entzerren.

### Welche finanziellen Voraussetzungen braucht es für diese gestufte Form der Notfallversorgung?

**Lembeck:** Notfallversorgung ist Daseinsfürsorge. Sie braucht eine auskömmliche Finanzierung, auch für die Bereitstellung der Strukturen. Es käme ja auch niemand auf die Idee, die Feuerwehr nach Zahl der gelöschten Brände zu bezahlen. Zum Glück hat das

auch Bundesgesundheitsminister Prof. Lauterbach beim Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie bestätigt. Wir müssen ihm allerdings klarmachen, dass ein Großteil der Notfälle ambulant behandelt wird. Auch der ambulante Sektor gehört also zur Daseinsfürsorge. Bislang ist der KV-Dienst allerdings chronisch unterfinanziert, dasselbe gilt für die Notdienste und die Portalpraxen an den Krankenhäusern. Und nun fallen auch die Neupatienten wieder ins Budget. Das passt leider nicht so recht zusammen. Die ambulante Notfallversorgung kann nicht aus dem KV-Budget bezahlt werden. Es kann auch nicht sein, dass sie in den Praxen durch einträglichere Leistungen querfinanziert werden muss.

### Mit welchen Widerständen gegen Ihr Konzept rechnen Sie?

**Lembeck:** Ich gehe fest davon aus, dass die Ersteinschätzung eingeführt wird. Es liegen ja mittlerweile diverse Gutachten dazu vor. Andere Konzepte sehen allerdings vor, dass die Ersteinschätzung an den Kliniken stattfinden sollte, das halten wir für falsch. Mit Gegenwind rechnen wir auch in Bezug auf den von uns geforderten Malus, wenn Patienten sich nicht an das Ticketsystem halten. Es ist in der Politik nun einmal nicht populär, der Bevölkerung klarzumachen, dass nicht alle immer sofort Anspruch auf alle Leistungen haben. Doch die Politik muss den Wählern die Erkenntnis zumuten, dass die Versorgung ansonsten unbezahlbar wird. Aktuell steht das System kurz vor dem Kollaps. Wir können es uns nicht länger leisten, das medizinische Personal so zu verheizen. ◀

Zum Konzept von BVOU und DGOU, dem sich zwischenzeitlich auch der BNC angeschlossen hat: [www.bvou.net/papier-notfallversorgung](http://www.bvou.net/papier-notfallversorgung)  
Zur Software SmED: <https://kv-innovationsscout.de/projekt/smed>



Foto: Lembeck

Der BVOU-Vorsitzende Dr. Burkhard Lembeck will den Zugang zur Notfallversorgung mithilfe eines Ticketsystems besser steuern



## Drohen Medizinprodukte-Engpässe wie im Arzneimittelbereich?

# Medizintechnik-Standort Deutschland muss gestärkt werden

Lieferengpässe bei Arzneimitteln sind aktuell ein großes Thema. Die Ursache: In den letzten Jahrzehnten wurde ein großer Teil der Arzneimittelproduktion nach Indien und China verlagert. Ähnliche Entwicklungen drohen uns bei Medizinprodukten. Auslöser ist die EU-Medizinprodukte-Verordnung, kurz: MDR.

Von Manfred C. Beeres

**Durch die Probleme bei der Umsetzung der Medical Device Regulation (MDR) werden zahlreiche Medizinprodukte nicht mehr verfügbar sein – mit Folgen gerade auch für die chirurgischen Disziplinen. Die MedTech-Unternehmen benötigen vom europäischen Gesetzgeber dringend praktikable Lösungen für die Umsetzung der MDR. Und wir müssen mit wirtschaftspolitischen Maßnahmen den Entwicklungs- und Produktionsstandort Deutschland stärken, damit wir die Fehler der Vergangenheit in der Pharmabranche nicht auch beim Zukunftsmarkt Medizintechnik wiederholen.**

Die Welt der Medizintechnologien ist faszinierend: Kardiologische Implantate stärken schwache Herzen. Gelenkersatz ermöglicht wieder schmerzfreie Bewegung. In ambulanten OP-Zentren eingesetzte Intraokularlinsen bieten Menschen mit Grauem Star wieder klare Sicht. Hygieneprodukte und Impfausrüstung helfen bei der Bekämpfung von Pandemien. Medizinprodukte sind sehr vielfältig – und in ambulanten OP-Zentren und chirurgischen Disziplinen unentbehrlich. Von Nahtmaterial und Verbandmitteln über medizinische Schutzausrüstung bis hin zu Instrumenten und bildgebenden Verfahren: Es gibt rund 450.000 verschiedene Medizinprodukte. Die Medizintechnik-Branche ist dabei ein bedeutender Teil der Gesundheitswirtschaft.

- ▶ Die MedTech-Unternehmen beschäftigen in Deutschland über 250.000 Menschen.
- ▶ Die Branche ist stark mittelständisch geprägt. 93 Prozent der Unternehmen beschäftigen weniger als 250 Mitarbeiter:innen.
- ▶ Medizintechnologien sind ein wichtiger Treiber des medizinischen Fortschritts. Im Durchschnitt investieren die MedTech-Unternehmen rund 9 Prozent ihres Umsatzes in Forschung und Entwicklung.
- ▶ Deutsche Medizintechnik ist auf dem Weltmarkt sehr erfolgreich. Die Exportquote liegt bei rund 66 Prozent, der Gesamtumsatz bei über 36 Milliarden Euro.

Die Medizintechnik-Branche hat sich in der Corona-Krise als verlässlicher Partner bewiesen. Die Unternehmen haben mit ihren medizintechnischen Lösungen zur Bekämpfung der Pandemie und einer

erfolgreichen Impfkampagne beigetragen. Stichwort: kein Impfen ohne Spritzen und Hygieneprodukte. Und die Unternehmen stellen tagtäglich die Resilienz des Gesundheitssystems unter den aktuell schwierigsten Rahmenbedingungen sicher.

Die Bewältigung der COVID-19-Pandemie und der Folgen des russischen Krieges gegen die Ukraine haben die globalen Lieferketten und die Herstellungskosten stark beeinträchtigt. Die Medizintechnik-Branche kämpft mit steigenden Kosten und ist gleichzeitig in einem streng regulierten Markt tätig. Es gibt oft gesetzliche Regelungen und langfristige vertragliche Bindungen, die das Handeln der Unternehmen noch erschweren. Das aktuell größte Problem der Branche ist aber hausgemacht: die EU-Medizinprodukte-Verordnung (MDR).

### Bürokratiemonster MDR sorgt für Versorgungsengpässe

Ziel der MDR, die seit dem 26. Mai 2021 gilt, ist es, die Patient:innenversorgung mit Medizinprodukten europaweit harmonisiert zu gewährleisten und die Sicherheit für Patient:innen zu erhöhen. Dieses Ziel teilt die Medizintechnik-Branche.



Im OP-Saal kommen viele verschiedene Medizinprodukte zum Einsatz, deren verlässliche Verfügbarkeit durch die neue MDR nun in Gefahr ist

Die MDR ist eine Zäsur. Die Anforderungen an den Marktzugang von Medizinprodukten, an den Lebenszyklus des Produkts und an die Benannten Stellen steigen erheblich. Der neue Rechtsrahmen betrifft dabei nicht nur neue Medizinprodukte, sondern auch alle bewährten und sicheren Bestandsprodukte sowie Spezialprodukte für zum Beispiel kleine Patient:innenpopulationen. Alle Benannten Stellen müssen einen langwierigen europäischen Benennungsprozess durchlaufen. Die Prüfzeit für die umfangreicheren Akten ist deutlich erhöht.

### Auswirkungen im Medizinprodukte-Markt

Die neue EU-Verordnung zeigt bereits jetzt drastische Auswirkungen im Medizintechnik-Markt. Der BVMed führte dazu bereits Ende 2021 eine Umfrage durch, an der sich 88 Mitgliedsunternehmen beteiligt haben. Über 70 Prozent der BVMed-Mitgliedsunternehmen haben aufgrund der Neuregelungen durch die EU-Medizinprodukte-Verordnung (MDR) bereits einzelne Medizinprodukte oder ganze Produktlinien eingestellt. Über 55 Prozent der befragten BVMed-Unternehmen gaben an, dass bisherige Lieferanten bereits ihre Geschäftstätigkeit aufgrund der MDR eingestellt haben.

Konkrete Beispiele von Versorgungsengpässen, die in den letzten Monaten beispielsweise von Kinderkardiolog:innen und Orthopäd:innen immer wieder genannt wurden: Es fehlen spezielle Herzkatheter, Stents und Instrumente in der Kinderkardiologie, spezielles Nahtmaterial oder Gewebekleber, aber auch spezielle Instrumente für die Gelenkersatz-Revisionschirurgie. Begründung jeweils: der immense bürokratische Aufwand durch die MDR.

### Der aktuelle Stand der MDR-Umsetzung

Die EU-Kommission hatte Ende Oktober 2022 unter anderem folgende aktuelle Zahlen zur MDR vorgestellt:

- ▶ Von 80 unter den alten Richtlinien designierten Benannten Stellen haben 62 Stellen MDR-Anträge gestellt, aber es sind erst 36 Benannte Stellen unter der MDR notifiziert.
- ▶ Rund 23.000 Zertifikate müssen noch in die MDR überführt werden. Über 75 Prozent (17.000) dieser Zertifikate laufen im Mai 2024 aus.
- ▶ Bislang – Stand: Oktober 2022 – wurden 8.120 Anträge angenommen und 1.990 MDR-Zertifikate ausgestellt. Im April 2022 waren es 1.069 Zertifikate.
- ▶ Die Bearbeitungszeit liegt bei keinem einzigen MDR-Zertifikat (QMS und Produktprüfung) unter einem Jahr. 82 Prozent der Zertifikate dauern zwischen 13 und 18 Monaten, 18 Prozent zwischen 19 und 24 Monaten.

Die Medizintechnik-Branche bereitet sich seit Jahren intensiv auf die MDR vor. Die Kosten der Umsetzung für die Branche liegen nach Schätzungen zwischen sieben und zehn Milliarden Euro. Die Branche hat massiv investiert, beispielsweise in zusätzliches regulatorisches Personal. Das MDR-System kann zum jetzigen Zeitpunkt seine Aufgaben auf unterschiedlichen Ebenen nicht regelgerecht erfüllen. Ein Hauptproblem bei der MDR-Implementierung sind die Kapazitäts-

### Manfred C. Beeres

Kommunikationsleiter und Pressesprecher beim Bundesverband Medizintechnologie (BVMed), stv. Geschäftsführer der BVMed-Akademie sowie Chefredakteur von MedInsight Germany

Reinhardtstraße 29b, 10117 Berlin  
Tel.: 030 246255-20  
beeres@bvmed.de  
www.bvmed.de



Foto: BVMed

engpässe bei den Benannten Stellen. Immer häufiger werden Anträge von Herstellern mangels Kapazität abgelehnt. Noch immer sind viele KMU ohne Benannte Stelle. Und nicht nur das: Innovationen kommen zum Erliegen, da sich Forschungsabteilungen aktuell auf die MDR-Regularien fokussieren müssen.

### Gesetzliche Verbesserungen müssen schnell kommen

Europa hat mittlerweile den Ernst der Lage durch die MDR und ihre Auswirkungen auf die Verfügbarkeit von Medizinprodukten und damit die Qualität der medizintechnischen Versorgung erkannt, wie die Debatte im Europäischen Parlament vom 24. November 2022 und die Diskussion der EU-Gesundheitsminister (EPSCO-Meeting) am 9. Dezember 2022 mit der zuständigen EU-Kommissarin Stella Kyriakides zeigen. Es ist gut, dass die EU-Kommission und die Mitgliedsstaaten die Sorgen der Patient:innen, Kliniken, Ärzt:innen, den Benannten Stellen sowie der Branche ernst nehmen und Lösungen diskutieren.

Die im Hintergrundvermerk von der Kommission vorgeschlagenen gesetzlichen Änderungen zur Verlängerung der Übergangsfristen und zur Streichung der Abverkaufsfrist müssen nun zeitnah vorgelegt und umgesetzt werden, um die Patient:innenversorgung auch nach der aktuellen Übergangsperiode im Mai 2024 sicherzustellen. Die geplanten legislativen Änderungen müssen zudem Hand in Hand mit untergesetzlichen Maßnahmen gehen, damit Bestandsprodukte zeitnah in die MDR überführt werden können.

### Wie geht es mit der MDR weiter?

Wenn insbesondere KMU gezwungen sind, ihre Ressourcen für Forschung und Entwicklung zu Lasten der Innovationstätigkeit in die Regulatorik zu verlagern, dann zeigt das, dass man mit der MDR über das Ziel hinausgeschossen ist. Wir müssen daher die MDR strategisch weiterentwickeln. Unternehmen, Kliniken und Ärzteschaft sitzen hier beim Thema Versorgung und Sicherheit im selben Boot.

Die nun vorgeschlagenen Änderungen sind substanziell. So schlägt die EU-Kommission unter anderem eine Verlängerung der Übergangsfrist gestaffelt nach Risikoklassen, eine Verlängerung der Gültigkeit von Bestandsprodukten und eine Abschaffung der Abverkaufsfrist vor. Außerdem wird über die Einführung einer Regelung für ‚Orphan Devices‘ diskutiert. Wir glauben, dass diese Maßnahmen helfen können, zehntausende Medizinprodukte und hunderte Unternehmen im Markt zu halten.

## Medizintechnik-Standort Deutschland stärken

Im Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz fand am 23. November 2022 ein High-Level-Gespräch zur Gesundheitswirtschaft mit Minister Robert Habeck und der Parlamentarischen Staatssekretärin Dr. Franziska Brantner statt. Es ist aus Sicht der Medizintechnik-Branche höchste Zeit, dass sich die Bundesregierung mit der Wirtschaft an einen Tisch setzt und die Herausforderungen strategisch angeht und Lösungen unter Einbindung der Expertise der Unternehmen entwickelt. Im Kern geht es um drei Themenbereiche:

- ▶ Die Stärkung des Medizintechnik-Standortes Deutschland in Richtung einer strategischen Resilienz.
- ▶ Der Erhalt der Innovationskraft durch Abbau des hohen Bürokratie- und Kostendrucks sowie durch Nutzung von Gesundheitsdaten.
- ▶ Die Schaffung eines klimagerechten Gesundheitswesens im Rahmen einer Nachhaltigkeitsstrategie.

Das Gespräch zur Gesundheitswirtschaft ist ein guter erster Schritt. Aber wir brauchen danach konkrete Taten, um den Medizintechnik-

Standort Deutschland zu stärken – und das schnell. Wir müssen die Rahmenbedingungen für die klinische Forschung in Deutschland stärken, Produktionskapazitäten in Deutschland halten und ausbauen sowie Fast-Track-Verfahren für medizintechnische Innovationen etablieren, um den Anschluss an die USA nicht noch weiter zu verlieren.

Und – ganz wichtig: Wir müssen die Nutzung von Gesundheitsdaten für forschende Unternehmen ermöglichen und die digitale Gesundheitsversorgung mit einer Digitalisierungsstrategie zielgerichtet voranbringen. Politik darf sich nicht abschotten und immer neue Regularien schaffen, ohne mit Ärzt:innen und Unternehmen zu reden! Politik muss die Expertise der Ärzteschaft und der Medizintechnik-Unternehmen einbinden – so wie sie es bei der Bewältigung der Corona-Krise mit Erfolg getan hat.

Die Unternehmen der Medizintechnologie im BVMed erwarten von der Bundesregierung jetzt entscheidende Weichenstellungen für die im Koalitionsvertrag angekündigte Stärkung des Medizintechnik-Standorts Deutschland und die Entlastung der Unternehmen von starker Bürokratie. Denn: Deutschland braucht eine forschungsstarke, leistungsfähige, wirtschaftlich gesunde und international wettbewerbsfähige Medizintechnik-Branche. ◀

### Kommentar von Dr. Jörg Hennefründ: Europa riegelt sich ab – über den Patientenschaden wohlgeheimer Gesetze

Das Ziel zahlreicher Gesetze ist der Schutz von Patienten, Arbeitnehmern oder allgemein: der Bevölkerung. Als Mediziner wissen wir: Ein Medikament ohne Nebenwirkungen steht im dringenden Verdacht, auch keine Hauptwirkung zu haben. Was also sind die Nebenwirkungen von Gesetzen, die zum Schutz der Patienten beschlossen wurden? Und: Könnten diese auch einmal die Hauptwirkung überschreiten? Könnten Gesetze mehr Schaden anrichten als Nutzen zu stiften?

Aktuelles Beispiel ist die EU-Medizinprodukteverordnung (MDR), in Kraft getreten am 25. Mai 2017 mit Übergangsfristen jetzt voll gültig seit 26. Mai 2021. Sie erhöht die Anforderungen an die Hersteller medizinischer Produkte z. B. in Bezug auf die Dokumentation der Herstellungsprozesse, das Qualitätsmanagement und die Anforderungen an die klinischen Bewertungen, und das über den gesamten Produktlebenszyklus. Das bedeutet, dass auch schon zugelassene Produkte betroffen sind. Der Flaschenhals bei den Produkten, bei denen die ‚Benannten Stellen‘ eingebunden werden, ist inzwischen ebenso bekannt wie fehlende Detailregelungen, an denen sich die Hersteller im Voraus orientieren könnten. Diese Probleme sind grundsätzlich überwindbar, teilweise ist dies nur eine Zeitfrage.

Grundproblem aber wird der erhöhte Aufwand bleiben. Es ist inzwischen völlig klar, dass die höheren Anforderungen für die Zulassung und Betreuung der Produkte mehr Kosten bedeuten und auch die Preise deutlich steigen werden. Kosten spiegeln den Aufwand für Material und Personalbeanspruchung wider. Höherer Verbrauch an Manpower und Grundstoffen bedeuten aber in der jetzigen Zeitenwende und dem Wandel von Arbeitslosigkeit zu Arbeiterlosigkeit weniger hergestellte Produktmengen.

Noch viel problematischer ist aber, dass sich die Zulassung und Herstellung von Produkten mit kleinen Stückzahlen künftig nicht mehr kostendeckend darstellen lässt. So bekommt der Autor für Laparoskopien heute keine Optiken mehr mit 5 mm oder 7 mm Durchmesser, sondern nur noch solche mit 10 mm. Etwas größere Wunden an den Einstichen werden für die Patienten verkraftbar sein. Was aber wenn etwa in der Kardiochirurgie die kleinen Varianten von Instrumenten für Eingriffe an Kindern nicht mehr hergestellt werden (können)? Es liegt nahe, dass Behandlungen dann nicht mehr oder nicht mehr in optimaler Technik durchgeführt werden können und damit Schäden, bis hin zu vermeidbaren Todesfällen, auftreten werden. Beispiele wie dieses werden sich in allen Fächern finden lassen. Hinzu kommt, dass kleine innovative Firmen verschwinden werden und der technisch-medizinische Fortschritt für ‚Nischen‘ in Europa weniger stattfindet.

Werden dann Patienten für besondere Behandlungen eines Tages nach China reisen müssen?

Das Phänomen hatten wir schon beim Arzneimittelgesetz (AMG). Die notwendige Nachzulassung etablierter Medikamente führte dazu, dass sich dies für altbewährte, preisgünstige, aber nicht täglich verordnete Substanzen nicht wirtschaftlich darstellen ließ und diese Medikamente in Deutschland nicht mehr erhältlich sind. Sie wurden durch teurere Medikamente ersetzt, mit denen häufig auch weniger lange Alltagserfahrungen vorlagen.

Auch die erhöhten Hygieneanforderungen gehören auf den Prüfstand. Diese beziehen sich zu einem großen Teil auf die Kontrolle der technischen Zuverlässigkeit des Aufbereitungsprozesses der Instrumente (z. B. Validierung). Ein Technikversagen hat aber wohl noch nie zu einem Patientenschaden geführt.

In Zeiten der Arbeitslosigkeit war das alles kein Problem, in Zeiten des personellen Ressourcenmangels jedoch führen unnötige oder nicht in ihrer Effizienz untersuchte gesetzliche Anforderungen unter dem Strich zu weniger Patientenbehandlungen und damit eines Tages auch zu Schäden der Patienten.

Das Problem ist durch den Gesetzgeber nicht lösbar, sondern nur durch eine breite gesellschaftliche Umorientierung. Die Einführung der MDR ist verständlich angesichts von Industrieskandalen in Mamma-Prothesen und anderer Skandale. Vollständig wird man kriminelle Machenschaften allerdings nie unterbinden können. Wenn aber Gesetze zum besseren Schutz vor diesen Problemen an anderer Stelle selbst zu Patientenschäden führen, müssen wir das Ausgangsproblem vielleicht ertragen und auch mal auf neue Gesetze verzichten. Als einmal ein Psychiater von einem Patienten umgebracht wurde, kam auch die Idee auf, die Psychiater durch Aufsichtskräfte zu schützen. Da es allerdings zu offensichtlich war, dass damit die Behandlungen nicht mehr stattfinden könnten, wurde die Idee sofort verworfen. Beim MDR ist dies weniger offensichtlich, die Frage nach Schäden durch Gesetze bedarf aber dringend systematischer Untersuchungen. Die Frage ist, ob die in der stattfindenden Zeitenwende erwartbare Not so groß werden wird, dass auch die breite Gesellschaft bereit ist, dies offen zu diskutieren.

Dr. Jörg Hennefründ  
 Facharzt für Gynäkologie, Tagesklinik Oldenburg  
 Achternstraße 21 a, 26122 Oldenburg  
 Tel.: 0441 922700, dr.joerg.hennefrued@bao-praesidium.de



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

**ANC Oberfranken**

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

**ANC Oberpfalz**

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

**ANC Rheinland-Pfalz**

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

**ANC Schleswig-Holstein**

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

**ANC Schwaben**

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

**ANC Südbaden**

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

**ANC Südwürttemberg**

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

**ANC Unterfranken**

**Dr. Harald 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. 6D, 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

## ANC Mitteldeutschland

## Zusammenschluss der ANC Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen besiegelt

Der Beschluss zur Zusammenlegung der bisherigen drei ANC Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen fiel bereits im April 2022, doch seit Mitte Oktober 2022 sind nun auch alle vereinsrechtlichen Formalien – Auflösung der drei alten Vereine, Eintragung des neuen Vereins samt seiner Satzung ins Vereinsregister – erledigt. Erster Vorsitzender der neuen ANC ist der Facharzt für Chirurgie, Viszeralchirurgie und spezielle Viszeralchirurgie sowie Proktologe Dr. Arndt Voigtsberger, der in Sondershausen (Thüringen) mit drei weiteren Kolleginnen und Kollegen in einem Medizinischen Versorgungszentrum niedergelassen ist.

Dr. Voigtsberger ist zugleich Vorsitzender des Referats der niedergelassenen Chirurginnen und Chirurgen im Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC) und Mitglied des Vorstands der Thüringischen Gesellschaft für Chirurgie (TGCH). Weiterhin ist er in verschiedenen Gremien der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT) und der Landesärztekammer (LÄK) aktiv.

Dem Vorstand gehören daneben als Regionalvertreter der jeweiligen Bundesländer Dr. Kay Brehme (Halle/Sachsen-Anhalt), Dr. Hubertus Große-Leege (Erfurt/Thüringen) sowie Dr. Sebastian Weigel (Dresden/Sachsen) und als Schatzmeister Dipl.-Med. Ingo Menzel (Weimar/Thüringen) an. „Durch die Regionalvertreter ist gewährleistet, dass auch die Besonderheiten aus den jeweiligen KV-Regionen berücksichtigt werden“, erzählt Dr. Voigtsberger.

Dr. Brehme und Herr Menzel waren bereits vor dem Zusammenschluss zur ANC Mitteldeutschland über viele Jahre als Vorsitzende in den ANC Sachsen-Anhalt und Thüringen aktiv. Die beiden sind auch Mitglieder der Vertreterversammlungen ihrer jeweiligen KVen.

Dr. Große-Leege als Thüringer Regionalvertreter wiederum ist auch Vorstandsmitglied der LÄK Thüringen. Die Führungsriege der neuen ANC Mitteldeutschland besteht also durchweg aus berufspolitisch erfahrenen und gut vernetzten Chirurgen.

Hintergrund der Fusion der drei ANC war der Wunsch nach einer stärkeren Bündelung der regionalen Aktivitäten. „Anstatt für jede ANC Mitgliederversammlungen mit nur wenigen Teilnehmern abzuhalten, wollen wir nun die administrative Arbeit zusammenlegen“, meint der neue ANC-Vorsitzende. Auch der BNC-Vorstand, für den der Vorsitzende Jan Henniger und sein Stellvertreter Dr. Frank Sinning den Zusammenschluss in den vergangenen Monate begleiteten, bewerten die Fusion positiv. So ermöglicht eine größere Struktur mehr Fortbildungsangebote wie beispielsweise Röntgenkurse und einen jährlichen regionalen Kongress.

Nach etlichen Jahren, in denen die ANC-Aktivitäten vielerorts beinahe zum Erliegen gekommen waren, braucht es nun noch etwas Zeit und Geduld, um die gemeinsame Interessenvertretung wieder in Schwung zu bringen: „Manche Kolleginnen und Kollegen sind schon aus ihrem Winterschlaf erwacht, andere haben wir noch nicht erreicht“, berichtet Dr. Voigtsberger.

Durch die Fusion gehören der ANC Mitteldeutschland nun 160 Mitglieder an, von denen immerhin rund 25 regelmäßig auf E-Mails antworten und auch an den anberaumten Treffen teilnehmen. „Wir arbeiten daran, dass die Zahl der Aktiven steigt“, betont der neue Vorsitzende. Neu seien zum Beispiel die monatlichen Online-Vorstandssitzungen: „Damit haben wir schon einmal deutlich mehr Austausch untereinander als in der Vergangenheit.“ Eine neue, mit der zentralen BNC-Website verknüpfte Homepage ist ebenfalls in Arbeit.



Foto: Voigtsberger

Dr. Arndt Voigtsberger  
(Sondershausen),  
Vorsitzender der neuen  
ANC Mitteldeutschland

#### Praxisbörse: Facharzt (m/w/d) für Kinderchirurgie gesucht

Gesucht wird ein engagierter Facharzt (m/w/d) zur Verstärkung des kinderchirurgischen und orthopädischen Teams (Kindertraumatologie, Neugeborenen- und Fehlbildungschirurgie, ambulante Operationen).

**Aufgaben u. a.:** Funktionsuntersuchung und OP, Dokumentation, Mitgestaltung bei der Weiterentwicklung der Klinik, chirurgische Notfallversorgung, konservative Sprechstunde

**Ihr Profil:** Facharztausbildung im Bereich Kinderchirurgie mit einschlägiger Berufserfahrung (u. a. Sozialkompetenz, leitliniengerechte Versorgung, Kommunikationsfähigkeit, souveränes Beherrschen des operativen Spektrums)

**Geboten werden u. a.:** Sicherer Arbeitsplatz mit moderner Technik, geregelte Arbeitszeiten ohne Dienste an Wochenenden, Feiertagen oder nachts, flache Hierarchien, leistungsgerechte Vergütung mit 13. Monatsgehalt

**Kontakt:** Loretto Klinik Tübingen

Z. Hd. Herr Roller, Katharinenstraße 10, 72072 Tübingen  
roller@lorettoklinik.de, Tel.: 0173 9868276

#### Kontakt:

**Dr. Arndt Voigtsberger, ANC Mitteldeutschland**

Tel.: 03632 757676, [info@anc-mitteldeutschland.de](mailto:info@anc-mitteldeutschland.de)

#### 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](mailto:antje.thiel@vmk-online.de)

KV-Wahlen 2022

## Chirurgen an die Spitze etlicher KV-Vertreterversammlungen gewählt

Nachdem in allen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die Stimmen ausgezählt sind und die konstituierenden Sitzungen der Vertreterversammlungen (VV) stattgefunden haben, steht nunmehr fest, dass ab 2023 auch Chirurgen die obersten Gremien der vertragsärztlichen Selbstverwaltung anführen werden.

Foto: Weisweiler



Dr. Manfred Weisweiler (Nordrhein)

Foto: KV Sachsen



Dr. Hagen Bruder (Sachsen-Anhalt)

So wurde Dr. Manfred Weisweiler, niedergelassener Chirurg aus Geilenkirchen, Vorsitzender der ANC Nordrhein und Vorstandsmitglied des BNC, bei der konstituierenden Sitzung der VV am 22. Oktober 2022 zum stellvertretenden VV-Vorsitzenden der KV Nordrhein gewählt. Er ist bereits seit 2004 Mitglied der VV der KV Nordrhein und fungierte bis dato als Vorsitzender des beratenden Ausschusses Fachärzte der KVNO und als stellvertretender Vorsitzender der Qualitätssicherungskommission ambulantes Operieren der KVNO sowie der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung NRW. Nach seiner Wahl erklärte Dr. Weisweiler, die VV müsse konsequent und in enger Zusammenarbeit zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgungsschiene die wirtschaftliche Überlebensfähigkeit der Praxen überwachen und ermöglichen. „Alle Leistungen müssen betriebswirtschaftlich überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Versorgung, die sich nicht rechnet, kann letztlich nicht stattfinden. Das System muss sehr schnell, innerhalb von Wochen, auf eine Unterfinanzierung reagieren können“, erklärte Dr. Weisweiler.

Gut einen Monat später, am 28. November 2022, stimmte die neue VV der KV Sachsen über ihre Führungsspitze ab. Hier machte der niedergelassene Chirurg und Koloproktologe Dr. Hagen Bruder aus Dresden das Rennen als stellvertretender VV-Vorsitzender. Für ihn ist es bereits die zweite Amtszeit in dieser Funktion. Er ist zugleich Vorsitzender des Finanzausschusses der KV Sachsen und gehört dem Regionalausschuss Dresden an.

**Kontakt:**

**Dr. Manfred Weisweiler, KV Nordrhein, [dr.weisweiler-geilenkirchen@t-online.de](mailto:dr.weisweiler-geilenkirchen@t-online.de)**

**Dr. Hagen Bruder, KV Sachsen, [kontakt@proktologie-bruder.de](mailto:kontakt@proktologie-bruder.de)**



## Schön, wenn Narben optimal verheilen.

- **Leitliniengerechte Therapie<sup>1</sup>**
- **Dreifachwirkung:** beugt übermäßiger Narbenbildung vor, verbessert Elastizität und Weichheit, reduziert Rötung und Juckreiz
- **Überzeugende Ergebnisse in klinischen Untersuchungen<sup>2</sup>**

[www.contractubex.de](http://www.contractubex.de)  
[www.narbeninfo.de](http://www.narbeninfo.de)

**Contractubex®. Der Narbenspezialist.**

<sup>1</sup> Nast A, et al. S2k-Leitlinie Therapie pathologischer Narben (hypertrophe Narben und Keloide) – Update 2020. J Dtsch Dermatol Ges. 2020.

<sup>2</sup> Willital GH, Simon J. Efficacy of Early Initiation of a Gel Containing Extractum Cepae, Heparin, and Allantoin for Scar Treatment: An Observational, Noninterventional Study of Daily Practice. J Drugs Dermatol 2013;12:38–42.

**Contractubex® Gel, Zusammensetzung:** 100 g Gel enthalten: **Arzneilich wirksame Bestandteile:** 10,0 g Extr. Cepae; 5000 I.E. Heparin Natrium; 1,0 g Allantoin. **Sonstige Bestandteile:** Sorbinsäure (E200), Methyl-4-hydroxybenzoat (E218), Macrogol 200, Xanthangummi, Gereinigtes Wasser, Ethanol 1,34 g (1,34% w/w), Geruchsstoff mit Citronellol, Geraniol, Benzylalkohol, Citral und Linalool. **Anwendungsgebiete:** Hypertrophe, keloideförmige, bewegungsbeschränkende u. optisch störende Narben nach Operationen, Amputationen, Verbrennungen u. Unfällen; Kontrakturen wie Dupuytren'sche Kontraktur u. traumatische Sehnenkontrakturen; Narbenschwundungen (atrophe Narben). Anwendung nach Wundschluss. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen d. Wirkstoffe Extr. Cepae, Heparin-Natrium od. Allantoin, gg. Methyl-4-hydroxybenzoat (Paraben), Citronellol, Geraniol, Benzylalkohol, Citral und Linalool od. einen d. sonst. Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Contractubex® wird auch i. d. Langzeitbehandl. im Allg. ausgezeichnet vertragen. Ein während d. Behandl. mit Contractubex® gelegentlich beobachteter Juckreiz ist Ausdruck der gewünschten geweblichen Umgestaltung d. Narbe. Ein Abbruch d. Therapie aus diesem Grunde ist i. d. R. nicht erforderlich. Die am häufigsten aufgetretenen Nebenwirk. waren lokale Reakt. am Ort d. Behandl. Folgende Nebenwirk. wurden beobachtet: Häufig (≥ 1/100 bis < 1/10): Pruritus, Erythem, Teleangiektasie, Narbenatrophie. Gelegentlich (≥ 1/1.000 bis < 1/100): Hyperpigmentierung d. Haut, Hautatrophie. Häufigkeit nicht bekannt: pustulöser Ausschlag, Überempfindlichkeit (allerg. Reaktion), Parästhesien, Kontaktdermatitis, Urtikaria, Ausschlag, Pruritus, Erythem, Hautreizung, Papel, Hautentzünd., brennendes Gefühl d. Haut, Spannungsgefühl d. Haut, Schwellung, Schmerzen a. d. Appl.-stelle, Hautschuppung im Bereich d. Appl.-stelle. Methyl-4-hydroxybenzoat kann Überempfindlichkeitsreaktionen, auch Spätreaktionen, hervorrufen. Citronellol, Geraniol, Benzylalkohol, Citral und Linalool können allergische Reaktionen hervorrufen. Weitere Informationen zu Nebenwirk. s. Fachinformation. Stand Mai 2021, Merz Pharmaceuticals GmbH, 60048 Frankfurt. Weitere Hinweise finden Sie in der Gebrauchs- bzw. Fachinformation.



## Aktuelles zum Arztrecht vom BNC-Justiziar

# Abfälle in der chirurgischen Praxis: Wie trennen und entsorgen?

In medizinischen Einrichtungen fällt Müll der Kategorien A bis E an, für den unterschiedliche Vorschriften zur Entsorgung gelten. Verantwortlich für die Mülltrennung ist die Praxis, für die Entsorgung der Abfälle ist zumindest teilweise der Hauseigentümer zuständig. Oberstes Gebot sollten aber Müllvermeidung und Recycling sein.

Von Jörg Hohmann

Der Mülltrennung kommt auch in chirurgischen Praxen eine zunehmende Bedeutung zu. Bei der Entsorgung von Abfällen hat sich eine Klassifizierung durchgesetzt, die den anfallenden Müll in fünf Arten unterteilt (nach LAGA = Bund-Länder-Arbeitsgemeinschaft Abfall)

## A-Abfälle: Hausmüllähnlicher Gewerbeabfall

Dieser Abfall kann in getrennten Behältern entsorgt werden, die aus der häuslichen Entsorgung bekannt sind; soweit die Entsorgung keinerlei besondere Gefahr (z.B. Infektionen) ergibt. Dafür sind die farblich gekennzeichneten Abfallsammelbehälter oder Abfallsäcke zu nutzen. Es handelt sich um folgende Kategorien:

- ▶ **Papier, Pappe und Kartonagen** gehören in den blauen Behälter. Hier können auch sämtliche Papierverpackungen, Umschläge, Hüllen, Pappen, Päckchen, Zeitungen, Werbeprospekte etc. entsorgt werden.
- ▶ **Bio-Abfälle** gehören in den braunen Behälter. Dies betrifft organische Abfälle aus Küche, Verpflegung, Kaffeesatz, Essensreste etc.
- ▶ **Verpackungen** gehören in den gelben Behälter. Dies gilt für Kunststoffe aller Art, Plastiktüten und -flaschen, PET-Getränkeflaschen, Gummi- bzw. Kunststoff-Handschuhe, Tetra-Packungen, Flaschen, ungenutzte (Kultur-)Platten aus Glas, Infusionsflaschen, Reagenzgläser.
- ▶ **Restmüll** gehört in den grauen Behälter. Dies gilt für nicht verwertbare Restabfälle aller Art wie Toner- oder Drucker-Patronen (soweit nicht recyclebar), Damen-Hygieneartikel, übliche Putzmittel, Reinigungsschwämme und sonstiges Kleinmaterial.

## B-Abfälle: Müll mit Blut, Sekreten oder Exkrementen

Hierbei handelt es sich um benutzte, nicht infektiöse Stoffe, die mit Blut oder Exkrementen bzw. Urin in Verbindung gekommen sind, z.B. Blutkonserven, Windeln, benutzte (Kultur-)Platten aus Glas, Infusionsflaschen, Reagenzgläser u. ä., die zwecks Infektionsprävention einer gesonderten Erfassung bedürfen.

Hier werden innerhalb der Praxis Schutzmaßnahmen vorgenommen, um die etwaige Verbreitung von Krankheitserregern zu vermeiden. Dies bedeutet, dass der Müll gesondert etwa in getrennten Plastikbeuteln erfasst wird. Danach kann der Abfall der Klasse B vor der Abholung durch den Entsorger der Klasse A hinzugefügt werden, also mit dem Restmüll entsorgt werden.

## C-Abfälle: Infektiöser und potenziell zellverändernder Abfall

Um die Verbreitung von übertragbaren Krankheiten oder auch unbeabsichtigte Zellveränderungen zu vermeiden, darf diese Art von Abfall nicht mit anderen Abfällen gemischt, erfasst und umgeschüttet werden. Dies betrifft benutzte Gummihandschuhe, Verbandsmaterial, Behältnisse mit Blut etc., aber auch Objektträger, Deckgläser, Kanülen, Skalpelle, Infusionssysteme und Spritzen sowie Reste von Zytostatika oder mykobakteriellen Behandlungen (BCG) aus Infusionen und Installationen. Geschlossene Glasfläschchen, Beutel, Spritzen und Katheter werden beispielsweise auf diese Art entsorgt.

Um eine gesicherte Erfassung zu gewährleisten, haben sich stichfeste Behälter durchgesetzt, die aus recyclingfähiger Pappe oder einem Plastikbehälter bestehen. Die Gefahr der Verletzung und Infektion wird somit unterbunden. Die Gerätschaften aus Infusionen und Instillationen (Kleinstmengen) sollten vorab in festen und verschlossenen Plastikbehältnissen einzeln erfasst werden. Auch benutzte Katheter und leere Katheterbeutel können so behandelt werden und dann ungeöffnet im Restmüll (A-Abfall) entsorgt werden. Urinbeutel können vorher

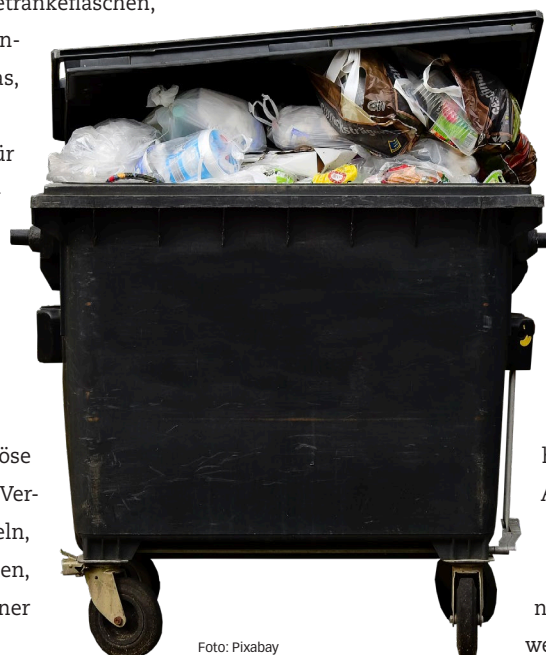


Foto: Pixabay

in der Toilette entleert werden. Bei C-Abfall ist zu beachten, dass die Lagerungsdauer im ungekühlten Zustand maximal vier Tage und im gekühlten Zustand höchstens 14 Tage betragen sollte; andernfalls wäre entweder eine Verbrennung als ‚Sondermüll‘ oder eine Desinfektion (vor anschließender Entsorgung über den Hausmüll als A-Abfall) erforderlich. In der Regel ist der stichfeste Behälter mit einem Deckel versehen, der nach Verschluss nicht wieder geöffnet werden kann. Er wird ungeöffnet im Restmüll-Behälter (A-Abfall) entsorgt. Wichtig ist, dass die Entsorgung (Einwurf der Spritzen etc.) gleich am Ort der Abfallentsorgung stattfindet.

### D-Abfälle: Überwachungsbedürftige Abfälle wie Chemikalien

Umweltgefährdende Abfälle, zumeist Altchemikalien, chemische Reinigungsmittel und Medikamente wie Zytostatika sind als ‚Sondermüll‘ bzw. als ‚besonders überwachungsbedürftiger Abfall‘ zu entsorgen. Hierbei ist wichtig, dass die Abfälle getrennt von anderen Abfällen erfasst werden und ihre Lagerung in gesonderten Räumen erfolgt, zu denen nur Fachkräfte Zugang haben. Die Abfälle sollten in auslauf-sicheren Behältern erfasst werden. Altmedikamente können getrennt in sicher trockenen Kunststoff-Behältern mit geschlossenem Deckel erfasst und im Restmüll (A-Abfall) entsorgt werden.

### E-Abfälle: Ethischer Abfall, Körperteile, Organe, Gewebereste

In chirurgischen Praxen gehören hierzu unter anderem mikrobiologische Urinkulturen oder abgetrennte Körperteile nach Operationen. Diese definitiv gesondert zu behandelnden Abfälle müssen in unbedingt flüssigkeitsdichten, eindeutig gekennzeichneten Behältern entsorgt werden. Die Bereitstellung erfolgt unter Vermeidung einer Gasbildung in Sammelbehältnissen (unter +15° Celsius, Lagerdauer maximal eine Woche; unter +8° Celsius, Verlängerung der Lagerdauer in Abstimmung mit der Hygiene). Wichtig ist, die Kennzeichnungen auf den Behältern nicht zu beschreiben oder zu überkleben.

### Weitere Abfallarten im Überblick

- ▶ Fotochemische Bäder, Fixierbäder und Entwicklerlösungen sind – wie Chemikalien etc. – als D-Abfälle klassifiziert in hierfür zugelassenen Behältern als ‚gefährlicher Abfall‘ gesondert zu entsorgen.
- ▶ Röntgenutensilien und -schürzen enthalten möglicherweise Blei und müssen durch eine Fachfirma entsorgt werden (D-Abfall).
- ▶ Röntgenbilder und Karteikarten sind nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist von zertifizierten Entsorgern datensicher zu entsorgen.
- ▶ Für Organteile oder Knochen nach ambulanten Operationen gelten regional unterschiedliche Regelungen, hier muss die kommunale Abfallverordnung geprüft werden.

### Entsorgung

Die örtlichen Bedingungen der Art der Erfassung und Entsorgung von Abfällen sind in den Abfallsatzungen der Kommunen geregelt und können sehr stark variieren. In der Regel kann das ‚Abfalltelefon‘ der kommunalen Entsorgungsfirma erste Auskünfte geben. Für haus-

### Jörg Hohmann

Rechtsanwalt, Kanzlei für Medizinrecht  
Prof. Schlegel, Hohmann und Partner GbR

Mittelweg 185  
20148 Hamburg  
Tel.: 040 39106970  
Fax: 040 391069710  
jh@gesundheitsrecht.com  
www.gesundheitsrecht.com



Foto: Hohmann

müllähnliche Abfälle ist der jeweilige Hauseigentümer entsorgungspflichtig. Wenn der Inhaber der Arztpraxis zugleich Hauseigentümer ist, hat er für die geordnete Entsorgung zu sorgen; für seinen hausmüllähnlichen Gewerbemüll also in der Regel durch eine gewerbliche Abfallentsorgungsfirma.

Ist die Arztpraxis hingegen Mieter in einem Mehrfamilienhaus, so ist der Vermieter bzw. der Hausverwalter für die Entsorgung zuständig. In der Regel wird die Arztpraxis ihren hausmüllähnlichen Gewerbeabfall dann – in Abhängigkeit vom Mietvertrag – in die gemeinschaftlichen Sammelbehältnisse einwerfen. Dies gilt insbesondere für Bio-, Papier- und Restabfälle, gegebenenfalls auch für gelbe Säcke oder Tonnen. Für D-Abfälle gilt, dass wegen der aufwendigen Art der Entsorgung dieser ‚gefährlichen Abfälle‘ eine Spezial-Entsorgungsfirma beauftragt werden muss.

Die Abholung und Entsorgung von E-Abfällen erfolgt durch eine Spezialfirma als Gefahrgut, diese führen die E-Abfälle speziellen Verbrennungsanlagen zu. In den Fällen der D- und E-Abfälle muss die Entsorgungsfirma mindestens als ‚Entsorgungs-Fachbetrieb‘ zertifiziert und zudem als für D- und E-Abfalltransport zugelassene Firma ausgewiesen sein. Praxen, die als Kleinmengenerzeuger gelten (weniger als zwei Tonnen pro Jahr), unterliegen nicht der Nachweis-, sondern nur der Registrierpflicht. Es müssen also lediglich die Übernahmescheine, die die Praxis bei der Abholung enthält, in Papierform gesichert werden.

### Fazit

Auch für chirurgische Praxen sollte gelten: An erster Stelle steht Abfallvermeidung, gefolgt vom Recycling! Auch Chirurgen sollten sich vor dem Hintergrund einer steigenden Ressourcenverschwendung und Vermüllung fragen, wie Müll vermieden werden kann. Es gibt zahlreiche Ideen wie etwa die ‚grüne Praxis‘ und Wettbewerbe zur umweltfreundlichen Umgestaltung von Praxen. Die Ideen können adaptiert werden. Offene Fragen sind beispielsweise, ob wirklich so viele Produkte einzeln verpackt sein müssen oder ob zunehmend Einmalprodukte gebraucht werden, wie sie von der Industrie angeboten werden.

Wenn Müll nicht vermeidbar ist, sollte so viel Abfall wie möglich stofflich verwertet, also recycelt werden. Durch Recycling kann der Verbrauch natürlicher Ressourcen geschont werden. Somit haben chirurgische Praxen die Möglichkeit, durch die Einhaltung der Regelungen erheblich zum Umweltschutz beizutragen. ◀



Foto: Pixabay

## Aktuelles zum Arztrecht vom BAO-Justiziar

# Datenschutz: Unbeabsichtigte Weitergabe von Nutzerdaten via Google Fonts

Wer Abmahnungen wegen Verstoß gegen die Datenschutzgrundverordnung vermeiden möchte, sollte auf seiner Website keine dynamischen Schriftarten aus dem Hause Google nutzen. Allerdings ist noch unklar, ob die aktuelle Abmahnwelle aufgrund der Nutzung von Google Fonts nicht gegen Treu und Glauben verstößt.

Von Dr. Sebastian Berg und Maximian Heilig

Viele Praxisinhaber haben in den vergangenen Monaten ein Abmahnschreiben von Patienten erhalten, deren Anwälten oder anderen angeblichen Besuchern ihrer Homepage. In den Schreiben machen die Verfasser gegenüber dem Praxisinhaber aufgrund der Einbindung von sogenannten ‚Google Fonts‘ auf der Homepage einen unzulässigen Eingriff in das allgemeine Persönlichkeitsrecht und damit eine Verletzung der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) geltend. Fast schon selbstverständlich verknüpfen sie diesen Verstoß mit einer Zahlungsaufforderung. Nach einigen ersten Schreiben dieser Art sind zudem weitere Varianten hiervon aufgetaucht und sorgen weiterhin für Verunsicherung in den Praxen.

Was steckt dahinter? Was muss befürchtet werden und vor allem: Muss gezahlt werden oder kann das Schreiben unbeachtet bleiben?

### Die Ausgangsentscheidung

Grundlage für die versandten Abmahnungen und Forderungsschreiben ist ein Urteil des Landgerichts (LG) München I von Anfang des ver-

gangenen Jahres (Urteil vom 20.1.2022 – Aktenzeichen 3 O 17493/20), in dem das Gericht einen unzulässigen Eingriff in das allgemeine Persönlichkeitsrecht von Homepagenutzern festgestellt hat, wenn bei Aufruf einer Webseite die dynamischen IP-Adressen der Nutzer aufgrund der Nutzung von Google Fonts durch den Webseitenbetreiber automatisch an Google weitergeleitet werden. Aufgrund des damit einhergehenden Kontrollverlusts über die an den Server von Google in den USA übermittelten Daten stelle dies – so das Landgericht München – in jedem Fall einen erheblichen Eingriff dar, der auch Ansprüche auf immateriellen Schadensersatz begründe.

### Dynamische Variante von Google Fonts ist problematisch

Die Entscheidung des LG München I bezieht sich auf den Google-Dienst ‚Google Fonts‘, dürfte aber auch auf sonstige Sachverhalte zutreffen, bei dem IP-Adressen ohne Zwischenschritt externen Dritten bekannt werden. Google Fonts stellt Anbietern von Webseiten eine breite Auswahl von Schriftarten für ihren Internetauftritt kostenlos zur Verfügung. Bei der dynamischen Variante für die Nutzung von



Google Fonts wird bei jedem Aufruf durch einen Webseitenbesucher eine Verbindung zum Google-Server aufgebaut und die entsprechende Schriftart wird von diesem zugeladen und ausgespielt. Hierbei wird bei jedem Verbindungsaufbau zum Google-Server mindestens die IP-Adresse des jeweiligen Webseitenbesuchers an Google übertragen.

### IP-Adresse ermöglicht Rückschlüsse auf die Person

Aus datenschutzrechtlicher Perspektive steht zunächst fest, dass IP-Adressen personenbezogene Daten darstellen und damit dem deutschen und europäischen Datenschutzrecht unterliegen – wenn dem Verantwortlichen die rechtlichen Mittel zur Verfügung stehen, über Zusatzinformationen von der IP-Adresse einen Rückschluss auf die natürliche Person zu ziehen. Entsprechende Vorgaben des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) wurden in den vergangenen Jahren immer wieder von verschiedenen Autoren in der einschlägigen datenschutzrechtlichen Fachliteratur diskutiert. Dies nahm auch das Landgericht München in dem vorgenannten Fall an.

Für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten benötigt der Webseitenbetreiber als Verantwortlicher daher eine Rechtsgrundlage nach Artikel 6 Absatz 1 der DSGVO. Liegt eine solche nicht vor – etwa eine Einwilligung nach Artikel 6 Absatz 1a DSGVO oder eine Rechtfertigung für die entsprechende Datenverarbeitung – ist eine (wenn auch unbewusste) Weitergabe an Dritte grundsätzlich unzulässig und damit untersagt.

### Google ist für das Sammeln von Nutzerdaten bekannt

Ein aufgrund dieses Verstoßes resultierender zivilrechtlicher Anspruch der Betroffenen – etwa auf Unterlassung der Datenweitergabe nach § 823 Absatz 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in Verbindung mit § 1004 BGB analog – ist daher dem Grunde nach möglich. Bei der unbefugten Weitergabe von personenbezogenen Daten kann daneben außerdem auch – wie im Fall, der dem Urteil des LG München I zugrunde lag – die Verletzung des informationellen Selbstbestimmungsrechts des betroffenen Webseitenbesuchers geltend gemacht werden, da nur die betroffene Person selbst über die Preisgabe und Verwendung ihrer personenbezogenen Daten bestimmen darf.

Daher kommt auch ein Schadensersatzanspruch nach Artikel 82 Absatz 1 DSGVO in Betracht. Das LG München I führt dazu aus, dass der mit der Übermittlung der IP-Adresse an Google – ein Unternehmen, das bekanntermaßen Daten über Nutzer sammelt – verbundene Kontrollverlust so groß sei, dass ein Schadensersatzanspruch gerechtfertigt sei. Die beklagte Webseitenbetreiberin wurde insofern verurteilt, an den Webseitenbesucher für den datenschutzrechtlichen Verstoß 100 Euro zu zahlen.

### Die Folgen der Entscheidung

Grundsätzlich folgt aus der Entscheidung die Empfehlung, derzeit keine dynamisch eingebundenen Google Fonts auf Websites zu verwenden. Stattdessen sollte die statische Variante von Google Fonts verwendet werden, bei der die Schriftarten durch den Server des Webseiten-

#### Dr. Sebastian Berg

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht,  
Lehrbeauftragter der Hochschule Hannover  
Zertifizierter Datenschutzbeauftragter  
KWM LAW PartG mbB

Albersloher Weg 10 c, 48155 Münster  
Tel.: 0251 53599-30, Fax: 0251 53599-10  
berg@kwm-rechtsanwaelte.de  
www.kwm-law.de



Foto: kwm

#### Maximian Heilig

Rechtsanwalt, KWM LAW

Albersloher Weg 10 c, 48155 Münster  
Tel.: 0251 53599-30, Fax: 0251 53599-10  
heilig@kwm-rechtsanwaelte.de  
www.kwm-law.de



Foto: kwm

betreibers bereitgestellt werden. Häufig kann dies durch kleine technische Änderungen umgesetzt werden, sodass die bestehende Webseite ohne großen Aufwand rechtssicher weiterverwendet werden kann.

Die vorgenannte Entscheidung des LG München I hat bereits dazu geführt, dass zahlreiche Anwaltsschreiben an Webseitenbetreiber versendet wurden, durch die die Webseitenbetreiber zur Zahlung von immateriellen Schadensersatz und Rechtsverfolgungskosten aufgefordert wurden. Die Anzahl der entsprechenden Anwaltsschreiben legt nahe, dass es sich hierbei um Personen und Rechtsanwaltskanzleien handelt, die gezielt das Internet nach Webseiten durchsuchen, die Google Fonts dynamisch eingebunden haben.

Dieses Vorgehen wirft die Frage auf, ob die Durchsetzung datenschutzrechtlicher Ansprüche in dieser speziellen Situation gegen Treu und Glauben verstößt. Dafür könnte sprechen, dass die Personen hinter den Abmahnungen absichtlich einen entsprechenden Datenschutzverstoß herbeiführen. Es erscheint unbillig, hierfür eine Entschädigung zuzusprechen. Da die Erstattung von Anwaltskosten als Rechtsverfolgungskosten mit dem Unterlassungs- und Schadensersatzanspruch verknüpft sind, wären diese bei Durchgreifen eines Einwandes ebenfalls nicht zu entrichten. Ob sich im Übrigen auch andere Gerichte der Auffassung des LG München I anschließen werden, bleibt vor den dargestellten Einwendungen abzuwarten.

### Die richtige Reaktion auf ein Anwaltsschreiben

Eine überlegte Reaktion nach Erhalt eines etwaigen Abmahnschreibens ist zur Prüfung des konkreten Einzelfalls unerlässlich, anwaltlicher Rat in jedem Fall empfehlenswert. Nur so lassen sich legitime von unberechtigten Forderungen unterscheiden. In jedem Fall lässt sich damit das Entstehen einer höheren Kostenlast oder die Nerven eines aufwendigen Gerichtsprozesses vermeiden. ◀

## Abrechnung

# Auszüge aus dem neuen Kompendium 'Der Kommentar zu EBM und GOÄ', Teil 9

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 die Anlage und Bewertung weiterer Spezialverbände.

- ▶ Nr. 217: Streckverband
- ▶ Nr. 218: Streckverband mit Nagel- oder Drahtextension
- ▶ Nr. 226 A: Gipshülse
- ▶ Nr. 226 B: bei Verwendung von Kunststoff
- ▶ Nr. 228 A: Gipsschienenverband Unterarm
- ▶ Nr. 228 B: bei Verwendung von Kunststoff
- ▶ Nr. 228 C: Gipsschienenverband Unterschenkel oder Gipsantoffel
- ▶ Nr. 228 D: bei Verwendung von Kunststoff

## Arbeitshinweise der UV-Träger

Gipsschienenverbände werden als ruhigstellende Verbände angelegt; sie beinhalten eine innere Polsterung, die nicht zusätzlich als weiterer Verband (z. B. nach Nr. 203 A) abgerechnet werden darf. Die Bezeichnungen ‚Scotchcast‘ oder ‚Softcast‘ zeigen an, dass es sich um einen starren Kunststoff-Verband (‚Kunststoff-Gips‘) – z. B. Nr. 228 B oder Nr. 237 B – handelt.

Die Wiederanlage einer vom D-Arzt angefertigten Gipsschiene nach Nummern 228 A bis 228 D ist nur mit der Gebühr nach Nr. 229 zu vergüten. Die Gebühr nach Nr. 238 kann nur berechnet werden, wenn ein Gips- oder Gipsschienenverband nach den Nummern 237 A bis 237 G wieder angelegt wurde. Vielfach werden Gipsschienen aus Kunststoff zunächst als zirkulärer Gips hergestellt, aufgeschnitten, um dann – mit einer elastischen Binde fixiert – als Schienen wieder angelegt zu werden. Dies entspricht der Versorgung einer Schiene und nicht der eines zirkulären Gipsverbandes.

Das gilt dann nicht, wenn ein zirkulärer Gipsverband bzw. Gips-tutor indiziert ist (z. B. zur Stabilisierung des Kniegelenks nach OP) und dieser aufgeschnitten werden muss (z. B. Spaltgips, gespaltener Unterschenkelsoftcast), um schwellungsbedingten Schädigungen vorzubeugen. Hier ist die Abrechnung der Nummern 230 G/H gerechtfertigt.



Foto: Pixabay

Verletzungen, die in der Regel keine Gipsschiene erfordern, sind folgende:

- ▶ Bei kleineren oder nur oberflächlichen Finger-Verletzungen (Schnittverletzungen ohne Gelenk- oder Sehnenbeteiligung, Schürfwunden, Prellungen, Verbrennungen, Verletzungen durch Holz- oder Metallsplitter) ist das Anlegen eines Unterarm-Gipsschienenverbandes regelmäßig nicht erforderlich. Das gilt nicht bei Entzündung der Wunde oder ausgedehnten Weichteilschädigungen.
- ▶ Auch bei Endglied- oder Nagelkranzfrakturen ohne Komplikationen ist eine Unterarm-Gipsschiene regelmäßig nicht erforderlich; insoweit reicht normalerweise ein kleiner Schienenverband (Nr. 210) aus.

Bei einer schweren Prellung des Handgelenks mit Schwellung ist ein Unterarm-Gipsschienenverband nach Nr. 228 A meist gerechtfertigt (insbesondere bei Verdacht auf Kahnbeinbruch). Bei einer Knieverletzung mit Verdacht auf Innenmeniskusläsion bzw. nach Punktion des Kniegelenks (Punktat: rein blutig) kann bis zur OP eine Gipsschiene zur Schmerztherapie bzw. zum Schutz indiziert sein. Eine Tutorschiene über ein Gelenk reicht dabei aus bzw. ist im Hinblick auf die Thrombosegefahr günstiger. Allerdings existiert für die Tutorschiene keine spezielle Gebührennummer. Die Abrechnung sollte über Nr. 228 C/D erfolgen. Soweit ein zirkulärer Gips-tutor angelegt wird, erfolgt die Abrechnung nach Nr. 230 G/H.

Nach den meisten arthroskopischen Kniegelenksoperationen (z. B. Meniskusresektion, Knorpelglättung usw.; Nummern 2189–2196) ist eine Gipsschiene nicht erforderlich und sogar kontraindiziert. Ein Kompressionsverband (Nr. 203A) reicht regelmäßig aus. Bei der Refixation, Reinsertion oder Naht von Meniskusgewebe sowie bei Kreuzbandplastiken ist dagegen nach der OP eine Ruhigstellung indiziert (siehe auch ausführliche Arbeitshinweise zu Nummern 2189 ff.).

### Kommentar

Auch hier gilt wie bei den vorherigen Nummern, dass bei Notwendigkeit ein Verband bzw. Kompressionsverband darunter angelegt und abgerechnet werden kann. Wichtig ist wie immer die entsprechende Dokumentation. Die Besonderen Kosten liegen bei den Nummern 228A, 228B und 228C beim niedergelassenen Arzt über den abrechenbaren Krankenhauskosten.

- ▶ Nr. 229: Gipsschienenverband bei Wiederanlage derselben nicht neu hergerichteten Schiene
- ▶ Nr. 230A: zirkulärer Finger- oder Zehengipsverband einschließlich Hand- oder Fußgelenk
- ▶ Nr. 230B: bei Verwendung von Kunststoff
- ▶ Nr. 230C: zirkularer Unterarmgips einschließlich Hand
- ▶ Nr. 230D: bei Verwendung von Kunststoff
- ▶ Nr. 230E: zirkulärer Gipsverband Unterschenkel einschließlich Fuß

### Arbeitshinweise der UV-Träger

Distorsionen der Sprunggelenke, ggf. mit knöchernen Absprengungen, oder Frakturen im Unterschenkelbereich gehen regelmäßig mit einer Schwellung des verletzten Bereichs einher. Für die Erstversorgung eignet sich daher in der Regel der zirkuläre (rundherum geschlossene) Gips nicht. Vielmehr ergibt sich für die Abschwelphase von meist acht bis zehn Tagen als Indikation nur eine Gipsschiene (Nr. 228C). Ein aufgeschnittener zirkulärer Liegegips ist nur bei eingerenkten Knochenbrüchen erforderlich. Damit lässt sich die eingerichtete Fraktur besser in ihrer Stellung halten.

- ▶ Nr. 230F: bei Verwendung von Kunststoff
- ▶ Nr. 230G: zirkulärer Gipstutor
- ▶ Nr. 230H: bei Verwendung von Kunststoff
- ▶ Nr. 231A: zirkulärer Gehgipsverband Unterschenkel mit Fuß
- ▶ Nr. 231B: bei Verwendung von Kunststoff
- ▶ Nr. 231C: zirkulärer Gehgipsverband für das ganze Bein
- ▶ Nr. 231D: bei Verwendung von Kunststoff

### 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

### Kommentar

Auch hier gilt wie bei den vorigen Nummern, dass bei Notwendigkeit ein Verband bzw. Kompressionsverband darunter angelegt und abgerechnet werden kann. Wichtig ist die entsprechende Dokumentation.

- ▶ Nr. 235A: zirkulärer Gipsverband des Halses einschließlich Kopfstütze – auch mit Schultergürtel
- ▶ Nr. 235B: bei Verwendung von Kunststoff
- ▶ Nr. 236A: zirkulärer Gipsverband des Rumpfes
- ▶ Nr. 236B: bei Verwendung von Kunststoff
- ▶ Nr. 237A: zirkulärer Gipsverband für den ganzen Arm

### Arbeitshinweise der UV-Träger

Nach einer operativen Entfernung des Schleimbeutels im Ellenbogengelenk (wegen Bursitis olecrani = Entzündung des Schleimbeutels über dem Ellenhaken) ist eine Gipsanlage nach Nr. 237A, ggf. mit Wiederanlage nach Nr. 238 angemessen. Eine Gipsschiene nach Nr. 228A wäre nicht ausreichend.

### Kommentar

Wie auch bei den vorherigen Nummern ist ein notwendiger Verband bzw. Kompressionsverband mit entsprechender Dokumentation neben dieser Nummer abrechenbar.

- ▶ Nr. 237B: bei Verwendung von Kunststoff
- ▶ Nr. 237C: zirkulärer Gipsverband für das ganze Bein
- ▶ Nr. 237D: bei Verwendung von Kunststoff\*
- ▶ Nr. 237E: großer Gipsschienenverband
- ▶ Nr. 237F: bei Verwendung von Kunststoff (Arm)
- ▶ Nr. 237G: bei Verwendung von Kunststoff (Bein)
- ▶ Nr. 238: Gipsschienenverband über wenigstens zwei große Gelenke (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) bei Wiederanlage derselben nicht neu hergerichteten Schiene
- ▶ Nr. 239A: zirkulärer Gipsverband Arm mit Schulter oder Bein mit Beckengürtel
- ▶ Nr. 239B: bei Verwendung von Kunststoff
- ▶ Nr. 240A: Gipsbett oder Nachtschale für den Rumpf
- ▶ Nr. 240B: bei Verwendung von Kunststoff
- ▶ Nr. 245: Quengelverband zusätzlich zum jeweiligen Gipsverband

### 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.



## Praxisteam

# Erkältungswelle: Was tun, wenn die Hälfte des Teams wegen Krankheit ausfällt?

Der Arbeitstag beginnt voller Motivation und Elan – doch dann klingelt das Telefon, und eine Kollegin nach der anderen meldet sich krank. Ein hoher Krankenstand kann ein einmaliges Ereignis sein. Tritt er jedoch öfter auf, gilt es, nach Ursachen zu fahnden und Strategien für Personalplanung und Praxisorganisation zu entwickeln.

Von Patricia Ley

Ein hoher Krankenstand, wie er in diesem Winter in vielen Unternehmen und damit auch in Arztpraxen zu beobachten ist, belastet das gesamte Team. Im Augenblick selbst kann man wenig tun, außer seine Angestellten zu motivieren, die Abläufe anzupassen und durchzuhalten. Doch wenn die akute Krise ausgestanden ist, darf man sich nicht zurücklehnen. Man sollte der Ursache auf den Grund gehen und analysieren, ob eine solche Situation vermeidbar gewesen wäre. Im Folgenden möchte ich Ihnen einige Hinweise mit auf den Weg geben, die ihnen helfen können, solche Situationen zu vermeiden.

## Praxisorganisation bei hohem Krankenstand

**1. Wer krank, ist bleibt zu Hause.** Kranke Teammitglieder sind weniger konzentriert und produktiv. Krankheiten können sogar chronifizieren, wenn sie nicht richtig auskuriert werden. Die Folge sind noch mehr Krankheitstage. Zu viel Druck auf gesunde Beschäftigte und unzureichende Problemlösungen können zu Frust und Belastungen führen. Aber auch Patientinnen und Patienten werden gefährdet durch kranke Medizinische Fachangestellte (MFA). Ihr Immunsystem ist in der Regel durch Erkrankungen, Verletzungen oder Operation geschwächt. Und nicht zu vergessen gilt, dass auch gesunde Mitarbeitende angesteckt werden können. Kranke Angestellte haben das Recht, sich auszukurieren – wie alle anderen Patientinnen und Patienten auch. Wenn die Krankmeldung kommt, gilt es folgende Punkte zu beachten:

- ▶ Klare Regeln einhalten (sollten zuvor aufgestellt und dem gesamten Praxisteam mitgeteilt werden),
- ▶ Objektiv bleiben,
- ▶ Gute Besserung wünschen,
- ▶ Motivation und Unterstützung bei der Genesung (bei längerfristigen Erkrankungen).

**2. Strategische Personalplanung, um Engpässe vorauszuahnen.** Um eine Praxisschließung und somit wirtschaftliche Verluste zu vermeiden, ist eine strategische Planung unverzichtbar. Angestellte, die

ständig an ihrer Belastungsgrenze arbeiten, sind häufig krank oder wechseln schnell den Arbeitsplatz. Die strategische Personalplanung beginnt mit einer Ist-Analyse. Dieser Schritt bezieht viele Aspekte der Praxisorganisation mit ein. Ein häufiger Fehler ist es, von Auszubildenden oder anderen noch nicht vollständig qualifizierten Kräften zu erwarten, sie könnten eine Arbeitskraft ersetzen. Auch Urlaubs- und eventuelle Krankheitstage müssen im Rahmen der Ressourcenplanung berücksichtigt werden. Auf die Ist-Analyse folgt die Personalbeschaffung. Sie beginnt mit dem Verfassen von Stellenanzeigen, der Vorbereitung von Stellenbeschreibungen und Arbeitsverträgen. Steht das Team, erfolgt die Personalplanung mit zahlreichen organisatorischen Elementen. Erst dann kommen wir zur Personalentwicklung und -führung. Diese dynamischen Prozesse unterliegen ständigen Veränderungen. Doch sie bilden einen Grundstein zur Vermeidung eines Kollaps.



Foto: Pixabay

**3. Ressourcen sinnvoll einsetzen.** Das Praxispersonal ist eine wertvolle Ressource im Unternehmen. Umso wichtiger ist es, diese Ressource sinnvoll einzusetzen. Aus dem Qualitätsmanagement kennen wir hierzu einige nützliche Hilfsmittel, etwa Dienst- und Funktionspläne, nach denen Teammitglieder gemäß ihren Qualifikationen und Kompetenzen eingesetzt werden. Aber auch Arbeitsprozesse, die organisiert und zeitlich realistisch geplant werden. Pufferzeiten können einen vollen Terminkalender entzerren und dafür sorgen, dass Nacharbeiten zeitnah erfolgen. Vor allem aber ermöglichen sie Pausen, um neue Kräfte zu sammeln. Ab einer Arbeitszeit von sechs Stunden ist im Arbeitszeitgesetz §4 eine Pause von 30 Minuten vorgeschrieben. Überstunden sollten generell vermieden werden, um eine Mehrbelastung zu vermeiden. Bei erhöhtem Krankenstand ist es manchmal unabdingbar, die Sprechzeiten zu kürzen, um unverhältnismäßige Überstunden oder nicht realisierbare Mehrarbeit zu verhindern. Klassifizieren Sie die zu erledigenden Aufgaben nach Dringlichkeit und Wichtigkeit – hierbei können unter Umständen auch digitale Tools

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

helfen. Vor allem aber ist es sinnvoll, das Praxisteam bei Problemen und Entscheidungsfindungen mit ins Boot zu holen und konstruktive Ideen einzubeziehen.

**4. Erste-Hilfe-Kasten.** Reicht die Personalstärke tatsächlich akut nicht aus, um den Praxisbetrieb aufrecht zu halten, kann man ggf. auf Zeitkräfte zurückgreifen. Man muss sich allerdings bewusst sein, dass diese nur eine begrenzte Hilfe darstellen, da sie nicht in die Praxisabläufe eingearbeitet sind. Es gibt auch freiberufliche MFA oder MFA im Ruhestand, die im Krankheitsfall als Ersatz einspringen können. Diese müssen jedoch schon vorher akquiriert und eingearbeitet werden, um bei akut hohem Krankheitsstand effektiv einspringen zu können.

**5. Motivation.** Zufriedene Angestellte sind motivierter, auch in Krisensituationen mehr zu leisten. Der Grundstein hierfür ist eine offene und wertschätzende Kommunikation. Tools der Motivation begründen sich in Mitarbeitergesprächen und -befragungen, Leistungsbeurteilungen oder aber in Teambesprechungen. Die Arbeit eines erkrankten Teammitglieds zu übernehmen, führt zur Unzufriedenheit bei den verbliebenen MFA. Vor allem, wenn dies ein sich wiederholendes Phänomen ist und die entsprechende Wertschätzung ausbleibt. Eine hohe Fluktuation trägt zur Überlastung bei. Denn neue Teammitglieder müssen eingearbeitet werden und binden zunächst auch die Ressourcen der altgedienten Praxisangestellten. Aber auch unfreundliche, vielleicht sogar aggressive Patientinnen und Patienten können zur Unzufriedenheit beitragen. Wer auf die Bedürfnisse des Teams eingeht, kann Angestellte eher langfristig an den Arbeitsplatz binden.

**Strategien zur Vermeidung**

Vorausschauende Personalplanung geht über die Bewältigung akuter Personalengpässe hinaus:

- ▶ Strategische Personalplanung,
- ▶ Ressourcenschonende Planung,
- ▶ Digitalisierung integrieren,
- ▶ Arbeitsprozesse und Abläufe organisieren,
- ▶ Vorbildfunktion,
- ▶ Über Herausforderungen offen sprechen und nach Lösungen suchen,
- ▶ Anerkennung und Wertschätzung im gesamten Team,
- ▶ Gesundes Arbeitsumfeld schaffen, Arbeitssicherheit wahren,
- ▶ Gesundheitsprävention anbieten.

Fortbildung: Termine für das Praxisteam

**20. März 2023, Live-Webinar**

**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 555792550, info@meduplus.de, www.meduplus.de

**25. März – 25. Juli 2023, Stuttgart**

**20. Mai – 24. Juni 2023, Köln**

**Fachzertifikat – Ambulantes Operieren für Medizinische Fachangestellte und Medizinisches Assistenzpersonal**

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

**21. April – 6. Mai 2023, Webkonferenz**

**Lehrgang Geprüfte/r Datenschutzkoordinator/in**

40-Stunden-Lehrgang, Inhalte u. a.: Gesundheitsdatenschutz, DSGVO, Schweigepflicht, Telematik, Homepage, Clouddienste, Archivierung, Praxisübernahme  
 Information und Anmeldung:  
 Bildungswerk für Gesundheitsberufe, Anne Gerlach  
 Tel.: 0561 20864815, anne.gerlach@bildungswerk-gesundheit.de  
 www.bildungswerk-gesundheit.de

**8. Mai 2023, Tuttlingen**

**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 555792550  
 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

**Einstieg jederzeit möglich, Online**

**Zertifizierter Fernlehrgang Hygiene-/Sterilgutbeauftragte(r) in Arztpraxen**

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



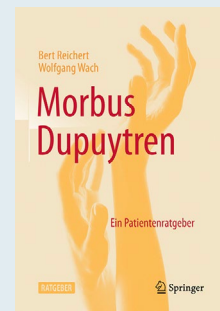
**Rausch, T. und Sannwaldt B.-D.: Verknackst, verschluckt, verbrannt.** Hamburg: Junior Medien Verlag, 2022. 192 Seiten, kartoniert, 18,95 Euro



**Janda, C.: Medizinrecht.** München: UVK Verlag, 2022. 5. Auflage, 433 Seiten, kartoniert, 34,90 Euro



**Nyszkiewicz, R.: DRG-Handbuch für die Handchirurgie.** Heidelberg, medhochzwei Verlag, 2022. 4. Auflage, 121 Seiten, kartoniert, 24,99 Euro



**Reichert, B. und Wach, W.: Morbus Dupuytren.** Berlin: Springer Verlag, 2022. 176 Seiten, kartoniert, 22,99 Euro

## Verknackst, verschluckt, verbrannt

Das Baby greift in den kochend heißen Brei. Das Kleinkind steckt sich die Erbse zu tief in die Nase. Die Tochter sticht sich mit einem Ast ins Auge. Der Sohn knallt auf dem Trampolin mit seinem Kumpel zusammen. Unfälle dieser Art gehören zum Familienalltag dazu. Der erste Impuls vieler Eltern: Ab in die Klinik! Dabei handelt es sich bei einer überwältigenden Mehrheit der Verletzungen gar nicht um echte Notfälle. Die Folge: Viele Notaufnahmen sind überlastet, die Nerven aller Anwesenden zum Zerreißen gespannt.

Genau das wollen die Autoren dieses Patientenratgebers, die auch auf Instagram unter @diekinderchirurgen über typische Kinder-Notfälle aufklären, ändern. Sie nehmen sich die häufigsten Verletzungen und Unfälle im Kindesalter vor und erklären leicht verständlich, was Eltern zu Hause als Erste-Hilfe-Maßnahmen tun können, um ihr Kind bestmöglich zu versorgen – und wann man sich auf jeden Fall doch auf den Weg ins Krankenhaus machen sollte.

**Fazit:** Das Buch ist eine lohnenswerte Empfehlung für Eltern, damit diese lernen, ihrem eigenen Urteilsvermögen und Bauchgefühl zu vertrauen – und nicht immer gleich den Rettungsdienst zu rufen.

## Medizinrecht

Das Medizinrecht berührt neben dem Öffentlichen Recht auch das Zivil- sowie Strafrecht. Die fünfte, überarbeitete und erweiterte Auflage des vorliegenden Buches stellt die Querschnittsmaterie vor: Die Autorin geht auf das Recht der gesetzlichen Krankenkassen, das ärztliche Berufsrecht und die Rechtsbeziehungen zwischen Angehörigen der Heilberufe sowie Patientinnen und Patienten ein. Auch das Vertragsarztrecht, die Leistungserbringung durch Krankenhäuser sowie die Versorgung mit Arzneimitteln und das Heil- und Hilfsmittelrecht stellt sie dar, ebenso wie das Arzthaftungsrecht und die strafrechtliche Verantwortlichkeit von Ärztinnen und Ärzten.

Die Neuauflage berücksichtigt auch die aktuelle Gesetzgebung, etwa zum Digitale Versorgung-Gesetz und dem im Zuge der Corona-Pandemie erweiterten Infektionsschutzgesetz. Daneben werden auch zentrale Fragen aus der jüngsten Rechtsprechung erörtert, darunter der sogenannte Triage-Beschluss des Bundesverfassungsgerichts und Entscheidungen zum assistierten Suizid.

**Fazit:** Das Werk bietet einen kompakten Einstieg in die medizinrechtliche Querschnittsmaterie, holt dabei Neulinge und Fortgeschrittene gleichermaßen ab und ist deshalb nicht nur für Juristinnen und Juristen geeignet.

## DRG-Handbuch für die Handchirurgie

Auf dem Gebiet der Handchirurgie trifft der Grundgedanke des DRG-Systems – ‚ein Fall, eine Diagnose, eine Prozedur‘ – nur ausnahmsweise zu. Denn die komplexeren handchirurgischen Fälle erfordern in der Regel eine komplexe Versorgung, die nicht mit einer Prozedur alleine abzubilden ist. Einfache Fälle hingegen fallen oft unter die Vorschriften für das ambulante Operieren und können nur ausnahmsweise stationären Bedingungen versorgt werden.

Das vorliegende Buch zeigt direkt am Fall die wichtigsten Aspekte der DRG-Abrechnung im Fachgebiet Handchirurgie auf. Dabei werden die Grundlagen dargestellt und anhand konkreter Kodierbeispiele die verschiedenen Verschlüsselungsmöglichkeiten Schritt für Schritt erläutert. Die neu bearbeitete Auflage beschreibt erneut das Konfliktpotenzial von MDK-Prüfungen und zeigt anhand konkreter Beispiele Lösungsmöglichkeiten auf.

**Fazit:** Das kompakte Büchlein kann Interessierte dabei unterstützen, den Blick für das Wesentliche im Dschungel der Verschlüsselung zu schärfen und möglichst sinnvoll und einheitlich korrekt zu verschlüsseln.

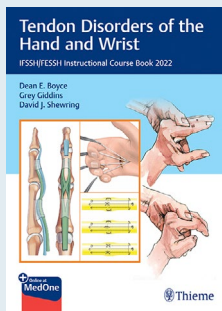
## Morbus Dupuytren

Wird aus meiner Dupuytren-Erkrankung eine Kontraktur? Muss ich mich operieren lassen oder gibt es auch andere Behandlungen? Kann ich vorbeugen? Fragen wie diese stellen sich viele Patientinnen und Patienten, bei denen ein Morbus Dupuytren diagnostiziert wurde.

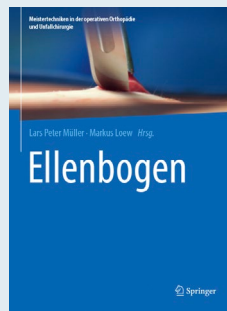
Der vorliegende Ratgeber wendet sich an Betroffene und interessierte Menschen, die sich ein eigenes Bild von der Erkrankung machen wollen. Denn schließlich sind Patientinnen und Patienten immer dann mit dem Ergebnis ihrer Behandlung besonders zufrieden, wenn sie von Anfang an umfassend und verständlich über die Natur der Erkrankung informiert, an der Suche nach der passenden Therapie beteiligt und anschließend kompetent weiterbetreut werden. Auch wenn das Buch natürlich kein sorgfältiges ärztliches Gespräch mit entsprechender Untersuchung und Beratung ersetzt, kann es doch viele zentrale Fragen übersichtlich und kompakt beantworten. Neben der Perspektive des Arztes werden auch Erwartungen und Erfahrungen von Patientinnen und Patienten dargestellt.

**Fazit:** In der ärztlichen Sprechstunde ist die Zeit oft begrenzt – umso besser, wenn Handchirurginnen und -chirurgen ihren Patientinnen und Patienten seriöse Ratgeberliteratur wie dieses Buch empfehlen können.





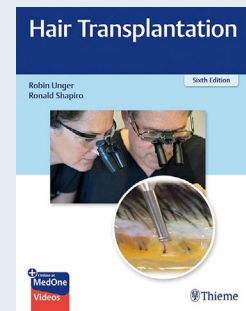
**Boyce, D.E. et al.: Tendon Disorders of the Hand and Wrist.** Stuttgart, Thieme Verlag, 2022. 308 Seiten, gebunden, 129,99 Euro



**Müller, L.P. und Loew, M. (Hg.): Ellenbogen.** Berlin: Springer Verlag, 2021. 346 Seiten, gebunden, 149,99 Euro



**Werner, J.A. et al. (Hg.): Green Hospital.** Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2022. 276 Seiten, kartoniert, 69,95 Euro



**Unger, R. und Shapiro, R.: Hair Transplantation.** Stuttgart: Thieme Verlag, 2023. 6. Auflage. 671 Seiten, gebunden, 274,99 Euro

## Tendon Disorders of the Hand and Wrist

Das chirurgische Management von Sehnenerkrankungen an Hand und Handgelenk ist ein besonders anspruchsvoller Aspekt der Handchirurgie. Das vorliegende, von international renommierten Handchirurgen herausgegebene englischsprachige Lehrbuch wurde als Begleittext für einen entsprechenden Kurs im Rahmen des gemeinsamen Kongresses der Fachgesellschaften IFSSH, FESSH und IFSHT verfasst.

Das Buch beschreibt anatomische sowie epidemiologische Grundlagen, traumatische Verletzungen der Streck- und Beugesehnen, Enthesiopathien, Infektionen und Entzündungen, pädiatrische Indikationen sowie Sehnen- und Nerven-Transfers. Die einzelnen Kapitel schildern jeweils ausführlich Pathogenese, Diagnose und das chirurgische bzw. nicht-chirurgische Management. Alle Kapitel sind reich bebildert bzw. mit Schemazeichnungen versehen. Der Inhalt des Buches steht ohne weitere Kosten digital in der Wissensplattform eRef zur Verfügung (Zugangscode im Buch).

**Fazit:** Ein gut strukturiertes und anschauliches Lehr- und Referenzwerk, das handchirurgisch Tätige bei ihrer täglichen Arbeit begleitet.

## Ellenbogen

Die operativen Konzepte am Ellenbogengelenk haben sich in den letzten Jahren schnell weiterentwickelt: Arthroskopische und offene Operationsverfahren sind eingeführt und teilweise standardisiert worden. Damit steigt nicht nur die Häufigkeit, sondern auch die Komplexität der Eingriffe an diesem Gelenk. Gerade bei Luxationen, Luxationsfrakturen und daraus resultierenden Instabilitäten sind die Kenntnisse über Pathomechanismen und Schädigungsmuster rasant gestiegen.

Das vorliegende Lehrbuch will Unfallchirurgen und Orthopäden beim Umgang mit der komplexen Pathologie des Ellenbogens unterstützen und ihnen helfen zu erkennen, wo konservativ gute Ergebnisse zu erzielen sind und wo die Operation der einzige Weg zu einem funktionierenden und stabilen Ellenbogen ist. Als praktischer Operationsleitfaden erleichtert er die schnelle präoperative Planung und Durchführung der jeweiligen Prozedur. Dabei legen die Autorinnen und Autoren den Schwerpunkt auf standardisierte Methoden, die im traumatologischen und orthopädischen Indikationsspektrum vergleichsweise häufig angewendet werden können.

**Fazit:** Vom akuten Trauma bis zu posttraumatischen Zuständen schildert der OP-Leitfaden ein breites Spektrum operativer Konzepte am Ellenbogen.

## Green Hospital

Neben der Digitalisierung ist die Dekarbonisierung die größte Herausforderung unserer Gesellschaft und zunehmend auch der Medizin. Bis heute ist es im tradierten Selbstverständnis von Gesundheitseinrichtungen ein zentraler Grundgedanke, mit gleichsam unbegrenztem Ressourceneinsatz den Menschen zu helfen. Doch es wird zunehmend klar, dass auch Gesundheitseinrichtungen das Thema Nachhaltigkeit nicht länger ausklammern können.

Das vorliegende Buch will dazu beitragen, dass die Medizin ihre Kernaufgabe nicht nur intelligenter und menschlicher, sondern vor allem auch umweltverträglicher erfüllt. Es versteht sich als Kompendium, Ratgeber, Mutmacher und damit Wegbereiter einer nachhaltigen Medizin. Neben Konzepten und Methoden zur Ressourcenschonung im Krankenhaus schildert das Buch auch Best-Practice-Beispiele für nachhaltigeres Wirtschaften.

**Fazit:** Die Optimierung oder Neugestaltung von Prozessen für mehr Nachhaltigkeit kann dazu beitragen, dass Kliniken und andere Gesundheitseinrichtungen nicht nur ökologisch, sondern auch ökonomisch besser aufgestellt sind.

## Hair Transplantation

Die Wiege der modernen Haartransplantation steht im Japan der 1930er Jahre. Meilensteine der Entwicklung in den folgenden Jahrzehnten waren die Punch-Methode, das Mini- und Micrografting und die Transplantation follikulärer Einheiten (FUE). Angesichts von immer mehr Männern, die sich mit ihrer androgenen Alopezie nicht abfinden mögen, aber auch der wachsenden Bedeutung von Geschlechtsangleichungen bei transidenten Menschen bleibt die Haartransplantation weiterhin ein Wachstumsmarkt.

Die nunmehr sechste Auflage des vorliegenden Standardwerks bietet einen umfassenden Überblick über den aktuellen State of the Art bei der Haartransplantation. Die Autorinnen und Autoren schildern die Vor- und Nachteile der verschiedenen chirurgischen und nicht-chirurgischen Methoden, bewerten jüngste Kontroversen, beschreiben Prozeduren sowie Instrumentarium und fassen die aktuelle wissenschaftliche Evidenz auf dem Gebiet zusammen. Mehr als 1.000 farbige Abbildungen veranschaulichen die Lehrinhalte. Über einen im Buch enthaltenen Code erhalten Leserinnen und Leser Zugang zu einem Portal mit 31 begleitenden OP-Videos.

**Fazit:** Ein übersichtliches und anschauliches Standardwerk, das neben handwerklich-praktischen u. a. auch medikolegale Aspekte behandelt.

## Februar 2023

2.–3. 2. 2023, Berlin

**Hygiene in Zeiten von Klimawandel, Pandemien, Naturkatastrophen und Kriegen****Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V.**

Themen u. a.: Sicherstellung von medizinischer Versorgung, medizinischer Diagnostik, ausreichendem medizinischen Bedarf und sanitären Strukturen, Stand der Vorbereitungen, Defizite bei der Vorbereitung auf Katastrophen

Information und Anmeldung:

Congress Compact 2C GmbH, Luisa Göde

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

10.–11. 2. 2023, Nürnberg

**Bundeskongress Chirurgie 2023**

Themen u. a.: Unfallchirurgie (Kindertraumatologie, Ellenbogen, Hand-, Schulter und Kniegelenk), Chirurgie der Körperoberfläche, Gefäßchirurgie, Fußchirurgie, Herniensymposium, Robotik, sektorenverbindende Versorgung, metabolische Chirurgie, ambulante Anästhesie, Proktologie

Information und Anmeldung:

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg GmbH

Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg, Miriam Quanz

Tel.: 0911 39316-39, Fax: 0911 39316-20, quanz@mcn-nuernberg.de

www.bundeskongress-chirurgie.de

24.–25. 2. 2023, Berlin (Hybrid-Event)

**Ortho Trauma Update 2023****14. Orthopädie-Unfallchirurgie-Update-Seminar**

Themen u. a.: Endoprothetik, Schulter/Ellenbogen, septische Chirurgie, Arthrose, Schmerztherapie, Pseudarthrose, konservative Orthopädie und Unfallchirurgie, Verletzungen obere und untere Extremitäten, Tumororthopädie, plastische Defektdeckung, Kinderorthopädie, Fuß- und Sprunggelenk

Information und Anmeldung:

wikonect GmbH, Hagenauer Straße 53, 65203 Wiesbaden, Tel.: 0611 204809-0

Fax: 0611 204 809-10, https://ortho-trauma-update.com

## März 2023

10.–11. 3. 2023, Mainz (Hybrid-Event)

**Chirurgie Update 2023****15. DGAV-Chirurgie-Update-Seminar**

Themen u. a.: Ösophagus/Magen, gastrointestinale Onkologie, Robotik und KI, Notfälle in der Chirurgie, endokrine und metabolische Chirurgie, Antibiotikaphylaxe, Dünn- und Dickdarm, Gastroenterologie, HPB-Chirurgie, Leberchirurgie, Hernien, Proktologie

Information und Anmeldung:

wikonect GmbH, Hagenauer Straße 53, 65203 Wiesbaden, Tel.: 0611 204809-0

Fax: 0611 204809-10, https://chirurgie-update.com

16.–18. 3. 2023, München

**49. Deutscher Koloproktologen-Kongress**

Themen u. a.: Kolon-Karzinom-Update, robotische Chirurgie: Hype or Help, funktionelle Beckenboden-Chirurgie, Proktologie

Information und Anmeldung:

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg GmbH

Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg, Anne-Christine Veith, Tel.: 0911 39316-16

Fax: 0911 39316-56, veith@mcn-nuernberg.de, www.koloproktologen-kongress.de

24.–25. 3. 2023, Berlin (Hybrid-Event)

**Chirurgie Update 2023****15. DGAV-Chirurgie-Update-Seminar**

Themen u. a.: Ösophagus/Magen, gastrointestinale Onkologie, Robotik und KI, Notfälle in der Chirurgie, endokrine und metabolische Chirurgie, Antibiotikaphylaxe, Dünn- und Dickdarm, Gastroenterologie, HPB-Chirurgie, Leberchirurgie, Hernien, Proktologie

Information und Anmeldung:

wikonect GmbH, Hagenauer Straße 53, 65203 Wiesbaden, Tel.: 0611 204809-0

Fax: 0611 204809-10, https://chirurgie-update.com

24.–25. 3. 2023, Mannheim

**EDZ-Kurs: Anorektale Endosonographie**

Information und Anmeldung:

Deutsches End- und Dickdarm-Zentrum Mannheim

Bismarckplatz 1, 68165 Mannheim, Tel.: 0621 123475-10, Fax: 0621 123475-12

edz-akademie@enddarm-zentrum.de

31. 3.–1. 4. 2023, Bonn (Hybrid-Event)

**29. Bonner Venentage**

Themen u. a.: Ulcus cruris, pelvine venöse Insuffizienz, tiefe und oberflächliche Thrombose, Therapie der Varikose, Lipödem, Lymphödem, Kompressionstherapie, Fallvorstellungen

Information und Anmeldung:

wikonect GmbH, Hagenauer Straße 53, 65203 Wiesbaden, Tel.: 0611 204809-0

Fax: 0611 204 809-10, https://bonnervenentage.de

## April 2023

17.–19. 4. 2023, Tuttlingen

**Trainingskurs Laparoskopische Gynäkologie**

Information und Anmeldung:

Aesculap-Akademie, Tamara Werner

Tel.: 07461 95-1582, Fax: 07461 95-2050, tamara.werner@aesculap-akademie.de

https://germany.aesculap-academy.com

18.–20. 4. 2023, virtuelles Event

**140. Deutscher Chirurgen Kongress DCK.digital 2023**

Motto: Gemeinsam lernen und heilen

Themen u. a.: Robotik, VR und KI, Onkologie, Infektionen, Lehre in der Chirurgie, Konzepte bei seltenen Erkrankungen, endoskopische Therapie, kinderchirurgische Forschung, Trauma und Regeneration, bariatrische Chirurgie

Information und Anmeldung:

wikonect GmbH, Hagenauer Straße 53, 65203 Wiesbaden, Tel.: 0611 204 809-0

Fax: 0611 204 809-10, dck@wikonect.de, https://dck2023.de

22. 4. 2023, Freiburg

**Aktuelle Koloproktologie**

Themen u. a.: Ernährungsempfehlungen in der Gastroenterologie, chronische Diarrhoe, perianale Blutungen, Pilonidalsinus, postpartale Beckenbodenschädigungen, chirurgische Rekonstruktion nach weiblicher Genitalverstümmelung

Information und Anmeldung:

MCE Medical Congresses &amp; Events, Gabriele Sponholz

Tannenring 52, 65207 Wiesbaden, Tel.: 0160 84 59 502, gs@mce.info

www.kolo-freiburg.de

26.–28. 4. 2023, München

**140. Deutscher Chirurgen Kongress 2023**

Motto: Gemeinsam lernen und heilen

Themen u. a.: Entscheidungsfindung bei älteren Patienten, Weichteilinfektionen, Nachwuchsförderung, konturwiederherstellende Eingriffe nach Adipositaschirurgie, Alterstraumatologie, Tabuthema Gewalt, septische Chirurgie, Handchirurgie, Gerinnungsmanagement, digitale Chirurgie, Varizenchirurgie, chronische Wunden, Shuntchirurgie, CED, Ambulantisierung, Wandel von Krankenhausstrukturen

Information und Anmeldung:

wikonect GmbH, Hagenauer Straße 53, 65203 Wiesbaden, Tel.: 0611 204 809-0

Fax: 0611 204 809-10, dck@wikonect.de, https://dck2023.de

27.–29. 4. 2023, Düsseldorf

**Deutscher Anästhesiekongress (DAC) 2023**

Motto: 70 Jahre DGAI – Fortschritt aus Tradition

Information und Anmeldung:

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg GmbH

Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg, Franziska Giese

Tel.: 0911 39316-21, Fax: 0911 39316-78, giese@mcn-nuernberg.de

www.dac-congress.de

**Mai 2023**

7. 5. 2023, Berlin (Hybrid-Event)

**Aktuelle Proktologie**

Themen u. a.: Knoten und Risse in der Analregion, Hämorrhoiden (operative Standardverfahren, neue Leitlinien, Radiofrequenzablation), Management von Kolonpolypen, Proktitis bei CED, rezeptiver Analverkehr: Zwischen Lust und Libido, Proktotraumatologie, Darmhypnose

Information und Anmeldung:

MCE Medical Congresses & Events, Gabriele Sponholz

Tannenring 52, 65207 Wiesbaden, Tel.: 0160 84 59 502, gs@mce.info

www.aktuelle-proktologie.de

12.–13. 5. 2023, Mannheim

**EDZ-Kurs: Proktologische Operationen – Viszeralchirurgie Kompakt**

Information und Anmeldung:

Deutsches End- und Dickdarm-Zentrum Mannheim

Bismarckplatz 1, 68165 Mannheim, Tel.: 0621-123475-10, Fax: 0621-123475-12

edz-akademie@enddarm-zentrum.de

26. 5. 2023, Wittenberg

**Wittenberger Symposium für Chirurgie**

Leitthema: Komplikationsmanagement in der Viszeralchirurgie (kolorektale Chirurgie, HPB, Magen/Ösophagus), my worst case – Ich traue mich, geführte Postersession

Information und Anmeldung:

MCE Medical Congresses & Events, Gabriele Sponholz

Tannenring 52, 65207 Wiesbaden, Tel.: 0160 84 59 502, gs@mce.info

www.chirurgie-symposium-wittenberg.de

**Juni 2023**

15.–17. 6. 2023, Nürnberg

**35. Internationaler Kongress der Deutschen Ophthalmochirurgie (DOC)**

Information und Anmeldung:

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg GmbH

Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg, Alena Welnhöfer, Tel.: 0911 39316-57

Fax: 0911 39316-20, welnhoefer@mcn-nuernberg.de

www.doc-nuernberg.de

21.–23. 6. 2023, Berlin

**Innovations in Coloproctology  
7th Live-OP Session and Symposium**

Themen u. a.: Laparoscopic CME for right colon cancer, sphincter repair, hemorrhoids and prolaps, microbiome, sigmoid flap, fat graft for fecal incontinence, video-assisted proctology, decision making in surgery

Information und Anmeldung:

MCE Medical Congresses & Events, Gabriele Sponholz

Tannenring 52, 65207 Wiesbaden, Tel.: 0160 8459502, gs@mce.info

www.coloproctology-waldfriede.com

25.–28. 6. 2023, Stuttgart

**74. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie DGNC**

Themen u. a.: Neuroonkologie, pädiatrische Neurochirurgie, vaskuläre Neurochirurgie, Schädelbasischirurgie, innovative Technologien, funktionelle Neurochirurgie, periphere Nerven, Management von Komplikationen, Neurotrauma und Intensivmedizin

Information und Anmeldung:

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH

Sandra Thoß und Franziska Niepel, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena

dgnc-kongress@conventus.de, www.dgnc-kongress.de

**Juli 2023**

15. 7. 2023, Mannheim

**EDZ-Basiskurs: Proktologie**

Information und Anmeldung:

Deutsches End- und Dickdarm Zentrum Mannheim, Frau Siegl

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

edz-akademie@enddarm-zentrum.de

19.–21. 7. 2023, München (Hybrid-Event)

**VBC 2023 100. Jahrestagung  
Vereinigung der Bayerischen Chirurgen**

(Programm folgt)

Information und Anmeldung:

wikonect GmbH, Hagenauer Straße 53, 65203 Wiesbaden, Tel.: 0611 204809-0

Fax: 0611 204809-10, info@wikonect.de, https://vbc-jahrestagung.de

**September 2023**

9. 9. 2023, Mannheim

**EDZ-Kurs: Anorektaler M. 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

Schnell noch anmelden: **Bundeskongress Chirurgie 2023**



Vom **10. bis 11. Februar 2023** findet in Nürnberg der nächste Bundeskongress Chirurgie statt. Sämtliche Informationen zu Programm, Teilnahmegebühren und Anmeldung siehe:

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



## Ambulantes Operieren

# Der Bau eines ambulanten OP-Zentrums – ein komplexes Projekt

Ambulante OP-Zentren sind heute längst moderne Gesundheitsunternehmen, die den hohen medizinischen Anforderungen gerecht werden, profitabel wirtschaften und in Krisensituationen flexibel reagieren müssen, betont Firma Getinge mit Blick auf ein aktuelles Whitepaper zur Planung von ambulanten OP-Zentren. Egal ob Neubau, Umbau oder Anbau – die zukünftige Lösung muss auf die Behandlungsschwerpunkte und auf die betrieblichen und finanziellen Bedürfnisse der Einrichtung zugeschnitten sein.

Die Weichen für einen funktionierenden und wirtschaftlich erfolgreichen OP-Betrieb werden zu Beginn gestellt und sind für die Gewährleistung eines optimalen Workflows aus Projektentwicklung und Inbetriebnahme essenziell. Dazu gehören Ziele und strategische Ausrichtung, Zeitplan, Budget und Finanzierung sowie Verantwortlichkeiten, rechtliche Fragen und Qualitätssicherung. OP-Planung und zukünftige Arbeitsabläufe bedürfen besonderer Aufmerksamkeit, damit diese im Tagesbetrieb reibungslos umgesetzt werden können.

Fehleinschätzungen in der Planungsphase können sich maßgeblich auf Baukosten und Wirtschaftlichkeit des gesamten Betriebes auswirken. Alternative Szenarien sowie die realitätsechte 3D-Visualisierung von Raumdesign, Personal und Geräten veranschaulichen die Arbeitsabläufe und erleichtern die Entscheidungsfindung. Ein verbindlicher

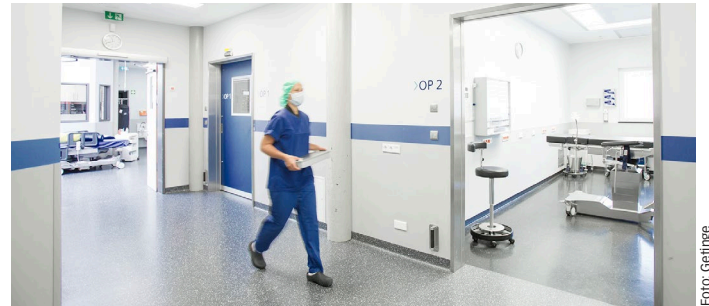


Foto: Getinge

Installationsplan unterstützt die zügige Inbetriebnahme. Anwenderschulungen verkürzen die Anpassungszeit und stärken das Vertrauen.

Den Weg bis zum ambulanten OP-Zentrum sollte man nicht allein gehen. Individuell maßgeschneiderte Konzepte eines erfahrenen Partners, der alles aus einer Hand liefert, schaffen die richtigen Rahmenbedingungen, reduzieren das Planungsrisiko und geben Sicherheit. Flexible Finanzierungsmodelle und Nutzungsverträge mit monatlichen Raten erhalten die Liquidität.

**Link zum Download:** [Whitepaper ‚Wegweiser zum ambulanten OP-Zentrum: Wie Sie Projektentwicklung, Planung und Inbetriebnahme optimal gestalten‘](https://www.getinge.com/ambulantes-operieren)  
[www.getinge.com/ambulantes-operieren](https://www.getinge.com/ambulantes-operieren)

## Wundheilung

# Hohe Abheilraten mit Kaltplasma auch bei therapierefraktären Wunden



Foto: Coldplasmatech

Kaltes Plasma inaktiviert nachweislich heilungshemmende Keime – darunter auch solche, die gegen gängige Antibiotika resistent sind. Außerdem fördert es das Wachstum von Blutgefäßen sowie die Gewebedurchblutung und regt die Wundheilung an. Darauf weist das Unternehmen Coldplasmatech hin, das sich diese Wirkung in dem Plasmagerät CPT®patch zunutze macht, welches mit einer Quote von über 70% auch therapierefraktäre Wunden zur Abheilung bringt. Die Behandlung erfolgt in CPT.Plasma.Kompetenz.Zentren, ist für den Patienten schmerzarm, wird per Einzelverordnung bzw. Rezept verordnet und ist erstattungsfähig.

Anders als andere Anbieter auf dem Markt für chronische Wunden konzentriert sich Coldplasmatech auf die Heilung und Beseitigung der Grundursache der Wunde. „Wir wollen nicht, dass die Menschen mit ihren Wunden besser leben. Wir wollen nicht, dass die Menschen mit diesen Wunden behandelt werden. Wir wollen, dass diese Wunden heilen“, erklärt CEO Dr. Carsten Mahrenholz. Als weitere herausragende Faktoren, die das CPT®patch von älteren tragbaren Plasmageräten unterscheiden, nennt das Unternehmen die schnellere, freihändige, optimale Behandlung, Sicherheit und Zuverlässigkeit. Aus diesem Grund sieht es das Produkt nicht nur als dem derzeitigen Standard der Wundheilung überlegen an, sondern auch als solide Grundlage für das neu entstehende Gebiet der Plasmamedizin.

Auf dem Markt für moderne Wundversorgung werden hohe Umsätze mit stabilisierenden Produkten erzielt. Stattdessen sollten vielmehr wirksamere Technologien gefördert werden, wobei allerdings nicht der wirtschaftliche Nutzen, sondern der für den Patienten im Mittelpunkt stehen sollte. „Wir behandeln Menschen und keine Geschäftsfälle. Einige Unternehmen scheinen das zu vergessen“, mahnt Mahrenholz. Innovative Technologien wie die Kaltplasmatherapie sollten allen Patienten mit chronischen Wunden zugänglich gemacht werden.

**Kontakt:** [www.coldplasmatech.com](https://www.coldplasmatech.com)

Bitte einsenden an den

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

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

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



oder indem Sie diesen QR-Code scannen.

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

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

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

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

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

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

## Gendermedizin

# Individuelle Therapie berücksichtigt auch Unterschiede zwischen den Geschlechtern

Foto: Pixabay

Die Münchener Gefäßchirurgin Dr. Kerstin Schick hat mit ‚Venusvenen‘ einen Ratgeber verfasst, der Frauen mit den Besonderheiten ihres Gefäßsystems vertraut machen soll. Der Bedarf an Aufklärung ist groß. Aus ihrer Sicht sollten auch in der Gefäßmedizin geschlechterspezifische Besonderheiten in den Praxisalltag integriert werden.

Interview: Antje Thiel

Dr. Kerstin Schick ist seit fast zehn Jahren in ihrer phlebologischen Praxis in München tätig und behandelt Männer und Frauen mit Gefäßproblemen oder Gefäßfragestellungen. Sie weiß: Frauen haben einen anderen Blickwinkel auf ihren Körper, stellen teilweise ganz andere Fragen, weil ihnen andere Themen wichtig sind. Außerdem spielen hormonelle Veränderungen im Leben von Frauen eine große Rolle und haben auch gravierenden Einfluss auf ihre Gefäße.

Das Thema ‚Gendermedizin‘ existiert nun schon seit über 30 Jahren. Muss man im Jahr 2023 wirklich noch immer auf diese Aspekte hinweisen oder ist die geschlechterspezifische Behandlung nicht längst Teil unseres medizinischen Alltags?

**Schick:** Es stimmt, dass die Gendermedizin tatsächlich schon ein ‚alter Hut‘ ist. Hat doch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits in den 1980er Jahren damit begonnen, sie zu thematisieren. Sie wurde in den nachfolgenden Jahrzehnten auch immer populärer. Und eigentlich sollten heute frisch approbierte Ärztin oder Ärzte wissen, dass es unabdingbar ist, den Einfluss des Geschlechts in der Prävention, der Diagnostik und Therapie in jedem Fachbereich zu berücksichtigen.

Der aktuell gelebte Alltag der Medizin sieht allerdings nach wie vor anders aus. Je nach Fachrichtung wird auf die Frage des Geschlechtes

im Praxisalltag kaum Rücksicht genommen. Und auch Forschungsschwerpunkte berücksichtigen die Aspekte der Gendermedizin selten vorrangig. Dabei spielen bei der Behandlung des Menschen neben biologischen Faktoren des Geschlechts auch unterschiedliche psychosoziale Betrachtungsweisen bezüglich des eigenen Körpers, der Erkrankung und des Genesungsprozesses eine entscheidende Rolle. Obwohl es viele erfreuliche Ausnahmen gibt, ist es weiterhin dringend notwendig über eine geschlechterspezifische Medizin zu diskutieren und zu forschen.

Als einer der entscheidenden Faktoren in der Gendermedizin gelten hormonelle Einflüsse. Wie wirken sich weibliche Hormone auf die Gefäßgesundheit aus?

**Schick:** Weibliche Sexualhormone, allen voran das Östrogen, haben einen großen Einfluss auf unsere Gefäße. Sie wirken zum einen auf die Elastizität der Gefäße: Venen werden erweitert, der Blutfluss verlangsamt, sie können die Entstehung der Varikose beeinflussen, Ödeme provozieren, das Thromboserisiko verstärken. Östrogen hat daneben aber auch einen gefäßprotektiven Effekt, der dazu beiträgt, dass Frauen vor der Menopause deutlich seltener arterielle Durchblutungsstörungen entwickeln.



**Sind die gefäßchirurgischen Leitlinien und Behandlungsschemata deshalb bei Frauen eigentlich obsolet? Braucht es geschlechtsspezifische Leitlinien?**

**Schick:** Das ist eine sehr berechtigte Frage. Ich persönlich bin davon überzeugt, dass wir eine differenzierte Ausarbeitung unserer medizinischen Leitlinien unter Berücksichtigung geschlechterspezifischer Besonderheiten erarbeiten werden. Nicht nur in der Gefäßchirurgie, sondern in allen Fächern. Die Grundlage hierfür bilden die bisherigen und zukünftigen Forschungsarbeiten. Wir müssen dabei die richtigen Fragen stellen, um auf diesem Weg voranzukommen. Hätte in der Automobilbranche niemals jemand hinterfragt, ob der Airbag eigentlich auch für Frauen perfekt funktioniert oder nur dem männlichen Crashtest-Dummy angepasst wurde, würden noch heute hauptsächlich Männer von der Aufprallschutzvorrichtung profitieren.

**Bei welchen konkreten Indikationen zeigen sich bei Frauen andere Symptome und Krankheitsverläufe als bei Männern?**

**Schick:** In der Gefäßmedizin gibt es einige interessante Fragestellungen, die sich bei Frauen und Männern unterscheiden, wie zum Beispiel die Thematik der Thrombose. Bei Frauen spielt der Einfluss der Hormone ja eine viel größere Rolle, sei es unter hormoneller Kontrazeption, peripartal oder unter Hormonersatztherapie zur Behandlung ihrer Wechseljahresbeschwerden: In all diesen hormonell beeinflussten Lebensphasen durchläuft die Frau ein deutlich erhöhtes Risiko für ein thrombembolisches Ereignis. Keines davon erlebt der männliche Patient.

Ein weiteres interessantes Gebiet stellt außerdem die periphere arterielle Verschlusskrankheit (paVK) dar. Insgesamt entwickeln signifikant mehr Männer als Frauen eine paVK. Wenn man aber die Alters-einteilungen differenziert betrachtet, dann gibt es Altersgruppen, in denen die Frauen die Männer zahlenmäßig sogar überholen. Vor den Wechseljahren profitieren Frauen von der gefäßprotektiven Wirkung des Östrogens. Nach Durchlaufen des Klimakteriums hat sich der Hormonstatus der Frau verändert, und der Effekt des Gefäßwandschutzes lässt

Dr. Kerstin Schick ist Fachärztin für Gefäßchirurgie und Phlebologie und engagiert sich berufspolitisch u. a. als Vorsitzende des Berufsverbands der Phlebologen, in der Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Gefäßchirurgen und Gefäßmediziner, der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie. Sie ist auch Präsidiumsmitglied im Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO).



Foto: Schick

nach. Wenn Frauen dann noch Raucherinnen sind oder mit Hypertonie, Diabetes oder Hypercholesterinämie leben, wird es auf einmal sehr wahrscheinlich, dass sich eine Arteriosklerose bzw. eine Verschlusskrankheit entwickelt. Gerade diese Patientinnen benötigen daher eine optimale medikamentöse Betreuung und Aufklärung.

**Wie geht es Ihren Patientinnen damit, dass sie anders behandelt werden als männliche Patienten?**

**Schick:** Das Ziel einer geschlechterspezifischen Medizin sollte nicht sein, Frauen bewusst zu machen, dass sie unterschiedlich behandelt werden. Entscheidend ist grundsätzlich immer die individuelle Behandlung und den einzelnen Menschen wahrzunehmen, egal ob Patient oder Patientin.

**Wie steht es um die Akzeptanz gendermedizinischer Aspekte bei den (gefäß)chirurgischen Kolleginnen und Kollegen?**

**Schick:** Erfahrungsgemäß können meine weiblichen Kolleginnen mit dem Thema geschlechterspezifische Medizin deutlich mehr anfangen als meine männlichen Kollegen. Vielleicht verstehen Ärztinnen diese Aspekte deshalb besser, weil sie sich selbst als Patientinnen auch mal in der gleichen Situation wiederfinden.

Ich treffe aber auch auf viele Männer, die das Thema Gendermedizin aufgreifen wollen und sich für die Aspekte interessieren. Wichtig ist zu betonen, dass es nicht darum geht, Frauen zu bevorteilen. Gendermedizin heißt, für alle – also auch für die Männer – eine individuell passende Medizin zu betreiben, die auch geschlechterspezifische Gesichtspunkte beinhalten sollte – bei Männern genauso wie bei Frauen.

**Was hat Sie bewogen, ein Ratgeberbuch zum Thema zu schreiben?**

**Schick:** Viele Patientinnen kommen mit großer Unsicherheit und Fehlinformationen in die Praxis. Da gibt es übermäßige Ängste genauso wie das Ignorieren ernstzunehmender Symptome. Schuld ist nicht selten ‚Doktor Google‘, der die Frauen in die Irre führt. Ich hatte vor einem Jahr daher den Wunsch, die Erfahrungen aus meiner täglichen Patientinnenbetreuung in einem Buch niederzulegen und damit auch jene Frauen zu erreichen, die sich nicht in meiner Praxis vorstellen. Es geht dabei darum, Ängste im Zusammenhang mit Gefäßerkrankungen abzubauen, aber auch die Leserin zu informieren und zu sensibilisieren für die eigenen Beinprobleme, Tipps und Tricks aus dem Alltag zu vermitteln und die Frauen in ihren Bedürfnissen zu erkennen.

Über das Buch: **Gesunde, starke und schöne Frauenbeine**

Für viele Frauen sind ihre Beine eine Problemzone. Krampfadern, Besenreiser, kalte Füße, Schweregefühl oder Schmerzen belasten sie. Gleichzeitig gelten für Beine besondere Schönheitsideale, die nicht alle Frauen erfüllen. In ihrem Ratgeberbuch nimmt die Autorin ihre Leserinnen mit auf eine Reise durch das Gefäßsystem und schildert an konkreten Beispielen, warum Frauenbeine anders sind als Männerbeine – und welche Diagnostik und Therapie sie benötigen. ‚Venusvenen‘ erscheint am 24. Februar 2023 im Bastei Lübbe Verlag und kostet als Taschenbuch 18 Euro.



## Kindertraumatologie

# Verletzungen der Wachstumsfugen bei Frakturen im Kindesalter

Bei der Therapie kindlicher Knochenbrüche sind lokalisations- und altersspezifische Korrekturgrenzen genauso zu beachten wie mögliche resultierende Wachstumsstörungen. Diese lassen sich aber auch durch strahlenintensive Zusatzdiagnostik oder eine Osteosynthese nicht immer sicher vermeiden. Weniger ist daher oft mehr.

Von Julia Scholsching und Dr. Karl Bodenschatz

Bei der Versorgung kindlicher Frakturen stellt das wachsende Skelett eine Besonderheit in der Diagnostik und Therapie dar und verlangt genaue Kenntnisse altersspezifischer Normalbefunde und Korrekturmöglichkeiten. Das Längenwachstum des Kindes birgt das Potenzial zur Korrektur von Fehlstellungen, die im Adoleszenten- und Erwachsenenalter nicht tolerabel wären. Gleichzeitig besteht bei Verletzungen der Wachstumsfuge das Risiko von Wachstumsstörungen mit möglichen kosmetischen und funktionellen Einschränkungen.

## Die Wachstumsfuge

Die Wachstumsfuge besteht aus zwei funktionellen Zonen: Epiphyse und Metaphyse (siehe Abb. 1). Das Längenwachstum erfolgt durch Proliferationsvorgänge in der Epiphyse, während in der Metaphyse die Ossifikation durch Mineralisation der Knorpelzellen erfolgt. Beide Schichten sind durch eigene Gefäßsysteme versorgt. Insbesondere die Epiphyse zeigt eine gute Perfusion, weshalb es gerade im Kleinkindesalter zu Empyemen und Osteomyelitiden durch hämatogene Dissemination im Fugbereich kommt. Im klinischen Alltag werden Fugen-

frakturen meist noch nach Salter-Harris klassifiziert (siehe Abb. 2). Eine zunehmend gebräuchliche Einteilung erfolgt gemäß AO- oder Li-La-Klassifikation [1, 2].

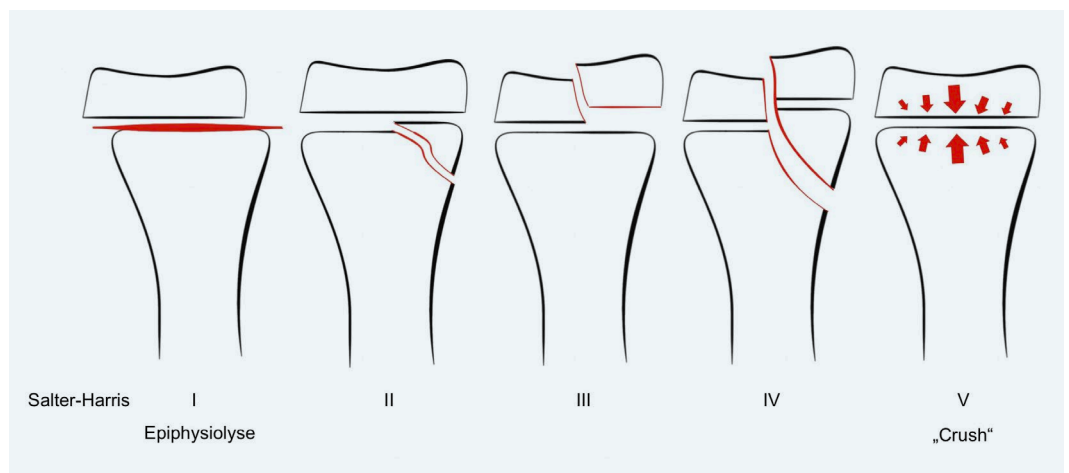
Im klinischen Alltag überwiegen die Salter-II-Frakturen mit häufig mehr oder weniger groß ausgeprägtem metaphysären Keil. Epimetaphysäre Salter-IV-Frakturen und rein epiphysäre Salter-III-Frakturen sind definitionsgemäß Gelenkfrakturen und betreffen deutlich häufiger die untere Extremität. Eine Ausnahme der Salter-Klassifikation bilden die epiphysären Frakturen des distalen Humerus. Diese werden in Condylus radialis-, Condylus ulnaris- und bikondyläre Humerusfrakturen eingeteilt.

Der Anteil am Längenwachstum ist bis auf den Unterschenkel nicht symmetrisch auf die proximale und distale Fuge des jeweiligen langen Röhrenknochens verteilt (siehe Abb. 3). Daher werden im klinischen Alltag die Wachstumsfugen in Bezug auf ihr Wachstums- und Korrekturpotenzial in niedrig- und hochprozentige Fugen eingeteilt. Hochprozentige oder hochpotente Fugen ermöglichen eine größere Korrektur von Fehlstellungen im Rahmen des Wachstums, sind aber auch anfälliger für relevante Wachstumsstörungen.



Abb. 1 und 2: Scholsching

**Abb. 1:** Wachstumsfuge des oberen Sprunggelenkes



**Abb. 2:** Einteilung der Fugenverletzungen nach Salter-Harris

Der Zeitpunkt des Fugenschlusses ist lokalisations-, alters- und geschlechtsabhängig. Der Fugenschluss erfolgt bei Mädchen statistisch früher als bei Jungen. Niedrigpotente Fugen erfahren einen früheren Fugenschluss als hochpotente Fugen.

### Korrekturpotenzial und Wachstumsstörungen bei fugennahen Frakturen

Je jünger das Kind, umso größer ist das Korrekturpotenzial insbesondere fugennahe Verletzungen. Frakturen der Epimetaphyse werden bezüglich belassener Fehlstellungen meist besser korrigiert als Schaftfrakturen. Ziel der Fuge ist, im Rahmen des knöchernen Remodelings eine Senkrechtstellung zur Belastungsebene durch ungleichmäßiges Längenwachstum zu erreichen. Durch Reparaturvorgänge an der Fraktur selbst findet ein ungezieltes Längenwachstum im Sinne einer posttraumatischen stimulativen Wachstumsstörung statt. Die Nähe der Frakturen zur Wachstumsfuge birgt neben den Korrekturmöglichkeiten jedoch auch das Risiko der Wachstumsstörung.

Während stimulative Wachstumsstörungen physiologische Reparaturvorgänge im Rahmen der Frakturheilung betreffen, sind hemmende Wachstumsstörungen direkte Folge des Traumas der epimetaphysären Gefäßversorgung oder indirekte Folge einer Beschleunigung des physiologischen Fugenschlusses. In beiden Fällen verknöchert die Fuge frühzeitig. Sie führen prinzipiell zu einer Verkürzung der betroffenen Extremität.

Das Korrekturpotenzial, aber auch die Ausprägung von Wachstumsstörungen und deren klinische Relevanz sind jedoch erheblich vom Alter des Kindes zum Zeitpunkt der Verletzung und der prozentualen Beteiligung der jeweiligen Fuge am Längenwachstum abhängig. In der kindertraumatologischen Literatur finden sich bezüglich der Altersgrenzen und zu erwartenden Wachstumsstörungen meist Altersangaben um das zehnte Lebensjahr. Vor dem zehnten Lebensjahr kommt es häufiger zu stimulativen Wachstumsstörungen, während ab dem zehnten Lebensjahr die hemmenden Wachstumsstörungen zunehmen.

Je näher das Kind zum Zeitpunkt der Fraktur am physiologischen Fugenschluss ist, desto geringer ist der klinische Einfluss einer hem-

#### Julia Scholsching

Fachärztin für Kinderchirurgie  
Oberärztin an der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie  
Klinikum Nürnberg Süd  
Breslauerstr. 201  
90471 Nürnberg  
julia.scholsching@klinikum-nuernberg.de



Foto: Klinikum Nürnberg / Jasmin Szabo

#### Dr. Karl Bodenschatz

Facharzt für Kinderchirurgie  
Chefarzt und Leiter der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie  
Klinikum Nürnberg Süd  
Breslauerstr. 201  
90471 Nürnberg  
karl.bodenschatz@klinikum-nuernberg.de



Foto: Klinikum Nürnberg / Jasmin Szabo

menden Wachstumsstörung. Gleichzeitig nimmt das Potenzial für Spontankorrekturen belassener Fehlstellungen ab.

Klinisch relevanter sind partielle Wachstumsstörungen, bei denen es zu einem partiellen Fugenschluss oder einer partiellen Stimulation der Fuge mit konsekutivem Fehlwachstum der jeweiligen Achse kommt. Bei der Fraktur des Condylus radialis humeri kommt es zu einem radialen Mehrwachstum mit möglicher Varusfehlstellung, während es bei den epimetaphysären Frakturen der proximalen Tibia (siehe Abb. 4) durch eine Stimulation des medialen Frakturspaltes zu einem zunehmenden Valgus des Unterschenkels kommt.

Bezüglich der Lokalisation der betroffenen Fuge finden sich altersunabhängig interessanterweise hemmende Wachstumsstörungen an der unteren Extremität häufiger als an der oberen Extremität. Gleichzeitig haben daraus resultierende Längendifferenzen an der unteren

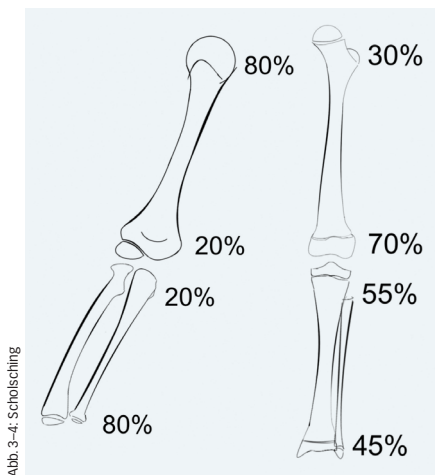


Abb. 3-4: Scholsching

Abb. 3: Prozentuale Verteilung der Wachstumsfugen am Längenwachstum



Abb. 4: proximal metaphysäre Tibiafraktur eines dreijährigen Mädchens

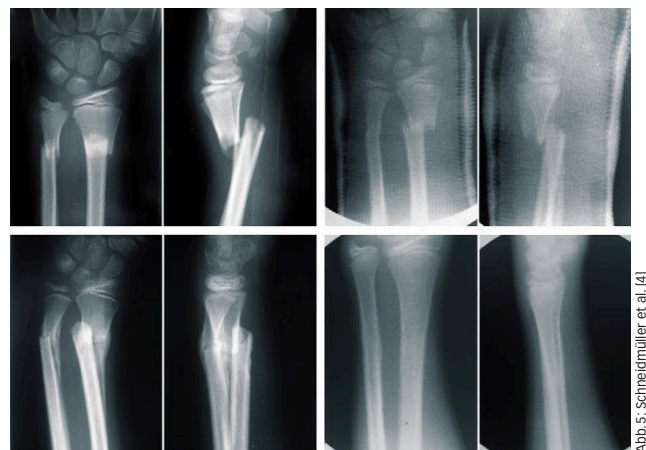


Abb. 5: Remodeling einer ausgeprägten Dislokation einer distalen metaphysären Unterarmfraktur eines neunjährigen Mädchens bis zwei Jahre posttraumatisch [4]

Abb. 5: Schneidmüller et al. [4]



Extremität aufgrund der statischen Belastung eine größere klinische Relevanz. Achsabweichungen werden in der Hauptbewegungsebene eher korrigiert als in der Frontalebene und der Varus besser als eine Valgusfehlstellung [3].

### Besondere Fugenverletzungen

Dank des Korrekturpotenzials des wachsenden Skelettes können Kinder Frakturen mit selbst klinisch ausgeprägter Fehlstellung im Rahmen des Wachstums zum Teil vollständig remodeln. Eindrückliche Beispiele zeigt die gerne zitierte ‚Hawaii-Studie‘ [4] (siehe Abb. 5). Allerdings gibt es fünf Frakturtypen, die bei mangelnder Erfahrung in der Beurteilung kindlicher Röntgenbilder zu einer inadäquaten Therapie und ausgeprägten kosmetischen und funktionellen Einschränkungen führen können:

- ▶ Fraktur des Condylus radialis,
- ▶ suprakondyläre Humerusfraktur mit Rotationsfehler,
- ▶ Monteggia-Frakturen oder isolierte Radiusköpfchenluxationen,
- ▶ proximale metaphysäre Tibiafraktur,
- ▶ Fraktur des Malleolus medialis.

Zudem treten bei beginnendem Fugenschluss die sogenannten Übergangsfrakturen auf, welche fast ausschließlich an der distalen Tibia zu finden sind und eine charakteristische Frakturmorphologie aufweisen (siehe Abb. 6 und 7). Definitionsgemäß handelt es sich dabei immer um Gelenkfrakturen. Der epiphysäre Frakturverlauf kann jedoch im konventionellen Röntgenbild insbesondere bei geringer Dislokation übersehen und die Fraktur als eine Salter-II-Fraktur der Tibia gewertet werden. Da sich der epiphysäre Frakturanteil meist in der Hauptbelastungszone des oberen Sprunggelenkes findet, kann es bei übersehener Fraktur im Verlauf theoretisch zu Früharthrosen kommen [5].

### Therapie der Fugenverletzungen

Bei der Entscheidung zur konservativen oder operativen Therapie können kindertraumatologische Standardwerke mit altersentspre-

chenden Dislokationsgrenzen für die einzelnen Lokalisationen im klinischen Alltag hilfreich sein. Grundsätzlich gilt es in der Entscheidungsfindung, mögliche Spontankorrekturen einzubeziehen und das Risiko von Wachstumsstörungen zu minimieren. Die frühzeitige Konsolidierung verkürzt die Dauer stimulativer Wachstumseffekte.

Salter-II-Frakturen mit mehr oder weniger groß ausgeprägtem metapophysären Keil neigen auch nach erfolgreicher geschlossener Reposition zur sekundären Dislokation und sollten dann einer Osteosynthese zugeführt werden. Reine Epiphysenlösungen gemäß Salter I sind aufgrund der großen queren Frakturfläche häufiger durch eine geschlossene Reposition und Gipstherapie adäquat zu behandeln.

Epiphysäre oder epimetaphysäre fugenkreuzende Frakturen mit Beteiligung der Gelenkfläche unterliegen strengeren Dislokationsgrenzen. Insbesondere die partiell hemmende Wachstumsstörung soll damit reduziert werden, um die Ausbildung des sogenannten Brückenkallus zu vermeiden. Dabei bildet sich ein fugenüberbrückender Kallus zwischen Epi- und Metaphyse im Sinne eines partiellen Fugenschlusses. Kallusbrücken durch traumabedingte Nekrosen können auch mit regelrechter Osteosynthese nicht immer vermieden werden. Eine explizite Aufklärung der Eltern insbesondere bei Frakturen des distalen Femurs und der proximalen Tibia ist daher obligat.

In Abhängigkeit vom Frakturtyp sind fugenkreuzende Osteosynthesen nicht immer zu vermeiden. Dabei sollte auf ein wiederholtes Korrigieren des Osteosynthesematerials zur ‚Perfektionierung‘ des intraoperativen Röntgenbildes verzichtet werden. Eine Ausnahme stellen die Übergangsfrakturen der distalen Tibia dar. Da definitionsgemäß der Fugenschluss nahezu vollständig ist, haben mögliche hemmende Wachstumsstörungen keine Relevanz mehr und die Osteosynthese kann unproblematisch fugenkreuzend erfolgen.

### Beispiel der Wachstumsstörungen: Fraktur des Condylus radialis

Dieser Frakturtyp tritt meist um das sechste Lebensjahr herum auf und gehört zu den epiphysären Frakturen am distalen Humerus. Je



Abb. 6-7: Schölsching

**Abb. 6 und 7:** Triplane-I-Fraktur eines 13-jährigen Mädchens im Röntgen und CT



**Abb. 8:** Fraktur des Condylus radialis eines fünfjährigen Jungen



**Abb. 9:** Pseudarthrose des Condylus radialis mit Bildung einer ‚Fischschwanzdeformität‘ bei einem achtjährigen Jungen



Abb. 10: Varusfehlstellung eines neunjährigen Jungen nach Fraktur des Condylus radialis



Abb. 11: Valgusfehlstellung eines elfjährigen Jungen

Abb. 10-11: Scholtsching

kleiner das Kind ist, desto schwieriger kann bei nur minimaler Dislokation des Fragmentes und noch geringer Ossifikation des distalen Humerus im konventionellen Röntgenbild die Diagnose sein. Frakturen mit minimaler oder mit initial grober Dislokation stellen jedoch meist – sofern eine adäquate Immobilisation oder Osteosynthese erfolgt ist – selten ein Problem dar. Da aufgrund der geringen Ossifikation des distalen Humerus die Fraktur im Röntgen jedoch nicht immer vollständig in ihrem Verlauf bis zum Gelenkspalt verfolgt werden kann, gibt es eine risikobehaftete Subgruppe der Condylus radialis Fraktur: die sogenannte ‚hanging fracture‘, bei der der mediale Anteil des knorpeligen Condylus noch fixiert und stabil ist (siehe Abb. 8). Verläuft die Fraktur zentral im noch knorpeligen Anteil in den Gelenkspalt, kann eine prinzipiell instabile Situation bestehen. Beide Frakturformen sehen im ersten Röntgenbild jedoch primär gleich aus. Daher ist eine frühzeitige Stellungskontrolle um den fünften Tag nach Fraktur zum Ausschluss einer sekundären Dislokation obligat. Andernfalls besteht das Risiko der Zunahme von Wachstumsstörungen oder einer Pseudarthrosenbildung (siehe Abb. 9).

In diesem Falle ist zur ausreichenden Kompression der Fraktur vor allem im artikulären Bereich die Schrauben- und Kirschnerdrahtosteosynthese ab einer zentralen Dislokation von > 2 mm indiziert. Wir weisen jedoch darauf hin, dass es auch bei adäquater Diagnostik und Therapie zu einer passageren Stimulation der Fuge mit konsekutiver Varisierung der Armachse kommen kann (siehe Abb. 10). Bei einer Pseudarthrose hingegen kommt es zu einer Valgusdeformität (siehe Abb. 11).

## Zusammenfassung

Wir sehen im klinischen Alltag häufig den Wunsch der ‚erwachsenengerechten‘ Versorgung von Frakturen im Kindesalter. Daraus resultieren zum Teil unnötige invasive Maßnahmen, zu lange Immobilisationszeiten und eine übermäßige Strahlenexposition. Wachstumsstörungen lassen sich dadurch jedoch nicht sicher vermeiden. Die Entscheidung für strahlenintensive Zusatzdiagnostik oder eine Osteosynthese wird von den Behandelnden oft einfacher getroffen und zum Teil auch von Eltern eher getragen als das empfundene ‚Nichtstun‘. Im kindertraumatologischen Alltag ist ein ‚Mehr‘ jedoch nicht immer äquivalent mit einem ‚Besser‘, auch wenn gut durchgeführte, aber unnötige Maßnahmen sicher seltener gerechtfertigt werden müssen. Es sollte jedoch immer das Kind und seine Bedürfnisse berücksichtigt werden.

Kindliche Frakturen stellen den Behandelnden vor die besondere Herausforderung, individuelle Therapieentscheidungen unter Berücksichtigung des wachsenden Skelettes treffen zu müssen. Dabei sind die Kenntnisse der lokalizations- und altersspezifischen Korrekturgrenzen genauso erforderlich wie eine Einschätzung möglicher resultierender Wachstumsstörungen.

### Literatur

Zu den Literaturverweisen gelangen Sie online über den Kurzlink <https://tinyurl.com/CMBD107> bzw. indem Sie den nebenstehenden QR-Code scannen.





Sie haben  
eine Wunde,  
die nicht  
verheilen  
will?



Unser Ziel: Die Heilung Ihrer Wunde.  
Unsere Lösung: Neue Individualtherapie zur Wundbehandlung.

### Ihre Vorteile:

- ✓ Über Rezept erstattungsfähig.
- ✓ Behandlung zweimal pro Woche nur 2 Minuten.
- ✓ Erste sichtbare Erfolge bereits nach 2 Wochen möglich.

Rufen Sie uns an, wir beraten Sie gerne!  
**Hotline: + 49 3834 8863711**  
E-Mail: [info@coldplasmatech.de](mailto:info@coldplasmatech.de)

**COLDPLASMATECH**.com