Heft 113 | Dezember 2024 | ISSN 2509-5609 | Preis 12 Euro

CHIRURGENMAGAZIN

BAO Depesche

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

ORTHOPÄDISCHE RHEUMATOLOGIE

Gemeinsam gegen Schmerzen: Vorgehen bei Patientinnen und Patienten mit rheumatischen Vorerkrankungen

Erste Facharztpflicht
Weiterbildung

Aktuelle Aspekte
Regresse

BAO Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V.

INHALT

04 BNC
Leitartikel BNC
Willkommen in der neuen Welt des Chirurgen Magazin / BAO Depesche

06 BAO
Leitartikel BAO
Zeitgemäße Transformation: das neue hybride Magazinformat

08 BAO
Mitmachen bei der Weiterbildung ist erste Facharztpflicht

10 BNC
Unterschätztes Potenzial: Hybrid-DRGs öffnen Chirurginnen und Chirurgen in der Niederlassung neue Türen

11 BNC
Leitartikel BNC
Orthopädische Rheumatologie

15 BNC
Eine subjektive Darstellung aktueller Aspekte der derzeitigen Regresssituation

18 BNC
Krankenhausreform: Gericht bestätigt weiten Spielraum bei der Ambulantisierung

20 BAO
Ein Erfahrungsbericht: Kooperation zwischen Krankenhaus und vertragsärztlicher Anästhesiepraxis

22 ANC
ANC Westfalen-Lippe: Bericht zum Kongress in Dortmund

23 ANC
Rückblick: Thüringer orthopädisch-unfallchirurgisches Symposium in Weimar

24 BNC
Kooperationspartner Helmsauer

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 6d, 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, buero@bao.berlin, www.operieren.de, www.op-netzwerk.de

Redaktionskollegium und wissenschaftlicher Beirat:
Jan Henniger, Frankfurt
Dr. Christian Deindl, Nürnberg
Dr. Frank Sinning, Nürnberg
Dr. Axel Neumann, München
Dr. Ralf Lippert, Bremen
Dr. Jörg Hennefründ, Oldenburg
Dr. Karsten Becker, Hannover
Jörg Hohmann, Hamburg
Dr. Ralf Großbölting, Berlin

Agentur, Anzeigen, Vertrieb, Grafik und Layout:
JS Deutschland GmbH, Hugh-Greene-Weg 2, 22529 Hamburg
www.jsdeutschland.de,
Projektleitung JS Deutschland: Nadine Schlömer
nas@jsdeutschland.de, Telefon 048404398

Druck:
Laub KG · drucken & binden, www.laub.de, info@laub.de

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

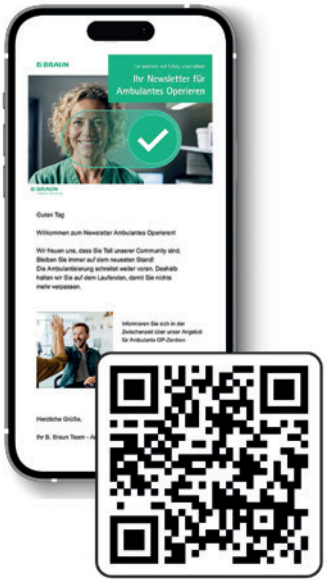
Urheberrechte:
Alle in dieser Zeitschrift erscheinenden Beiträge sind urheberrechtlich geschützt und dürfen nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Agentur, des Berufsverbandes Niedergelassener Chirurgen Deutschland e.V. und des Bundesverbandes Ambulantes Operieren e.V. BAO in irgendeiner Form vervielfältigt werden.

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

Verbreitete Auflage:
Die Zeitschrift Chirurgen Magazin + BAO Depesche wird in einer Auflage von 1500 Exemplaren gedruckt und ist als ePaper abrufbar.

Erscheinungsweise: *zwei Ausgaben pro Jahr*
Bezugspreis: *Jahresabonnement 24 Euro, inkl. Versand und MwSt.*

Ambulantes Operieren neu definieren:
Die maßgeschneiderten Lösungen von B. Braun



Das Team im Ambulanten OP-Zentrum ist täglich mit verschiedenen Herausforderungen wie z. B. Bürokratie, Dokumentation, Materialbeschaffung konfrontiert. Trotzdem müssen OP-Prozesse effizient und reibungslos funktionieren. Unsere bedarfsgerechten Lösungen für Praxisorganisation und operative Prozesse sind speziell darauf ausgerichtet, Ihre Arbeit zu erleichtern und die Patientenversorgung zu verbessern.

Wir bieten Ihnen alles aus einer Hand – von der Belieferung für den OP und der Bereitstellung von chirurgischen Instrumentarien über Hygiene- und Gerätemanagement bis zu Logistik und IT-Lösungen.

So können Sie sich in Ihrem Praxis- und OP-Alltag auf das Wesentliche konzentrieren.

Jetzt anmelden zum Newsletter Ambulantes Operieren!

Nr. 4000916A Stand: 09/2024

Sie möchten auf Erfolg umschalten?

Ambulantes Operieren neu definieren:
Die maßgeschneiderten Lösungen von B. Braun

Whitepaper herunterladen und neue Lösungen entdecken!

Jetzt herunterladen!

B. Braun Deutschland GmbH & Co. KG | 34212 Melsungen | Deutschland
Tel.: (05661) 91 47 75 69 | www.bbraun.de/ambulantes-operieren

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

Jan Henniger
Geschäftsführender BNC-Vorsitzender
und niedergelassener Chirurg

WILLKOMMEN IN DER NEUEN WELT DES CHIRURGEN MAGAZIN / BAO DEPESCHE

Das neue Medium weist einige Änderungen auf, enthält aber auch viel Bekanntes. Es soll etwas mehr unser Verbandsleben und die Kolleginnen und Kollegen, die etwas bewegen wollen, beleuchten.

Natürlich werden wir weiterhin auf die politischen Rahmenbedingungen eingehen und auch juristische und wirtschaftliche Themen in unserem Chirurgenleben thematisieren.

Grundsätzlich leben wir in einer Zeit, in der man permanent mit neuen Regeln und Ansprüchen konfrontiert wird. Diese binden unsere Zeit, die dann nicht mehr für unsere ureigenste Aufgabe der Fürsorge für unsere Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht. Diese Regeln werden im Allgemeinen von Menschen erdacht, die mit dem konkreten Leben eines kleinen bis mittelständischen Betriebes nichts zu tun haben. Ihre Sichtweise wird dann als Qualitätsmangel der entsprechenden Betriebe maskiert und als großes Problem in die Öffentlichkeit gebracht. Unsere Entscheidungsträger nehmen sich dann dieser Sache an und machen neue und immer filigranere Regeln daraus. Dies gilt sowohl für unsere Ärztekammern und KVen als auch für die große Politik in Landesparlamenten oder im Bundestag.

Früher war die Meinung eines Arztes in der Gesellschaft eine wichtige Stimme. Dies hat sich geändert!

Warum hat sich das verändert?

Ich denke, es liegt daran, dass sich die Lebensmitte vom Beruf entfernt hat. Nicht erst unsere Kinder sind der Meinung, dass man ein Recht auf den perfekten Job zu einem gut auskömmlichen Gehalt hat. Ziel ist es, seinen Lebensstil im Privaten gut zu finanzieren.

Aufgrund des Ärztemangels, der durch die massive Spezialisierung und die vielen Stellen für Ärzte im Controlling, Medizinischen Dienst, Arbeitsamt, Gutachterwesen usw. hervorgerufen wird, ist es vielen Ärzten möglich, Arbeitszeiten und Bedingungen auszuhandeln, die ihrer Freizeit kaum im Wege stehen. Wenn zu viel verlangt wird, können sie ja zum MD gehen und angebliche Behandlungsfehler zählen und begutachten.

Die Einzigen, die das nicht können, sind wir niedergelassenen Ärzte. Wir übernehmen die Verantwortung für Patienten, unsere Angestellten und unsere Familien. Das System kollabiert ohne uns, und zwar unmittelbar. Ein Ort ohne chirurgische Praxis verliert an Patientenversorgung – gerade auch für Notfälle und immobile Patienten. Dagegen muss man sich wehren!

Dafür brauchen wir aktive Ärztinnen und Ärzte, die sich nicht nur medizinisch, sondern auch politisch engagieren. Ärzte, die ihre Praxen und ihre Profession verteidigen – gegen das Desinteresse von Politik, gesellschaftlichen Gremien und Kollegen, die nicht in der Patientenversorgung arbeiten (wie Herr Lauterbach).

Wir als BNC haben eine Tradition, uns partnerschaftlich zu streiten und auch neue Wege zu gehen, wenn alte nicht mehr zielführend sind. Wir reagieren schnell und kreativ auf Veränderungen und Einschränkungen in unserem ärztlichen Handeln.

Der BNC ist hervorragend in Gremien, Politik und ärztlicher Selbstverwaltung vernetzt und konnte und kann einiges bewirken (Zuschläge AOP, Hybrid-DRG, Hygienezuschlag usw.).

Unsere Mitglieder sind über eine Spezial-Strafrechtschutzversicherung abgesichert. Mit unseren Kooperationspartnern stehen wir Ihnen bei der Praxisführung und der Vernetzung mit anderen Kolleginnen und Kollegen zur Verfügung.

In den ANCs werden regionale Probleme gelöst, Ihre Probleme in KV und Ärztekammern transportiert und weitere Angebote, wie z. B. Einkaufsgemeinschaften und Hygienemanagement, vorgehalten.

Wir brauchen aber Sie als Kolleginnen und Kollegen, um Ihren Unmut mit uns gemeinsam zu artikulieren, andere Kollegen zu motivieren, dem BNC beizutreten und regional die Interessen der Chirurginnen und Chirurgen zu vertreten.

Egal ob mit oder ohne Krankenhausreform und Notfallreform werden in den nächsten Monaten und Jahren Kliniken und damit auch jede Menge chirurgische Abteilungen schließen. Der Bedarf an chirurgischen Leistungen wird massiv steigen. Und das in einer Zeit, in der es weniger Finanzmittel gibt, die zu verteilen sind. Dies ist Fluch und Segen zugleich.

Auf der einen Seite wird es mehr chirurgische Arbeit geben, aber auch neue Möglichkeiten, eine chirurgische Praxis zu führen. Die knappen Geldmittel werden die Politik und die Krankenkassen dazu bringen, dies als unsere Aufgabe anzusehen, ohne sie entsprechend zu finanzieren. Deshalb brauchen wir eine starke chirurgische Gemeinschaft, die dazu bereit ist, diese Veränderung im Sinne der Patientinnen und Patienten sowie der Chirurgen anzugehen und in deren Interesse durchzusetzen. Ärzte, für die Chirurgie mehr ist als der Broterwerb, der einem sein privates Glück erlaubt.

Auch die Weiterbildung in unseren Praxen ist ein zentrales Thema, dessen wir uns annehmen müssen. Als Mandatsträger im BNC haben wir uns im Bereich der KBV, bei Ärztekammern und bei der Politik dafür eingesetzt, dass dieses Thema jetzt stärker in den Mittelpunkt kommt. Es ist wichtig, dass wir unsere Nachfolger selbst ausbilden. Nur so ist es möglich, die Patientenversorgung weiterhin sicherzustellen. Und es ist wichtig, dass wir den Allgemeinchirurgen erhalten, statt Überweisungsscheine zu schreiben in trivialen Fragestellungen. Spezialisierungen unserer Kollegen können, wie im Rest der Welt, im ambulanten und teilstationären Bereich ausgeübt werden.

Dieses muss aber von der Gesellschaft finanziert werden, die diese Ärzte in Zukunft benötigt. Das heißt, wir müssen politisch die Grundlagen schaffen und uns als Praxen dann auch dieser Verantwortung stellen.

Diskutieren können wir all diese Themen im nächsten Jahr beim Bundeskongress Chirurgie in Nürnberg (21.–22.02.2025) – im Jahr der Bundestagswahl –, wo viele Hochkaräter aus Politik und Gesellschaft anwesend sein werden. Die Fortbildung rund um die Praxis wird weiterhin ein zentrales Thema sein sowie die Praxisführung und interessante Angebote für unsere medizinischen Fachangestellten.

Ich wünsche Ihnen viel Vergnügen mit unserem Chirurgen Magazin / BAO Depesche und eine gute Zeit, gute Nerven und beruflich und privat viel Erfolg!

Bleiben Sie politisch!

Ihr Jan Henniger

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

Jan Henniger
Geschäftsführender
BNC-Vorsitzender und
niedergelassener Chirurg

GeCo Frankfurt
Mainzer Landstraße 65 · 60329 Frankfurt

Tel.: 04532 2687560
Fax: 04532 2687561
Mail: henniger@bncev.de

Dr. Christian Deindl

ZEITGEMÄSSE TRANSFORMATION: DAS NEUE HYBRIDE MAGAZINFORMAT

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die halbe Welt spricht von Verschlankung und von intelligentem Ressourcenmanagement. So haben sich BNC und BAO der berechtigten Frage gestellt, ob angesichts der Schnelllebigkeit unseres Alltags und der immer kürzer werdenden Halbwertszeit der Aktualität und Relevanz gesundheitspolitischer, gesundheitsökonomischer sowie gesamtgesellschaftlicher Informationen und Meinungen ein mehrmals jährlich erscheinendes kostenintensives Printmedium noch zeitgemäß ist.

Hinzu kommt, dass – bei aller Flexibilität – vor dessen Erscheinen ein definitiver Redaktionsschluss einzuhalten ist, nach dem inhaltliche Änderungen nur sehr schwer oder nicht mehr möglich sind. Diese Tatsache steht einer flexiblen, schnellen Aktualisierung der jeweiligen Inhalte und einem ebenso schnellen berufspolitischen Reaktionsvermögen zunehmend im Weg. So war es bei den letzten Ausgaben nicht sicher, ob die auf ihre gesundheitspolitischen Defizite angesprochene Bundesregierung zum Erscheinungstermin überhaupt noch Bestand hat und weiter im Amt ist. Der Hintergrund: Unsere Patient:innen können sich auf ihre ambulanten OP-Termine sowie Operateur:innen und Anästhesist:innen ihrer Wahl und ihres Vertrauens verlassen. Als wahlberechtigte Bürgerinnen und Bürger hingegen sehen sie ihren Vertrauensvorschuss in Richtung Bundespolitik fast schon im Wochentakt schwinden.

Beide Verbände haben nach einvernehmlichen Lösungen gesucht, ohne gänzlich auf eine weiterhin gemeinsam herausgegebene und zitierfähige(!) Verbandszeitschrift verzichten zu müssen. Die – aus unserer Sicht gelungene – Alternative halten Sie mit der erstmaligen Ausgabe des neuen Formats Chirurgen Magazin / BAO Depesche nun in Ihren Händen. Sie werden in Zukunft in halbjährlichen Abständen eine solche Printausgabe erhalten, dazwischen allerdings bedarfsgerecht, anlassbezogen und online mehrmals jährlich Newsletter, die Sie immer auf topaktuellem Stand informieren werden.

Der gelungenen Transformation Ihres langjährigen Verbandsmagazins in ein neues, moderneres Format ohne einen Traditionsbruch, gingen etliche Gespräche und Online-Konferenzen voraus. Allen engagiert Beteiligten an diesem ambitionierten Vorhaben möchte ich persönlich und im Namen des BAO-Präsidiums ein großes Dankeschön aussprechen. Etwas zu planen, ist eine Sache, die Planung in ein Projekt umzusetzen, wiederum eine völlig andere. Gerade das Gesundheitswesen ist ein Biotop, in dem (viel zu) viel geredet, aber nicht hinreichend kommuniziert oder gar umgesetzt wird… von gemeinsamer Verantwortung und verantwortungsvollem Handeln ganz zu schweigen. Apropos schweigen: Um den vor drei Jahren medienwirksam präsentierten Koalitionsvertrag und dessen Inhalte ist es zunehmend stiller geworden. Entweder handelt es sich hierbei um die Ruhe vor dem Sturm – im fast leeren Wasserglas – oder aber um das Einsetzen einer kompletten Flaute bis zum Legislaturende, weil politisch nicht zusammengehört, was nicht auch alltagstauglich zusammenpasst.

Reform … welche Reform?

Politischer Stillstand bedeutet den endgültigen Verzicht auf jedweden Fortschritt, so auch auf eine immer noch ausstehende Reform unseres Gesundheitssystems. Dabei war nur die anfängliche Aufbruchstimmung gut – insbesondere war sie medienwirksam zu vermarkten. Zu schnell war der vermeintliche Zauber, der noch fast jeder neuen Koalition am Anfang innegewohnt hat, auch wieder verflogen, fast wie weggezaubert. Von diesem Aufprall auf den knallharten Boden der zementierten bundesdeutschen Politikrealität blieb auch das Gesundheitssystem nicht verschont; darüber können die vielen Gesetze und Rechtsverordnungen nicht hinwegtäuschen. Vor allem die Krankenhausreform blieb im Sumpf maximaler Interessenskonflikte und Lobbyarbeit stecken, sodass die Krise des stationären Sektors größer denn je ist. Gleiches gilt es über die Ambulantisierungsoffensive zu berichten, die durch Interventionen hyperalimentierter Repräsentanten der Selbstverwaltung erst gar nicht zum Laufen kam. Statt eine endlich gemeinsame, weil lokal und regional abgesprochene und koordinierte Patientenversorgung anzustreben, wird auf das Monopol des Sicherstellungsauftrags bzw. auf dessen feindliche Übernahme durch bereits mit ihrem Kerngeschäft überforderte Klinikverwaltungen gepocht, und mit vollem Einsatz wird jeweils auf die gezinkte und abgegriffene „Winner Takes All"-Karte gesetzt. In Wahrheit gibt es nur Verlierer … zum Leidwesen ausschließlich aller in der aktiven Patientenversorgung beschäftigten Gesundheitsberufe, nicht aber mit Folgen für die Verursacher und deren Funktionärsprivilegien.

Patientenferne Schreibtischinhaber und Heimschläfer haben es immer schon einfacher gehabt und es sich inzwischen im, an ihrer eigenen reziproken Effizienz völlig desinteressierten, Gesundheitswesen behaglich eingerichtet. Derart ausgeruht lassen sich die wenigen positiven Signale aus dem BMG abfangen und neutralisieren. Nicht anders ist das bisherige Scheitern einer barrierefreien Umsetzung des § 115f und der damit verbundenen sektorengleichen Vergütung nach Hybrid-DRG zu interpretieren. Kaum zu glauben: Vor zwei Jahren, im Dezember 2022, wurde dieser Gesetzesparagraf verabschiedet, was viel Überzeugungsarbeit gekostet hat. Umso glaubhafter sind darin versteckte Trojaner, die

eine vermeintliche Vergütungsverbesserung beim AOP selbstlimitierend werden lassen. Dazu braucht es nicht viel, nämlich nur wenige altbekannte Komponenten: Sachkosteneinschluss, fehlende Aufschlüsselung für die getrennte operative und anästhesiologische Vergütung, eine daraus resultierende gehörige Portion Konfliktpotenzial und eine bzgl. AOP ahnungs- und erfahrungslose „Sichselbstverwaltung".

Zeigt sich Letztere einmal nach außen hin solidarisch wie beim Thema GOÄ, dann wird sie von den politischen Entscheidungs- und den privaten Kostenträgern kaum ernstgenommen und mit immer neuen Argumenten seit Jahren vertröstet und in der Berliner Manege regelrecht vorgeführt. Zur Erinnerung: Ein alles andere als erfolgreicher, dafür folgenreicher ehemaliger Bundesgesundheitsminister ist ein wahrer Magister Ludi, was die genannten Hütchenspiele betrifft. Seine nur kurze Amtszeit war wohl als eine Art Praktikum für spätere höhere versicherungswirtschaftliche Aufgaben gedacht.

Mehr Miteinander, weniger Politokratie

Das Gesundheitssystem wird auch deshalb gerne als hochkomplex und schwierig bezeichnet, weil es für sein patientenfernes Personal in der Tat immer schon als zu komplex und viel zu schwierig empfunden und folglich auch so dargestellt wurde, ohne es zu sein. Wie sonst würde die bei weitem überwiegende Mehrheit der Menschen in Kliniken und Praxen immer noch gut und sehr gut behandelt? Aber solange die Ärzteschaft dieses Narrativ ungeprüft akzeptiert und dafür immer mehr auf kollegiale Solidarität verzichtet, so lange wird sich am Status quo nichts ändern. Für die Ampel wird spätestens im Herbst 2025 definitiv Schluss sein, für ambulante Operateur:innen und Anästhesist:innen muss bereits mit Beginn 2025 ein Neustart in ihrem fachärztlichen Selbstverständnis und ihrem berufspolitischen Selbstbewusstsein gelingen. Damit meine ich eine besser und kohärent wahrnehmbare Außendarstellung gemeinsamer Positionen und Ziele – und nicht das abermalige passive Abwarten, wer denn dieses Mal ins Kanzleramt und ins BMG einziehen wird. Jede Neverending Story muss schließlich einmal ein Ende haben, und dies bitte nicht erst wieder nach erneuten 16 bleiernen Jahren.

Eine Neuauflage dieser Koalition sowie ihrer Vorgängermodelle ist aus den genannten Gründen ein absolutes politisches Never Event. Noch ist die politische Transferliste für den bevorstehenden Ideenwettbewerb 2025 nicht geschlossen, sodass doch Hoffnung besteht, auf der Regierungsbank für die Spielzeit 2025–2029 frische, unverbrauchte und von üblichen eigenen Altlasten unbelastete neue Gesichter vorzufinden. In unserer vielseitigen Zivilgesellschaft sind weit mehr Gemeinwohlsinn, sektorenfreies Denken und Handeln sowie uneigennützige politische Talente vorhanden, als dass die Parteienlandschaft weiterhin ihren Monopol- und Allleinvertretungsanspruch aufrechterhalten kann. Berufs- und Lebenserfahrung sind mehr denn je gefragt, Karriereeinstiege als Plakatkleber:innen haben sich überlebt, womit alleine schon die Welt und in ihr das Gesundheitswesen ein Stück weit weniger komplex und weniger schwieriger werden.

Ihr Christian Deindl
Präsident BAO

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

SEMINARANGEBOTE FÜR IHRE BEAUFTRAGTEN UND FÜHRUNGSKRÄFTE AM FREITAG, DEN 21.02.2025 IN NÜRNBERG

Seminarzeit, -titel und Zielgruppe	Beschreibung	Inhalt	Ansprechpartner/Referent:in
Morgens (8:30 bis 11:00 mit Pause) Titel: Worstcase im OP – sicheres Arbeiten im OP. So hängen Patienten- und Mitarbeitersicherheit sowie Qualitätsmanagement zusammen! **Zielgruppe:** medizinisches Personal, medizinische/zahnmedizinische Fachangestellte, Praxismanager, Führungskräfte, Qualitätsmanagementbeauftragte, Assistenzärzte, Ärzte	Interaktive Fallbearbeitung in 4 Themenslots (ausführliche Beschreibung anhängend) Die Teilnehmer werden im Rahmen des Workshops nach einer Vorstellungsrunde in vier Gruppen eingeteilt. Aufgabe ist, das eigene Wissen zu den vorgegebenen Themen zu sammeln. Nach den ersten 20 Minuten, wechseln die Gruppen im Rotationsverfahren. Im Slot 5 werden die Referenten die Arbeiten zusammenfassen und Fehlendes ergänzen.	Lernziele: vorhandenes Wissen abrufen, Wissenslücken erkennen und durch kollegiale Beratung ergänzen, soziale Vernetzung (branchen-, berufsgruppenübergreifend) im Sinne des Case- und Care-Managements, Förderung der Methoden-, Fach-, Sozial-, Humankompetenzen Die wichtigsten Fakts werden auf Flipcharts zusammengefasst.	**Beratung und Schulung – praxisnah** Postfach 58 03 31 Patricia Ley, Mobil: +49 172 6283153 **Weitere Referent:innen:** Raheem Esmail (zertric) Schmitz&Söhne Herr Thyssen (BWG)
Vormittag/Mittag (11:00 bis 16:00 mit Pause) Leistungsabrechnung, aber richtig **Zielgruppe:** Betreiber/Mitarbeitende in der Abrechnung von AOP/AOZ/MVZ/Praxis/Klinik	Optimierung der ambulanten OP-Abrechnung für die Fachrichtungen Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie Hybrid-DRG! Oder nicht? Welcher Gestaltungsraum ist gegeben?	Diagnosen-Kodierung (ICD-10) Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) Simultaneingriffe (SIM) Zuschläge ambulantes Operieren Kostenpauschalen Sachkostenabrechnung OP-Berichte richtig schreiben	**Saša Pašajlic:** SP-Praxismanagement Perhamerstraße 83 80687 München Tel.: 0171 3884430 Fax: 089 53887424

Zur Anmeldung gelangen Sie hier

BESSER HEILEN
BUNDESKONGRESS CHIRURGIE 2025
BNC · BAO
GEMEINSAM STARK
21. – 22. Februar 2025, NürnbergConvention Center
AMBULANT OPERIEREN

MITMACHEN BEI DER WEITERBILDUNG IST ERSTE FACHARZTPFLICHT

Autor: Dr. Christian Deindl

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Zeiten, in denen sich klinisch gut ausgebildete Fachärztinnen und Fachärzte in schöner Regelmäßigkeit auf den Weg in die Niederlassung machten, sind nicht nur definitiv, sondern schon seit Längerem vorbei. Gleichzeitig gehen ganze Jahrgänge an erfahrenen Facharztkolleginnen und -kollegen mitsamt ihrer Expertise in den Ruhestand. Nur dem Umstand, dass sowohl in Klinken als auch in Praxen über die Ruhestandsaltersgrenze hinaus ärztlich gearbeitet wird, ist es zu verdanken, dass die Patientenversorgung noch einigermaßen aufrechterhalten werden kann. Angesichts der mehrheitlich präferierten Teilzeitarbeitsmodelle macht es wenig Sinn, mit Tunnelblick auf die wachsende Zahl approbierter Ärzt:innnen einen Mangel an Fachärzt:innen auszuschließen.

Ambulante Fachärzteschaft muss proaktiv und bedarfsgerecht ihr Wissen vermitteln

Aktuell wird gut begründet die Ausbildung von Laienersthelfer:innen in Wiederbelebungsmaßnahmen als vordringlich gesellschaftliche Aufgabe gesehen – beginnend im Schulalter und später als selbstverständliche Bürgerpflicht. Denn pro Minute nimmt die Wahrscheinlichkeit um ca. 10 % ab, einen Herz-Kreislauf-Stillstand ohne diese Sofort-therapiemaßnahmen unbeschadet zu überleben. Frühere Empfehlungen, dass 10 Minuten für 80 % der betroffenen Patient:innen ausreichend seien, sind obsolet geworden.

Ähnlich kritisch und dringend reformbedürftig, weil von größter Priorität, sind die schwindenden Überlebenschancen der Fachärzteschaft allgemein und speziell im niedergelassenen ambulant-operativen bzw. anästhesiologischen Bereich zu betrachten. Längst schon ticken Funktionärsuhren in der Selbstverwaltung der Echtzeit um Dekaden hinterher und Kostenträger kennen nur noch Schnitt-Naht-Zeiten. Ambulantes Operieren hingegen bedeutet Feinmotorik und nicht holzschnitzartige ökonomische Grobmotorik sach- und fachkundefremder Dritter. Statt einer transparenten prä-, intra- und postoperativen Zeiterfassung soll per ungeeichter GKV- und nun auch PKV-Stechuhr der geradewegs in die Plan- und Mangelwirtschaft führende Stechschritt nochmals forciert werden: Terminschwierigkeiten, Aufnahmestopps, Wartelisten, Lieferengpässe und Arzneimittelmangel zeigen sehr wohl, wohin die Reise des abgefahrenen Zuges geht. Stornierung ausgeschlossen.

Problem- und Ursachenforschung beginnen bereits mit der Approbationsordnung

Deren verfehlte Ziele finden ihre Fortsetzung in der Weiterbildung, nachdem von ursprünglich vorgesehenen 37 Reformmaßnahmen Stand 2024 „nur" noch 14 umgesetzt werden – ohne Begründung und ohne transparente Kriterien. Ein weiterer Schwund an Innovationsgeist ist nicht auszuschließen, wenn es denn 2027 mit der neuen Approbationsordnung losgehen soll. Damit wird der einst groß- und vollmundig angekündigte Masterplan zum endgültigen planlosen Desaster. Wie so oft bei solchen Reinfällen muss als Begründung die Finanzierungsfrage herhalten. Dabei darf diese nicht ausschlaggebend sein, da sich eine nachhaltige Verbesserung des Medizinstudiums mittel- und langfristig durch ihren gesamtgesellschaftlichen Mehrwert amortisieren wird. Auch kostet ein qualitativ suboptimales Medizinstudium den Steuerzahler Geld. Die hohe Anzahl der Bewerber auf einen Studienplatz für Humanmedizin und/oder 5000 mehr Studienplätze allein garantieren noch lange nicht die erforderliche verbesserte studentische Ausbildungsqualität.

Und die spätere Ausbildung von Ärzt:innen in Deutschland ist nicht immer und durchgehend anspruchsvoll und qualitativ hochwertig. Aber beides sollte und müsste standortunabhängig längst Standard sein, und nicht erst angesichts des zu spät erkannten ärztlichen Fachkräftemangels.

Schon jetzt ist der Schaden durch Versorgungslücken ein beträchtlicher; allein Fehlerkosten können laut WHO bis zu 15 % der Gesundheitskosten betragen. Ein kontinuierlicher Optimierungsprozess des Studiums der Humanmedizin in seinen theoretischen und praktischen Inhalten sowie der sich anschließenden Facharztausbildung wird erheblich zur Reduzierung dieser inakzeptablen ökonomischen Kennzahl beitragen.

Alternativlose Merksätze an Gesundheits- und Finanzpolitik

Eine bestmögliche Medizinerausbildung ist ein gesamtgesellschaftliches Anliegen und generationenübergreifender Auftrag, der eines dafür angemessenen Ressourceneinsatzes bedarf. Dies gilt für das Studium der Humanmedizin und die anschließende fachärztliche Weiterbildung.

Dabei darf das Medizinstudium nicht durch inhaltliche Themenschwerpunkte vorzeitigen und einseitigen Anwerbeversuchen einzelner Versorgungsbereiche, allen voran die mit eigenen Lehrstühlen gesegnete Allgemeinmedizin und der öffentliche Gesundheitsdienst, voreiligen Vorschub leisten. Vielmehr muss das Studium darauf ausgerichtet sein, ein möglichst breit gefächertes medizinisches Interesse zu wecken und zu bewahren, um auf dieser Wissens- und Erfahrungsbasis eine qualifizierte individuelle Entscheidung bei der späteren Wahl eines Fachbereiches und ggf. (Sub-)Spezialisierungen zu ermöglichen.

Lösungsvorschläge des BAO

Die bisherige dual und separat anmutende Aufteilung in theoretische Vorklinik und die sich anschließenden klinischen Abschnitte

zeugt immer schon von einer suboptimalen Ausbildung angehender Ärztinnen und Ärzte und didaktischen Versäumnissen bis in die Gegenwart. Das bewusste Übergehen des ambulanten fachärztlichen Bereiches in der neuen Approbationsordnung schließt Medizinstudierende weiter vom medizinischen Fortschritt durch Ambulantisierung aus und negiert wichtige Versorgungssäulen wie das ambulante Operieren mit jährlich 4 Millionen Eingriffen in ambulant-operativen-anästhesiologischen fachärztlichen Einrichtungen. Die dabei vorgelebte „Medizin aus einer Hand" bietet Studierenden Einblicke in komplexe Behandlungsabläufe von der präoperativen Indikationsstellung über das perioperative Vorgehen bis zur postoperativen Nachbetreuung inklusive OP- bzw. Anästhesie-Assistenzen.

Der gleiche didaktische Ansatz gilt auch für die Einbindung von ambulanten fachärztlichen Standorten in die Facharztausbildung. Deren außerklinische Expertise muss neben studentischen Lehrveranstaltungen auch in die Facharztaus- und -weiterbildung integriert werden. Dazu bedarf es ausreichender fachärztlicher Lehr- und Weiterbildungspraxen neben den bereits fest etablierten allgemeinmedizinischen hausärztlichen Praxen. Fachärztliche Praxen wurden bisher mit wenigen Ausnahmen systematisch vom Studentenunterricht ausgeschlossen, sodass auch in höheren Semestern das Wissen um die später berufliche Option der Selbstständigkeit in eigener oder gemeinschaftlicher Facharztpraxis nicht ausreichend vorhanden ist. Auch die Sicherstellung einer flächendeckenden und wohnortnahen fachärztlichen Versorgung muss bei der Reformierung des Medizinstudiums und der Facharztweiterbildung immer mitgedacht werden.

Welche Vorteile bzw. Ergänzungen bieten fachärztliche Lehr- und Weiterbildungspraxen?

Neben den erforderlichen fachlichen Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt die Weiterbildung in Facharztpraxen das selbstständige, eigenverantwortliche Arbeiten als Facharzt:ärztin in eigener Praxis, das auch für eine spätere Kliniklaufbahn durchaus von Nutzen sein wird. Hierzu zählen u. a. die praktischen Grundlagen von QM, QS und Risikomanagement.

Appell an ambulante Operateur:innen und Anästhesist:innen

Der BAO ermuntert Praxen und Kliniken, sich freiwillig zu bedarfsgerechten Ausbildungsverbünden für Medizinstudierende vor und im PJ sowie für Weiterbildungsassistent:innen ihres Fachgebietes und zur Erstellung gemeinsamer Curricula zu verpflichten. Die dabei anfallenden Aufwände an strukturellen und personellen Ressourcen und Mehrbedarfen sind vollumfänglich zu vergüten. Und zwar aus Steuermitteln und nicht aus Versichertenbeiträgen oder aus Klinik- bzw. Praxisbudgets.

Sektorenverbindende Lehr- und Weiterbildungstätigkeiten und ihre Konzepte werden an die jeweils zuständige Landesärztekammer gemeldet, die eine bestehende (Teil-) Weiterbildungsermächtigung bei vorliegenden Qualifikationsnachweisen überprüft und/oder neu erteilt – und dies mit minimaler Bürokratie und Bearbeitungszeit und dafür mit maximaler Transparenz.

Die Kostenträger sind aufgefordert, den im Rahmen der Weiterbildung erforderlichen zeitlichen Mehrbedarf wie z. B. bei ambulanten Operationen oder Narkoseverfahren im Interesse einer fortbestehenden fachärztlichen Versorgung ihrer Versicherten bei der Vergütung zu berücksichtigen. Sollte in dieser Frage keine Einigung innerhalb der Selbstverwaltung erzielt werden, dann werden sich deren Vorstände öffentlich zu erklären und besagte Defizite und etwaige Folgen zu verantworten haben.

UNTERSCHÄTZTES POTENZIAL:

HYBRID-DRGS ÖFFNEN CHIRURGINNEN UND CHIRURGEN IN DER NIEDERLASSUNG NEUE TÜREN

Mit der Einführung des § 115f SGB V zum Jahresbeginn 2024 wurde endlich ein entscheidender Schritt zur Überwindung der Sektorengrenze ambulant/stationär getätigt. Seither können einzelne fachärztliche Leistungen – ob ambulant oder stationär – mithilfe eines festgelegten Leistungskatalogs über Fallpauschalen, sogenannte „Hybrid- DRGs", abgerechnet werden.

Das Konzept greift den Trend der Ambulantisierung ärztlich-medizinischer Versorgung auf und sieht vor, dass das Prinzip ambulant vor stationär verpflichtend umgesetzt wird. Dazu herangezogen werden sollen Leistungen, die bisher in hoher Zahl im Krankenhaus erbracht werden, eine kurze Verweildauer mit sich bringen und einen geringen Komplexitätsgrad aufgreifen. Den fachlichen Katalog der Erkrankungen von intersektoralen Leistungen soll dabei der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erarbeiten.

Dieser Katalog und seine schrittweise Ausweitung werden sicher künftig auch entscheidend für den Erfolg der Hybrid-DRGs sein. Das eigentliche Potenzial ist erheblich: Der Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa) hatte bereits im vergangenen Jahr in einem gemeinsam mit seinen Mitgliedsverbänden erstellten Katalog über 5.000 Leistungen ermittelt, die – auch im internationalen Vergleich – ambulantisierbar wären. Damit könnte ein spürbarer Wandel in der Gesundheitsversorgung in Deutschland gelingen. Insbesondere das Jahr 2024 wird zeigen, wie der G-BA den Leistungskatalog der Hybrid-DRG weiter befüllt – ob so das Ambulantisierungspotenzial in Deutschland gehoben werden kann oder ob es dafür noch weiterer bzw. anderer Rechtsinstrumente seitens der Politik bedarf.

Denn der große Schub zu Jahresbeginn blieb aus: die Einführung von Hybrid-DRG war an vielen Punkten nicht zu Ende gedacht. Beispielsweise war die konkrete Umsetzung – insbesondere, wie die Abrechnung technisch erfolgen soll – lange Zeit nicht geregelt. Auch der Leistungskatalog zu Beginn war äußerst klein. Kein Wunder also, dass unter den betroffenen Facharztgruppen erst einmal Skepsis herrschte. Dies war auch deutlich beim diesjährigen Bundeskongress Chirurgie zu erkennen: Das Interesse an der Thematik war immens, die Anzahl der Fragen der Teilnehmenden zur Umsetzung in der eigenen Praxis ebenso.

Neun Monate später gibt es jedoch vorwiegend positive Entwicklungen zu berichten. Hierzu BNC-Vorstandsvorsitzender Jan Henniger: „In den sogenannten Hybrid-DRGs schlummert ein großes Potenzial für die niedergelassene Chirurgie in Deutschland! Die Eröffnung der Möglichkeit, Leistungen zu erbringen und abzurechnen, die vorher ausschließlich Kliniken vorbehalten waren, ist ein Dynamo für die Ambulantisierung und schafft deutliche Anreize für die Chirurginnen und Chirurgen in der Niederlassung. Diese Chance muss auch die Selbstverwaltung unbedingt erkennen und vollumfänglich nutzen. Wichtige Push- und Erfolgsfaktoren werden sicher der künftige Ausbau des Leistungskataloges und vor allem aber auch die adäquate Berücksichtigung von Sachkosten bei der Berechnung der Fallpauschalen sein."

Auch die technische Umsetzung zur Abrechnung ist inzwischen geregelt und mit dem Großteil der Krankenkassen problemlos möglich. So steht den Mitgliedern des BNC beispielsweise mit dem Sanakey Portal eine sachgerechte, effiziente und einfache Abrechnungslösung zur Verfügung. BNC-Mitglieder bekommen dort zudem vergünstigte Abrechnungskonditionen.

Sebastian Jonas-Dieke, Geschäftsführer der Sanakey Contract GmbH, blickt positiv auf die aktuelle Entwicklung der Umsetzung: „Ich freue mich, dass wir bereits mit vielen Krankenkassen schnelle und pragmatische Lösungen zur Umsetzung finden konnten. Viele tätigen bereits regelmäßig Auszahlungen für Hybrid-DRG-Leistungen an Fachärztinnen und Fachärzte und wir erwarten, dass sich noch fehlende Krankenkassen zügig dieser einfachen und schnellen Umsetzung anschließen."

Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle
50 JAHRE 1975 – 2025
» Ihr Experte in der Privatabrechnung seit 1975 «
Willy-Brandt-Platz 20, 90402 Nürnberg
Tel 0911 98478-290
Mail marketing@verrechnungsstelle.de
verrechnungsstelle.de

Alle Informationen …

… für die Abrechnung von Hybrid-DRGs können Fachärztinnen und Fachärzte unter www.115f.de erhalten, eine direkte Anmeldung zur Abrechnung ist unter www.sanakey-portal.de möglich.

ORTHOPÄDISCHE RHEUMATOLOGIE

Dr. med. Martina Henniger
Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, Orthopädische Rheumatologie

Die chronische hyperplastische Synovialitis im Rahmen einer rheumatischen Erkrankung führt an betroffenen Gelenken zur Destruktion des Gelenkknorpels und Erosionen im darunterliegenden Knochen. Die chronische Überdehnung des Kapsel-Band-Apparates kann zusätzlich eine zunehmende Gelenkinstabilität bedingen. Unbehandelt kommt es zur völligen Zerstörung des Gelenkes und zu den typischen Fehlstellungen, die erheblichen Einfluss auch auf angrenzende Gelenke haben.

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen sind nach wie vor nicht heilbar. Eine frühe Diagnosestellung und Therapie ist jedoch wichtig, um irreversible Destruktionen an Gelenken und Weichteilen möglichst zu verhindern.

Ziel der Therapie ist eine dauerhafte Remission. Neben der medikamentösen Basistherapie, die meist in Händen der internistischen Rheumatologen liegt, kommen je nach Gelenk und Zustand konservative Maßnahmen wie lokale physikalische Anwendungen, Physiotherapie, Ergotherapie, Schienenversorgung, Einlagen- und Schuhversorgung bzw. Gelenkinfiltrationen zum Einsatz.

Versagen diese Maßnahmen oder sind nicht ausreichend wirksam, kommen operative Verfahren zum Einsatz. Damit darf nicht zu lange gewartet werden, denn es gilt, mit möglichst frühen, möglichst kleinen Interventionen Gelenke und periartikuläre Weichteile zu erhalten.

Wenn dies nicht gelingt, bleiben rekonstruktive Eingriffe, um Mobilität, Schmerzfreiheit und Lebensqualität wiederherzustellen.

Vorgehen bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen

Die Anamnese sollte bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen unbedingt die Dauer der Erkrankung, den bisherigen Verlauf, die bisherige und aktuelle Medikation, Begleiterkrankungen und Voroperationen umfassen.

Eine dezidierte klinische Ganzkörperuntersuchung ist bei diesen Patienten unabdingbar, um sich einen Überblick über die Anzahl der betroffenen schmerzhaften und/oder geschwollenen Gelenke und die entzündliche Aktivität, die Funktionseinschränkungen und etwaige Achsabweichungen/Fehlstellungen und Gelenkinstabilitäten zu verschaffen. Ergänzt wird die klinische Untersuchung durch Arthrosonographie, Labor und Röntgendiagnostik.

Bei hoher entzündlicher Aktivität an mehreren Gelenken muss zunächst die medikamentöse Therapie überprüft und ggf. angepasst werden. Bei einzelnem Gelenkbefall (sog. rebellisches Gelenk) ohne wesentliche Destruktion reichen oft lokale Maßnahmen (vorübergehende Ruhigstellung, physikalische Therapie, Cortisoninfiltrationen, an die Aktivität angepasste Ergo- oder Physiotherapie) aus, um die Entzündung zum Abklingen zu bringen. Bei Persistenz über 3 Monate besteht die Indikation zur operativen Therapie. Bei Kontraindikationen für Operationen kann an Gelenken evtl. eine RSO (Radiosynoviorthese) erwogen werden.

Auch wenn bereits höhergradige Destruktionen bestehen, kann ein konservativer Therapieversuch durchgeführt werden, angepasst an die jeweilige entzündliche Aktivität. In Remission kann bei Funktionseinschränkungen, Achsabweichungen oder Instabilitäten eine aktive Beübung zur Mobilisierung, zur Stabilisierung oder zum Ausgleich von Muskeldysbalancen erfolgen. An Schienen werden Lagerungsschienen zur Vorbeugung von Kontrakturen und Entwicklung von Fehlstellungen sowie Funktionsschienen mit funktionsverbesserndem Effekt und zur Korrektur der Gelenkachse eingesetzt. Fuß- und Zehengelenke sind fast regelhaft betroffen. Je nach Grad der Destruktion, Fehlstellung oder Instabilität kommen korrigierende, stützende oder bettende Einlagen, Schuhzurichtungen bis hin zu orthopädischem Schuhwerk zum Einsatz.

Bei hoher entzündlicher Aktivität sollte das Augenmerk zunächst auf einem Eindämmen der Synovialitis mit den bereits oben genannten lokalen Maßnahmen liegen.

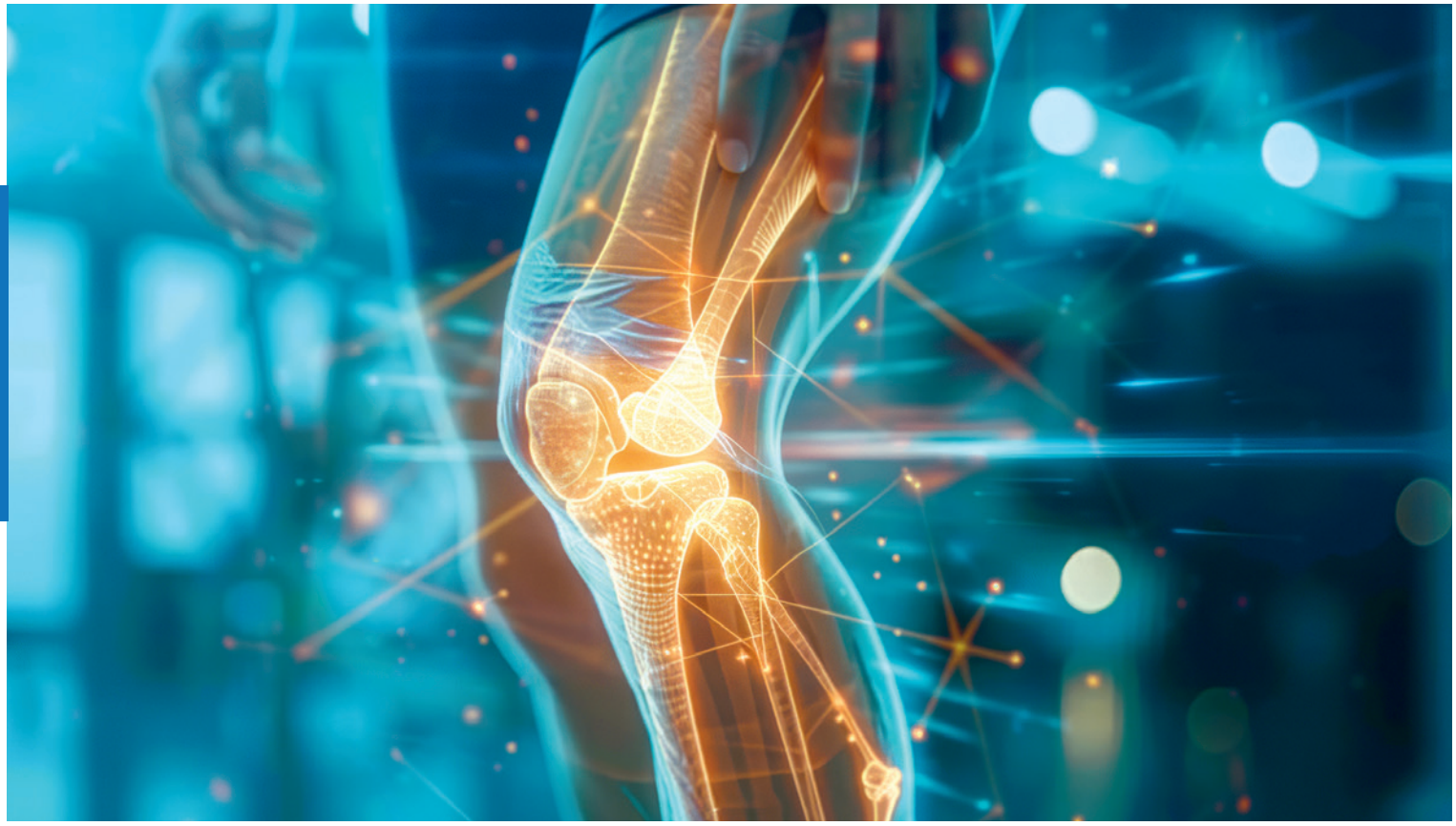
Rheumaorthopädische Operationen

Wenn die konservativen Möglichkeiten ausgeschöpft sind, besteht bei Schmerzen, Schwellung, Gelenkinstabilität oder Gelenkfehlstellung die Indikation zur operativen Therapie.

Die meisten rheumaorthopädischen Operationen sind Elektivoperationen, d. h., sie können mit einer ausreichenden Vorlaufzeit geplant werden. Eine absolute Notfallindikation ist die Instabilität der oberen Halswirbelsäule mit Neurologie.

Eine relative dringliche OP-Indikation besteht bei bestehenden oder drohenden Nervenausfällen, ausgeprägten Achsabweichungen von Gelenken, (drohenden) Sehnenrupturen und einer rasch fortschreitenden Gelenkdestruktion.

Die Wahl des Operationsverfahrens hängt natürlich vom Gelenk und dem radiologischen Destruktionsgrad ab.



Reine Synovektomien (komplette Entfernung des entzündeten Synovialgewebes im Gelenk bzw. der entzündeten Sehnenscheide) als präventive, gelenkerhaltende Operation an einzelnen oder wenigen Gelenken ohne höhergradige knöcherne Destruktionen haben in den letzten 20 Jahren dank der verbesserten medikamentösen Therapie deutlich abgenommen.

Wenn keine extraartikulären Begleitpathologien vorliegen, können Synovektomien an fast allen Gelenken auch sehr effektiv und gleichwertig radikal arthroskopisch durchgeführt werden. Die Ergebnisse und Rezidivrate der arthroskopischen Synovektomie können mit einer nach 6 Wochen postoperativ durchgeführten Radiosynoviorthese noch verbessert werden.

Knöcherne Umstellungsoperationen, z. B. der Metatarsalia, sind bei erhaltenen Gelenkflächen auch bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen indiziert.

Mit fortschreitendem Krankheitsverlauf kommt es zur zunehmenden Destruktion der Gelenkflächen sowie der umgebenden Weichteile. Ein Gelenkerhalt ist dann nicht mehr möglich. Je nach Gelenk und individuellen Voraussetzungen kommen Endoprothesen, Arthrodesen (z. B. am Rückfuß und Handgelenk) und resezierende Verfahren (z. B. Metatarsalköpfchen 2–5, Daumensattelgelenk) zum Einsatz.

Patienten mit rheumatischen Erkrankungen sind bei Primärimplantation einer Endoprothese im Durchschnitt 10 Jahre jünger als Arthrosepatienten, sodass bei mittlerweile fast gleicher Lebenserwartung eine Wechseloperation wahrscheinlicher ist. Die Ergebnisse hinsichtlich der Gelenkfunktion sind meist schlechter als bei Arthrosepatienten, die Ergebnisse hinsichtlich Schmerzen und Patientenzufriedenheit sind aber annähernd gleich.

Besonderheiten der operativen orthopädischen Rheumatologie

Das perioperative OP-Risiko insbesondere für Infektionen ist für Patienten mit rheumatischen Erkrankungen gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht.

Sehr wichtig ist daher die Frage nach dem Umgang mit der antirheumatischen Medikation. Nach den aktuellen Empfehlungen der DGRh (Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie) sollte die Glukokortikoid-Dosis 2–3 Monate vor elektiven Eingriffen so weit wie möglich reduziert (in jedem Fall < 10 mg/Tag), 1–2 Wochen vor und am OP-Tag jedoch stabil gehalten werden.

Konventionell synthetische disease-modifying drugs (csDMARDs) wie z. B. Methotrexat, Leflunomid, Hydroxychloroquin oder Sulfasalazin können in vielen Fällen fortgeführt werden. Ausnahmen sind eine Reduktion hoher Methotrexat-Dosierungen auf ≤ 15 mg/Woche und Auswaschen des Leflunomid mit Colestyramin bei hohem Infektionsrisiko (z. B. Fuß-OP, Endoprothetik, Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus).

Azathioprin, Mycophenolat und Ciclosporin sollten 1–2 Tage vor der OP pausiert werden. Unter Biologika-Therapie (bDMARDs) können Operationen zum Ende des jeweiligen Therapieintervalls geplant werden.

JAK-Inhibitoren (tsDMARDs) wie z. B. Baricitinib oder Tofacitinib sollten bei größeren Eingriffen für 3–4 Tage pausiert werden. Apremilast kann fortgeführt werden.

Bei notwendiger Unterbrechung gilt für alle Substanzen, die Therapie in Abhängigkeit der Wundheilung baldmöglichst wieder zu beginnen, um das Risiko eines Krankheitsschubs unter längerer Therapiepause zu minimieren.

Nicht selten besteht bei polyartikulärem Befall an mehreren Gelenken eine gleichwertige OP-Indikation und der Operateur muss gemeinsam mit dem Patienten entscheiden, welche Operationen in welcher Reihenfolge durchgeführt werden sollen. Sinnvoll ist ein Vorgehen von proximal nach distal. Zum Erhalt der Mobilität werden meist Eingriffe an der unteren vor der oberen Extremität vorgenommen. Gelegentlich können mehrere Eingriffe auch miteinander kombiniert werden.

Weitere Besonderheit durch eine oft langjährige Glukokortikoideinnahme ist die bestehende Hautatrophie mit hoher Verletzungsanfälligkeit, die besondere Aufmerksamkeit beim Entfernen von OP-Abdeckungen, Pflastern oder Verbänden erfordert.

Osteoporotische knöcherne Verhältnisse oder große Knochenzysten erschweren die Verankerung von Osteosynthesen oder Prothesen.

Gelenkkontrakturen an multiplen Gelenken können die Intubation, die Lagerung auf dem OP-Tisch und die postoperative Mobilisierung komplizieren.

FAZIT

Die orthopädische Behandlung von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen ist nach wie vor eine große Herausforderung mit vielen Fallstricken, aber auch extrem dankbaren Patienten.

Spezifische Kenntnisse können im Rahmen der 3-jährigen Zusatz-Weiterbildung „Orthopädische Rheumatologie“ erworben werden.

Literatur

1. *Larsen A, Dale K, Eek M. Radiografic evaluation of rheumatoid arthritis and related conditions by standard reference Rlms. Acta Radiol Diagnosis 1977; 18: 481 – 491*
2. *Carl HD, Swoboda B. Zur Effektivität der arthroskopischen Synovektomie bei rheumatoider Arthritis. Z Rheumatol 2008; 67: 485-490*
3. *Choi WJ, Chooi GW, Lee JW. Arthroscopic synovectomy of the ankle in rheumatoid arthritis. Arthroscopy 2013; 29: 133-140*
4. *Horiuchi K, Momohara S, Tomatsu T et al. Arthroscopic synovectomy of the elbow in rheumatoid arthritis. J Bone Joint Surg Am 2002; 84: 342-347*
5. *Lee Hi, Lee KH, Koh, KH et al. Long-term results of arthroscopic wrist synovectomy in rheumatoid arthritis. J Hand Surg Am 2014; 39: 1295-1300*
6. *Adolfsson L. Arthroscopic synovectomy of the wrist. Hand Clin 2011; 27: 395-399*
7. *Pan X, Zhang X, Liu Z et al. Treatment for chronic synovitis of knee: arthroscopic or open synovectomy. Rheumatol Int 2012; 32: 1733-1736*
8. *Kang HJ, Park MJ, Ahn JH et al. Arthroscopic synovectomy fort he rheumatoid elbow. Arthroscopy 2010; 26: 1195-1202*
9. *Goetz M, Klug S, Gelse K et al. Combined arthroscopic and radiation synovectomy of the knee joint in rheumatoid arthritis: 14-year follow-up. Arthroscopy 2011; 27: 52-59*
10. *Kerschbaumer F, Kandziora F, Herresthal J et al. Combined arthroscopic and radiation synovectomy in rheumatoid arthritis. Orthopäde 1998; 27: 188-196*
11. *Munoz MA, Augoyard R, Canovas F et al. Surgical treatment of hindfoot inflammatory diseases: 107 arthrodesis. Orthop Traumatol Surg Res 2012; 98 (6 Suppl): S85-90*
12. *Elherik FK, Beattie N, Breusch SJ. The Mannerfelt wrist arthrodesis- a study of patient-reported outcomes in a rheumatoid population. Surgeon 2014; 12: 78-81*
13. *Trieb K, Machacek P, Hofstaetter SG et al. Radio-lunate arthrodesis in rheumatoid arthritis: outcome and techniques. Arch Orthop Trauma Surg 2013; 133: 729-734*
14. *Coughlin MJ. Rheumatoid forefoot reconstruction. A long-term follow-up study. J Bone Joint Surg Am 2000; 82: 322-341*
15. *Glehr M, Jeserschek R, Gruber G et al. Klinische und radiologische Ergebnisse der Resektions-Suspensions-Interpositionsarthroplastik bei Rhizarthrose. Z Orthop Unfall 2010; 148: 326-331*
16. *Jämsen E, Huhtala H, Puolakka T et al. Risk factors for infection after knee arthroplasty. A register-based analysis of 43,149 cases. J Bone Joint Surg Am 2009; 91: 38-47*
17. *Everhart JS, Bishop JY, Barlow JD. Medical comorbidities and perioperative allogenic red blood cell transfusion are risk factors for surgical site infection after shoulder arthroplasty. J Shoulder Elbow Surg 2017; doi: 10.1016/j.jse.2017.04.006 [epub ahead of print]*
18. *Strangfeld A, Eveslage M, Schneider M et al. Treatment benefit or survival of the fittest: what drives the time-dependent decrease in serious infection rates under TNF inhibition and what does this imply for the individual patient? Ann Rheum Dis 2011; 70: 1914-1920*

SteelcoBelimed setzt neue Maßstäbe in der Branche durch wegweisende Innovationen, höchste Zuverlässigkeit und ein hohes Engagement für die Kundenzufriedenheit. Wir sind Ihr verlässlicher Partner, wenn es um kundenspezifische Lösungen zur Aufbereitung chirurgischer Instrumente geht.

steelcobelimed.com

SteelcoBelimed Miele Group Member

MICADO
HEALTH CARE

Innovative Versorgung schon heute leben

Dafür stehen wir...

- **Verlässlichkeit**: 20 Jahre Erfahrung und vertrauensvolle Partnerschaften im Gesundheitswesen.
- **Innovation**: Verträge mit über 40 Krankenkassen für immer neue Versorgungsangebote.
- **Qualität**: Hohe Standards in Service, Unterstützung und Abrechnungsqualität.
- **Komplettservice**: Abrechnungsprüfung und zeitnahe Auszahlung aus einer Hand.

SCAN ME!

Ihre Vorteile

- **Zugangsvorteil**: Mit nur einer Unterschrift sichern Sie sich den kostenlosen Zugang zu über 40 Krankenkassen.
- **Zeitersparnis**: Effizientes Praxismanagement durch unseren Leistungsgrouper.
- **Planungssicherheit**: Klare Übersicht über vereinbarte Leistungen und deren faire, extrabudgetäre Vergütung
- **Unabhängigkeit**: keine Abrechnungsbindung oder Mindestmengen

Telefon: 040 - 64 22 60 80 team@micado.healthcare https://micado.healthcare

MICADOC
MICADO DOC GMBH

Hybrid-DRG - effizient und digital

Dafür stehen wir...

- **Spezialisierung**: Hybrid DRG-Abrechnung mit allen gesetzlichen Krankenkassen.
- **Erfahrung**: fundiertes Wissen und umfangreicher Expertise in medizinischer Abrechnung.
- **Effektivtät**: praxisnahe und einfache Lösungen für reibungslose und präzise Prozesse.
- **Effizienz**: Minimieren des Aufwands und Maximierung der finanziellen Ergebnisse.

SCAN ME!

Ihre Vorteile

- **Fachkompetenz**: Erfahrenes Fachpersonal mit fundiertem Wissen im Bereich der DRG-Abrechnung.
- **Effizienz**: Reibungslose und zeitnahe Abwicklung ohne Kassenärztliche Vereinigung.
- **Entlastung**: Auslagerung ermöglicht die Konzentration auf Ihre Patientenversorgung.
- **Wirtschaftlichkeit**: Angebot ohne Mindestmengen oder Abrechnungsbindung.

Telefon: 040 - 2984 903 - 0 team@micado.doctor https://micado.doctor

Dr. Walter Wetzel-Roth

REGRESSE

EINE SUBJEKTIVE DARSTELLUNG AKTUELLER ASPEKTE DER DERZEITIGEN REGRESSSITUATION

Regresse können Ärzt:innen auf zwei Arten treffen: im Bezug auf ärztliche Leistungen oder Verordnungen.

Grundsätzlich können Prüfverfahren dann eingeleitet werden, wenn Auffälligkeiten auftreten, z. B. bei Medikamenten, Verordnungen von Hilfsmitteln, Physiotherapie, der Überschreitung der (abgerechneten) Arbeitszeit (Stichwort Plausibilitätsprüfung) u. a. m. Nach dem Gesetz müssen sich Ärzt:innen, die – nach Abzug aller Praxisbesonderheiten – ihr Richtgrößenvolumen um 15 bis 25 Prozent überschreiten, beraten lassen. Liegt die Überschreitung bei mehr als 25 Prozent, wird ein Regress festgesetzt.

Arzneimittelregresse sind gefürchtet

Allerdings ist die „gefühlte Bedrohung" höher als die tatsächliche Zahl der verhängten Regresse. So ergab eine Umfrage der Ärzte Zeitung 2018, dass deutschlandweit weniger als 100 Regresse verhängt worden seien. Die Wahrscheinlichkeit, als kassenärztlich tätige:r Vertragsarzt:ärztin von einem Regress betroffen zu sein, erscheint somit sehr gering. Allerdings kann diese Situation jedoch schnell zu erheblichen finanziellen Folgen führen, von der persönlichen Betroffenheit und dem Ärger ganz zu schweigen.

Auslöser für diese Regresse sind die statistischen Auffälligkeitsprüfungen der KVen. Angeblich spielen diese jedoch in den letzten Jahren kaum noch eine Rolle, nachdem Verstöße zuerst zu einer Beratung führen („Beratung vor Regress") und erst im Wiederholungsfall sanktioniert werden sollen. Das hat sich in den letzten 20 Jahren erheblich gebessert, nachdem es in der Zeit zwischen 2003 und 2010 durch die veränderte Rechtslage zu einem erheblichen Anstieg der Regresse gekommen war.

Chirurg:innen dürften in der Vergangenheit eher seltener als andere Arztgruppen von Medikamentenregressen betroffen gewesen sein. Es sind beispielsweise Tuberkulosetherapeutika, Antibiotika, Virostatika, Immuntherapeutika und Onkologika, die teilweise sehr hochpreisig sind und auf Kassenseite („Kostenträger") schnell Aufmerksamkeit erregen.

Neben statistischen Auffälligkeitsprüfungen auch Einzelfallprüfungen

Die Möglichkeit der Einzelfallprüfung erfolgt nicht „automatisch", sondern erst auf Antrag einer Kasse. Hier werden die konkreten Verordnungen für einzelne Versicherte geprüft. Bei Einzelfallprüfungen gilt die Ausnahme von der Regel, dass vor dem Regress eine Beratung stattfinden muss.

Laut Virchowbund werden Einzelfallprüfungen seit 2022 häufiger und verstärkt durchgeführt. So fiel beispielsweise die VIACTIV im Zusammenhang mit spezifischer Immuntherapie (SIT) von Allergiepatienten, wobei wohl hauptsächlich HNO-ärztliche Kollegen betroffen waren, mit systematischen Einzelfallprüfungen auf. Bei dieser Art Prüfung gilt eine Bagatellgrenze. Je nach KV liegt diese zwischen 30 und 60 Euro /Arzt/Quartal. In diesen Fällen führt auch eine festgestellte Unwirtschaftlichkeit nicht zur Sanktion. Liegt die Forderung der Kasse über der Bagatellgrenze, wird ein Prüfverfahren der KV eingeleitet.

Geprüft wird:

- Einhaltung der Arzneimittelrichtlinie und gesetzlicher Rahmenbedingungen
- Indikation
- Verordnungsmenge
- korrekte Kodierung der zulassungskonformen Diagnose(n) und anderer erstattungsrelevanter Bedingungen

Verstöße gegen Arzneimittel-Richtlinien häufigster Auslöser für Einzelfallprüfung

Laut AOK sind diese Verstöße häufigster Auslöser einer Einzelfallprüfung.

Zu Verstößen gegen die Arzneimittel-Richtlinien führen u. a. folgende Fehler:

- Verordnung zu großer Mengen (Chirurgen in Bayern sollen z. B. grundsätzlich nur N1-Mengen verordnen)
- Ungeprüfte Unterschrift von Rezepten, die von Mitarbeitern vorbereitet wurden (das dürfte mit Einführung des E-Rezeptes seltener vorkommen)
- Verordnung von oralen Kontrazeptiva bei Patientinnen ab dem 22. Lebensjahr
- Verordnung von Hypnotika über mehr als 4 Wochen
- Verordnung von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten (z. B. bei Bagatellerkrankungen nach dem 12. Geburtstag)
- einige Fixkombinationen (z. B. Analgetika oder Hämorrhoidenmittel in Kombination mit anderen Wirkstoffen, Migränemittel-Kombinationen)
- Verordnung, für die eine nicht verschreibungspflichtige Alternative existiert (z. B. Desloratadin statt Loratadin)

- generell von der Verordnungsfähigkeit ausgeschlossene Medikamente (z. B. Glitazone)
- Lifestyle-Medikamente

Weitere Regressgründe sind z. B.:

- Verordnung im „Off-Label-Use"
- Verordnung unwirtschaftlicher Mengen (auch Sprechstundenbedarf; z. B. Fentanyl-Pflaster, Benzodiazepin, Pregabalin)
- Verordnung sogenannter fiktiv zugelassener Arzneimittel (Contractubex®, Alvalin® Tropfen, Tenuate® retard)
- Unwirtschaftlicher Bezugsweg (Sprechstundenbedarf)
- Blankorezepte

Im Rahmen des Prüfverfahrens erhält der:die betroffene Arzt:Ärztin die Gelegenheit, eine Stellungnahme abzugeben, weshalb die in Frage gestellte Verordnung aus medizinischer Sicht wirtschaftlich war. Die Dokumentation in der Patientenkartei soll dabei weiterhelfen.

Ärzt:innen immer wieder wegen der Verordnung von Verbandmitteln regressiert

In letzter Zeit häufen sich wieder Regressforderungen wegen Verordnung eines Arznei- oder Verbandmittels über den Sprechstundenbedarf. Diese Sprechstundenbedarfsverordnungen sind tückisch. So hat ein Arzt zurzeit ein Prüfverfahren, da er ein nicht haftendes Celluloseacetat-Maschennetz (Adaptic) weiter als Sprechstundenbedarf verordnete. Dieses Verbandmittel soll seit 2023 nicht mehr über den Sprechstundenbedarf, sondern auf den Namen des jeweiligen Patienten verordnet werden. Da die kleinste Packungsgröße jedoch 10 Stück enthält, ist eine Verordnung auf den Patienten dann nicht wirtschaftlich, wenn diese Verbandmittel seltener zur Anwendung kommen.

Gerade bei Patienten mit chronischen und schwer heilenden Wunden ist die Reaktion auf ein Verbandmittel nicht immer vorhersehbar.

Verwunderlich ist daher, dass die Empfehlung der Mitarbeiterin des Prüfungsausschusses in beschriebenem Fall lautete, die nicht benutzten – auf den Patienten verordneten – Wundauflagen „einzusammeln" und dem Sprechstundenbedarf zuzuführen. Dass genau diese Verfahrensweise de jure Unrecht ist und als Betrug an den Kassen gilt, wurde mit „Erstaunen" zur Kenntnis genommen.

Zur Vermeidung solcher Regresse werden häufig folgende Maßnahmen empfohlen:

- Verordnung von Arzneimitteln sowie Verbandmitteln im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots (sic!)
- Eine möglichst lückenlose Wunddokumentation inklusive Fotodokumentation bei der Behandlung von Patienten mit chronischen und schwer heilenden Wunden zur Begründung der Therapiemaßnahmen
- Bei der Prüfung werden Verordnungen von anerkannten Praxisbesonderheiten aus der Richtgrößenüberschreitung herausgerechnet.

Aus Baden-Württemberg wurde jetzt ein Fall bekannt, bei dem ein Kollege wegen der Verordnungen von sogenannten „modernen Wundauflagen" nach Einführung eines modernen Wundmanagements im Sprechstundenbedarf ein Prüfverfahren hatte und mit einer erheblichen Regressforderung konfrontiert ist. Eigentlich ist bei der geschilderten Praxiskonstellation von eine Praxisbesonderheit auszugehen, nämlich der der spezialisierten Behandlung von Menschen mit chronischen und schwer heilenden Wunden (Ulkus cruris und andere Wunden bei chronisch venöser Insuffizienz, pAVK und Diabetes mellitus sowie anderen Ätiologien). Das Verfahren ist noch nicht beendet.

Zunahme von Prüfungen wegen Off-Label-Use

Der Grund dafür ist, dass die Pharmazentralnummer (PZN) des Arzneimittels und die dokumentierte Behandlungsdiagnose mittlerweile automatisch abgeglichen werden. Sobald eine gesicherte Diagnose fehlt, werten Kassen das als Off-Label-Use. Unbeabsichtigter Off-Label-Use kann auch durch Abweichung bei der zugelassenen Dosierung und Anwendungsdauer auftreten. Das gilt beispielsweise für Analgetika, Opioide, Pyrazolone, Co-Analgetika und Cannabinoide.

2010 führte der unbeabsichtigte Verlust der PZN-Nummer (initial handelte sich um einen Programmierfehler der ABDA-Datenbank) eines Verbandmittels, der WoundEL-Verbandelektrode zu Regressforderungen gegenüber einem Arzt in Höhe von über 205.000 Euro. In diesem Fall wurde die Off-Label-Definition analog auf das Verbandmittel übertragen. Schlussendlich hatte das zur Folge, dass das Therapieverfahren in Deutschland nicht mehr zur Verfügung steht. Der Hersteller war gezwungen, das Produkt aufzugeben und zu verkaufen.

Der Virchowbund empfiehlt Ärzt:innen, anhand der Dokumentation in der Patientenakte die Indikation und Morbidität nachzuweisen, auch wenn die gesicherte Diagnose fehlt. In den meisten Fällen könne dadurch der Regress abgewendet werden. Nachfolgend die Empfehlungsliste des Virchowbundes zur Regressvermeidung:

Regressauslöser	Prävention / Gegenmaßnahme
Off-Label-Use	Indikation (gesicherte Diagnose), Dauer und Menge immer prüfen und dokumentieren
Verordnungsausschluss	Automatisiert PVS-Warnung
Sprechstundenbedarf	Bezugsweg prüfen / namentliche Verordnung
Entlassmedikation	Indikation, Dauer und Menge prüfen; nicht auf Krankenhaus-Angaben verlassen
Verordnung während stationärem Aufenthalt	Bei Folgerezept: Erklärung, dass der stationäre Aufenthalt nicht bekannt war. Im Pflegeheim: Patient immer persönlich sehen
Verordnung an Verstorbene	Patient immer persönlich sehen
Blankorezept	Nicht ausstellen
Gefälligkeitsverordnung	Nicht ausstellen

Hinweis:

Beim Bundeskongress Chirurgie 2025 wird das Thema Regresse im Rahmen des Wundsymposiums noch einmal ausführlich diskutiert. Alle Leserinnen und Leser sind eingeladen, sich mit dem Autor in Verbindung zu setzen, falls sie von Regressen betroffen sind.

Kontakt:
info@wetzel-roth.de

Bundeskongress Chirurgie 21.–22. Februar 2025

DAS AMBULANTE OPERIEREN HAT EINE LEUCHTENDE ZUKUNFT!

Von Dr. Frank Sinning und Dr. Frido Mütsch

In naher Zukunft sollen zahlreiche kleine Krankenhäuser geschlossen werden, in denen heute noch Hernien, Hämorrhoiden und Metallentfernungen stationär durchgeführt werden. Die Mehrzahl dieser für unsere Bevölkerung notwendigen Basiseingriffe werden künftig ambulant in den Praxen der niedergelassenen Chirurginnen und Chirurgen erfolgen. Als Berufsverband der niedergelassenen Chirurginnen und Chirurgen arbeiten wir zusammen mit den Partnerverbänden dieses Kongresses daran mit, dass diese Transformation gelingt, indem wir unsere Mitglieder auf diese Veränderungen vorbereiten und die Weiterbildung der zukünftigen Chirurgen mitgestalten.

Alle müssen ihr Spektrum erweitern und ihre OP-Zentren darauf einrichten, mehr und größere Eingriffe durchzuführen.

Diese und weitere Themen stehen im Mittelpunkt des Berufspolitischen Nachmittags auf dem Bundeskongress Chirurgie 2025, der unter dem Motto „Besser heilen – ambulant operieren" stattfindet. Gemeinsam mit der Politik wollen wir Antworten und Lösungen finden, um die Zukunft der ambulanten Chirurgie zu sichern und weiterzuentwickeln.

EIN FORUM FÜR DEN MEDIZINISCHEN NACHWUCHS

Auch 2025 wird es ein eigenes Forum für junge Ärztinnen und Ärzte geben, in dem praxisnahes Wissen rund um die Themen Finanzierbarkeit der Weiterbildung, Umsetzung des OP-Katalogs und die Niederlassung vermittelt wird. Medizinstudierende können in ihrem eigenen Zukunftsforum wertvolle theoretische und praktische Einblicke in die Chirurgie gewinnen.

SPANNENDE FACHSITZUNGEN UND NEUESTE ENTWICKLUNGEN

Das wissenschaftliche Programm des Kongresses bietet eine Fülle an Seminaren und Kursen, die es den Teilnehmenden ermöglichen, ihre Fortbildungsvorgaben zu erfüllen. In Themenbereichen wie Kindertraumatologie, Gutachten, Reha-Management und Strahlenschutz werden aktuelle Entwicklungen und Best Practices vermittelt.

Die Fachsitzungen decken ein breites Spektrum ab: von Viszeral-, Gefäß- und Fußchirurgie über bariatrische Chirurgie, Robotik, Proktologie, Unfall- und Kinderchirurgie bis hin zum Hernien- und Wundsymposium. Daneben bieten das BAO-Symposium sowie das BNC-Forum niedergelassenen Chirurginnen und Chirurgen Raum für Diskussionen über wichtige Themen wie die Ambulantisierung und Hybrid-DRG. Neu sind die Themen „Chirurgie der Kriegsverletzungen" sowie „Medizinische Informatik und künstliche Intelligenz", die erstmals auf dem Kongress behandelt werden.

VERNETZUNG UND AUSTAUSCH IM MITTELPUNKT

Der Bundeskongress ist nicht nur eine Plattform für berufspolitische Fragen und fachliche Inhalte, sondern auch ein Ort der Begegnung und des Austauschs. Nutzen Sie die Gelegenheit, sich mit Kolleginnen und Kollegen beim Get-together am Freitagabend auszutauschen, und besuchen Sie die zweitägige Industrieausstellung, um sich über die neuesten Entwicklungen zu informieren.

PROGRAMM

- Fachthemen der Allgemein-, Viszeralchirurgie, Kinderchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Fußchirurgie, Proktologie
- Chirurgie der Körperoberfläche
- Robotik
- Bildgebung
- Berufspolitischer Nachmittag
- Der D-Arzt: Heute und Morgen
- Chirurgie der Kriegsverletzungen
- Junges Forum
- Hernien-Symposium
- Wundsymposium
- Gutachten-Seminar / Rehamanagement / Kindertraumatologie (DGUV zertifiziert)
- Tag der medizinischen Fachberufe
- Phlebologie
- Juristischer Notfallkoffer
- Zukunftsforum für Studierende
- Workshops

Auch in diesem Jahr bieten wir alle von der Berufsgenossenschaft geforderten Fortbildungsveranstaltungen an.

Informationen unter www.bundeskongress-chirurgie.de

BESSER HEILEN

BUNDESKONGRESS CHIRURGIE 2025
BNC · BAO SEKTORENUNABHÄNGIG FACHÜBERGREIFEND
CHIRURGEN · ANÄSTHESISTEN · OPERATEURE
GEMEINSAM STARK
21. – 22. Februar 2025, NürnbergConvention Center

AMBULANT OPERIEREN

zur Homepage:

zur Anmeldung:

Veranstalter / Organisation / Information
MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg GmbH
Neuweider Str. 9, 90411 Nürnberg
09 11 / 393 16 39 · 09 11 / 393 16 20
info-bch@mcn-nuernberg.de
www.bundeskongress-chirurgie.de

BNC | BAO Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V.

Rechtsanwalt Jörg Hohmann

KRANKENHAUSREFORM:

GERICHT BESTÄTIGT WEITEN SPIELRAUM BEI DER AMBULANTISIERUNG

Beschluss des OVG Lüneburg vom 28.09.2023 – 14 ME 75/23

Bürger haben keinen Anspruch auf die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in einer bestimmten Art und Weise oder Änderungen der bestehenden Verhältnisse, sie müssen die Umwandlung einer Klinik in ein Gesundheitszentrum hinnehmen.

Mit diesem Entscheid wurde die Klage eines Bürgers endgültig abgewiesen, der befürchtete, dass die Sicherstellung der medizinischen Versorgung nicht gewährleistet bleibt, wenn eine Klinik in ein MVZ umgewandelt wird. Im vorliegenden Fall ging es um die Umwandlung der Ubbo-Emmius-Klinik in ein regionales Gesundheitszentrum. Hier hatte der klagende Bürger versucht, dieses Vorhaben unter Hinweis auf das Grundgesetz und die Regelung zur Krankenhausfinanzierung aufzuhalten. Nach Auffassung des Senats können Bürger jedoch weder aus dem Grundgesetz noch aus dem niedersächsischen Krankenhausgesetz subjektive Rechte auf eine Sicherstellung der medizinischen Versorgung in einer bestimmten Art und Weise für sich herleiten.

Die bisherige Klinik war unter dem Dach der Trägergesellschaft Kliniken Aurich-Emden- Norden mbH strukturiert, Gesellschafter sind die Stadt Emden und der Landkreis Aurich. Der Verbund erwirtschaftete nach eigenen Angaben 2021 ein Minus von € 12,1 Mio., davon € 5,2 Mio. bei der Klinik Norden und € 6,1 Mio. beim Klinikum Emden. Der Aufsichtsrat hatte daher beschlossen, das Krankenhaus im Norden ab Juli 2023 in ein Gesundheitszentrum umzuwandeln.

Dagegen wollte der Bürger mit einem Eilantrag vorgehen, den das VG-Oldenburg am 13.06.2023 – 7 B 1558/23 abgewiesen hat. Das Gericht war der Auffassung, dass die mit den Schutzpflichten aus Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 GG verbundenen Ansprüche im Hinblick auf die den zuständigen Stellen einzuräumen der bei der Gestaltungfreiheit bei der Erfüllung der Schutzpflichten nur darauf gerichtet sei, dass die öffentliche Gewaltvorkehrungen zum Schutz des Grundrechts treffe, die nicht völlig Ungeeignet oder völlig unzugänglich seien. Diese Entscheidung wurde durch den Senat bestätigt. Zwar verbiete es das Grundgesetz, dass sich der Staat „schützend und fördernd vor die Rechtsgüter des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit" stelle, dabei haben die zuständigen öffentlichen Stellen aber eine weite Gestaltungsfreiheit. Einen Anspruch auf bestmöglichen Schutz gebe es nicht. Art und Umfang dieses Schutzes seien eine politische Entscheidung. Wie die staatlichen Organe ihre Verpflichtung zu einem effektiven Schutz des Lebens erfüllen, sei von ihnen grundsätzlich in eigener Verantwortung zu entscheiden. Dass diese Schwelle bei der Umwandlung eines Krankenhauses in ein MVZ erreicht ist, konnte der Senat nicht feststellen. Vielmehr werde weiterhin eine notfall- und intensivmedizinische Versorgung sichergestellt. Bereits seit Jahren könnten dringliche lebensbedrohliche Notfälle wie Herzinfarkte, Schlaganfälle und Polytraumen nicht an dem jetzt streitigen Standort behandelt werden und wurden folgerichtig vom Rettungsdienst in ein anderes geeignetes Krankenhaus transportiert. Eine Verschlechterung der Akutversorgung sei durch die Modifikation des Angebots nicht eingetreten.

Die übrige Notfallversorgung sei auch nach Umwandlung des medizinischen Versorgungsangebots gesichert: Am Standort befinde sich weiterhin eine bedarfsgerechte Notfallversorgung in dem relevanten Zeitfenster. Soweit erforderlich, könnten allgemein internistische Patienten auch über Nacht für einige Tage kurz stationär versorgt werden. Die Leistungen der palliativen Medizin und Schmerztherapie würden weiterhin in der mit 25 Betten ausgestatteten internistischen Kurzliegestation angeboten. Zudem würden zwei zusätzliche Intensivbetten vorgehalten und eine zusätzliche normal Station mit einer Kapazität von 10 Betten etabliert. Zudem werde die Vorgabe, dass der Rettungsdienst in 95 % aller Fälle innerhalb von 15 Minuten am Einsatzort eintreffe, eingehalten. Damit liege in der summarischen Prüfung ein Verstoß gegen das Verfassungsrecht nicht vor.

Dieser Entscheid kann aufzeigen, wie eine mögliche Versorgung nach Inkrafttreten der Krankenhausreform ab dem Jahr 2025 bei der Umwandlung von kleinen regionalen Krankenhäusern in sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen entschieden werden könnte. Verfassungsrechtlich lässt sich aus der Daseinsvorsorge kein Anspruch auf unmittelbare räumliche Nähe eines Krankenhauses herleiten. Aufgrund des dennoch bestehenden Bedarfs dürfte sich in solchen Fällen das Arbeitsaufkommen für bislang ambulant tätige Ärzte erhöhen. Diese Aussicht ist insoweit interessant, da die Behandlung der Patienten dann nicht mehr statusabhängig (als Vertragsarzt), sondern diagnosebezogen (ambulant-stationäre Versorgung) erfolgt, was den Weg eines zusätzlichen Vergütungs-

modells eröffnet. In diesen Fällen erscheint eine enge Verzahnung von ambulanten und stationären Leistungserbringern im Sinne einer einheitlichen Versorgung sinnvoll, um Patienten wohnortnah zu versorgen.

Hierzu wird es mutmaßlich unterschiedlichste Kooperationsmodelle geben: von Kooperationen (Beauftragung) bis hin zur Anstellung. Zu beachten sind dabei auch steuerliche Aspekte, da weitgehend ungeklärt ist, ob staatlich subventionierte Einrichtungen auch für die ambulante Versorgung durch selbstständig tätige ambulante Leistungserbringer genutzt werden können. Unabhängig davon erscheint ein solches kooperatives Vorgehen die einzige Möglichkeit, den Ärzte- und Fachkräftemangel auf beiden Seiten zu überwinden und zugleich die Versorgung aufrechtzuerhalten.

Rechtsanwalt Jörg Hohmann

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

Brandstwiete 4, 20457 Hamburg

Telefon 040 3910697
Telefax 040 3910697-10

www.gesundheitsrecht.com

Info:
Herr Hohmann wird auf dem Bundeskongress Chirurgie am Samstag, den 22.02.2025 zwischen 08.00 und 09.00 Uhr den sogenannten „Juristischen Notfallkoffer“ anbieten.

Einfach eine saubere Sache

RICHARD WOLF
spirit of excellence

Dicht und nachhaltig!
Wartungsfreie Spülhähne
für die hygienisch korrekte Aufbereitung

EIN ERFAHRUNGSBERICHT

KOOPERATION ZWISCHEN KRANKENHAUS UND VERTRAGSÄRZTLICHER ANÄSTHESIEPRAXIS

Dr. med.
Roberto Castello

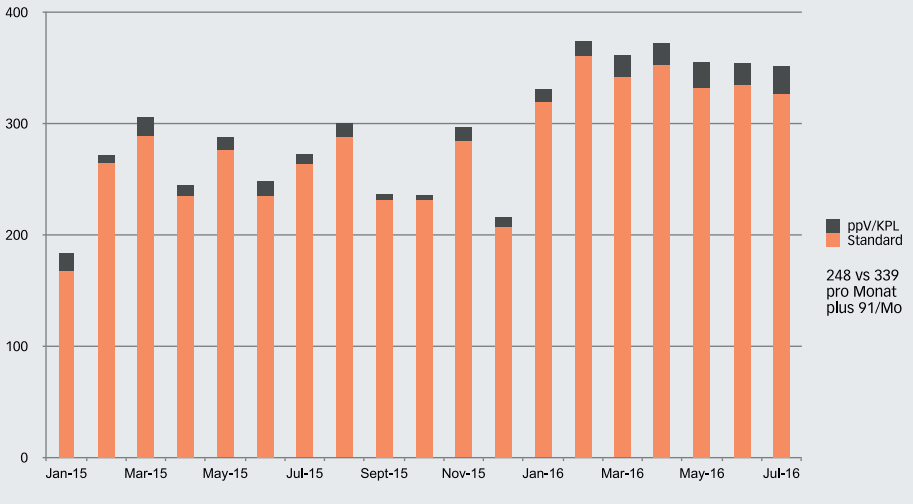
Von 2010 bis 2020 kooperierte unsere anästhesiologische Gemeinschaftspraxis mit der Augenklinik eines kommunalen maximalversorgenden Krankenhauses. Im Folgenden schildern wir die Erwartungen der Klinik, Effekte der gemeinsamen Umsetzung von erforderlichen Prozessanpassungen für die überwiegend ambulant durchführbaren Eingriffe sowie die Umstände der Beendigung der Zusammenarbeit.

Die Initiative für die Zusammenarbeit ging von der Leitung der Augenklinik aus. Dort wünschte man sich für die in Lokalanästhesie ambulant operierbaren Patientinnen und Patienten eine Steigerung der Patientenzufriedenheit durch eine anästhesiologische Versorgung, die die hauseigene Fachklinik aus Kapazitätsgründen nicht leisten konnte. Im Vordergrund standen neben einer zuverlässigen Eingriffstoleranz Komfort und Sicherheit für die meist älteren Patientinnen und Patienten mit relevanten Nebenerkrankungen[1]. Seitens der Geschäftsführung des Krankenhauses erwartete man effizientere Abläufe und idealerweise eine Steigerung der Fallzahlen.

OP-Bereich	Heterogene OP-Programme
	Multiple Funktionsbindung der Operateure
	Instrumentenaufbereitung – Sterilisation
Ambulanz	Einbestellung und Wartebereich(e)
	Clearing: Voruntersuchung / fehlende Befunde
	Vorbereitung (Mydriasis)
	Einschleusen
Station	Aufnahme, Abruf, Transport (liegend)
Administration	Freigabe im KIS
	Akten/Dokumentation

Auswirkung der Maßnahmen auf die Entwicklung der Fallzahlen Elektiv-Ops

Neue vitreoretinale OP-Techniken mit kleiner kalibrigen Instrumenten und neue Methoden der Hornhauttransplantation; Kurzdauernde Standard-Eingriffe: Katarakt-OP und MIGS



Zeitraum der Prozess-Analyse; Mitbehandlung an 5 Tagen/Woche — Umsetzung

Nach einer zweiwöchigen Phase des Kennenlernens durch die Mitbehandlung bei ambulanten Kataraktoperationen in den High-Volume-Slots zweier Werktage pro Woche wurden wir gefragt, ob wir an allen Werktagen und nach Möglichkeit auch an den Behandlungen stationär zu versorgender Patienten teilnehmen könnten. Wir verabredeten eine mehrwöchige Analyse aller Prozesse im OP, in der Ambulanz einschließlich aller Funktionsarbeitsplätze und der Bettenstation der Augenklinik. Wir identifizierten diverse Strukturen und Routinen (Tab. 1), die als „Flaschenhälse" die effektiven Nutzungszeiten der zwei Operationssäle und des eingesetzten Personals beeinflussten. Daraufhin wurden über den Zeitraum eines Kalenderjahres vielfältige gemeinsam abgestimmte Prozessveränderungen eingeleitet, deren vollständige Umsetzung im Jahr darauf folgte. Unser Personalaufwand belief sich auf einen Facharzt für Anästhesiologie und eine Anästhesiefachkraft im OP sowie je

nach Case-Load auf zwei bis drei MFA in der Holding Area und der postoperativen Überwachung, am Empfang und bei der digitalen Aktenverwaltung. Dadurch ließen sich zwei Klinikmitarbeiterinnen für andere Aufgaben in der Ambulanz freisetzen. Eine Anpassung der regulären Betriebszeit der OP-Einheit oder der Arbeitsschichten des Klinikpersonals war nicht erforderlich. In der Abbildung ist dargestellt, wie sich die Maßnahmen auf die Anzahl der Behandlungsfälle auswirkte.

Infolge des BSG-Urteils vom Juni 2019 zur Sozialversicherungspflicht von honorarärztlicher Tätigkeit[2] kündigte das Krankenhaus sämtliche Kooperationsverträge mit Vertragsärzten zum Ende des Kalenderjahres binnen Monatsfrist. Da die Augenklinik weiter bestehenden Bedarf anmeldete und unsere Kündigung nicht vertragskonform erfolgt war, vereinbarten wir eine Fortsetzung der Zusammenarbeit bis zum vertraglichen Ende der Kooperation bzw. interimistisch bis zu einer gerichtsfesten Lösung. In den folgenden Monaten beharrte die Finanzbuchhaltung allerdings auf ihrer Auffassung, dass der generierte Honorarumsatz für die Leistungen unserer Praxis nunmehr als Bruttogehalt eines abhängig beschäftigten Arztes zu verbeitragen sei (einschließlich des Abzugs von Lohnsteuer und Krankenkassenbeiträgen an die AOK). Daher mussten wir zur Begrenzung des entstehenden wirtschaftlichen Schadens die Kooperation beenden.

Unser Fazit

Das Potenzial für Ambulantisierung am Krankenhaus ist groß. Insbesondere besteht Beratungsbedarf für Prozessoptimierung und deren tatsächliche Umsetzung. Die Rechtslage behindert Kooperationen durch die Vorgaben der Sozialgesetzgebung, das Agieren der DRV und die Rechtsprechung der Sozialgerichte. Rechtssicher sind derzeit nur Teil-Anstellungsverhältnisse oder die Arbeitnehmerüberlassung (teuer für das Krankenhaus, bürokratische Antragspflicht für kooperierende Praxen).

Ausblick

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales lehnt gesetzgeberische Anpassungen zur Erleichterung von Kooperationen ab.

Hinsichtlich der Rechtsverordnung des BMG zum AOP-Vertrag mit Einführung der H-DRG-Systematik dürfte der Deutsche Verein für Krankenhaus-Controlling mit seiner Einschätzung für die Krankenhäuser richtig liegen: „Damit bleibt den Akteuren nichts anderes übrig, als die Prozesse möglichst schnell anzupassen und die Menge der ambulanten Eingriffe zu steigern. Oder das Behandlungsspektrum zu verändern und dieses Feld anderen Anbietern zu überlassen.“[3]

1 Anästh Intensivmed 2019;60:145–148
2 BSG Az.: B 12 R 11/18 R
3 Deutscher Verein für Krankenhaus-Controlling e.V. in F&W 11/23 S. 1027

Dr. med. Roberto Castello
Facharzt für Anästhesiologie in Teltower Damm 19, 14169 Berlin
BDA Landesvertreter,
Gründungsmitglied ANBB und AND

Dr. Holger Brinkmann

ANC WESTFALEN-LIPPE:

BERICHT ZUM KONGRESS IN DORTMUND

Vom 16. bis 17. Mai 2024 wurde in den Westfalenhallen Dortmund der visceralchirurgische Kongress NRW veranstaltet. Auch die ANC Westfalen-Lippe e. V. (ANC WL) war dort vertreten.

Am Donnerstag 16. Mai fand die Session „Der Viszeralchirurg in der Niederlassung – Erfolgsmodell oder vorhersehbares finanzielles Desaster" unter dem Vorsitz des Vorsitzenden der ANC WL, Dr. Holger Brinkmann, statt.

Dr. Michael Demmel aus Arnsberg referierte über 20 Jahre Hernienchirurgie in der Niederlassung. Dr. Heiko Balkenhol aus Erwitte berichtete, als erst seit einigen Jahren niedergelassener Chirurg, von seiner Tätigkeit unter dem Titel: „Niederlassung als Visceralchirurg! Mehr als eingewachsene Zehennägel?"

In einer Runde von 15 bis 20 Zuhörern kam es zu regen Diskussionen und letztendlich waren sich alle einig, dass die Ambulantisierung und auch die Ausbildung (z. B. Leistenhernien-Operationen) nur in Kooperationen mit den erfolgreich tätigen niedergelassenen chirurgischen (visceralchirurgischen) Fachärzt:innen gelingen wird. Ebenfalls einig waren sich alle darüber, dass dieses bisher nicht von den aktuellen politischen Akteuren erkannt wurde (oder aber bewusst nicht erkannt wird).

Am Freitag 17. Mai nahm der 1. Vorsitzende der ANC WL, Dr. Holger Brinkmann, an der Podiumsdiskussion zum Thema „Zukunft der Visceralmedizin im Kontext der Gesundheitsstruktur-Reform" teil. Letztendlich ging es um die Umsetzung der Krankenhausreform unter den aktuellen finanziellen Möglichkeiten aus Sicht der Viszeralchirurgen und Gastroenterologen.

Aufmerksam wurde der Impulsvortrag des ANC-Vorsitzenden verfolgt und mit viel Applaus bedacht. Er stellte nur einige Zahlen aus der Niederlassung vor: Bei noch ca. 300 niedergelassenen Chirurgen im Landesteil Westfalen-Lippe mit knapp 1.000 Kassenscheinen bedeutet dies bei der geforderten Abschaffung der sogenannten „doppelten Facharztschiene" eine Belastung der chirurgischen Ambulanzen der nach der Reform verbliebenen Krankenhäuser von 100.000 Patienten im MONAT! (Und dabei werden nur die Erstkontakte gezählt!). Diese klare Position regte doch zum Nachdenken – auch bei den anwesenden politischen Entscheidungsträgern – an!

Am Nachmittag hielt der ANC-Vorsitzende noch einen Impulsvortrag zum Thema „Ambulantisierung – was ist möglich und was ist gefährlich aus Sicht des Spezialisten für ambulante operative Behandlungen – des niedergelassenen Facharztes für Chirurgie". Er erneuerte sein Angebot an die leitenden Klinikärzte, die Geschäftsführer der Kliniken, aber auch an die Vorsitzenden der Fachgesellschaften, sich mit uns niedergelassenen Chirurgen ins Benehmen zu setzen. WIR können ambulantes Operieren auch unter den aktuellen finanziellen Rahmenbedingungen. Letztendlich war das Fazit zum Ende der Diskussion: Kliniken sind nicht in der Lage, gleichzeitig Ausbildung zu betreiben und ambulantes Operieren durchzuführen. Der finanzielle Druck sei so hoch, dass die Ausbildung zum Operateur womöglich auf der Strecke bleiben wird.

Für die ANC WL
Dr. Holger Brinkmann

FA für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie, zertifizierter Fußchirurg

Krummel 1
59494 Soest

Telefon: 02921 9439434
Telefax: 02921 3454393
E-Mail: praxis-dr-brinkmann-soest@outlook.de

Dipl.-Med. Ingo Menzel
ANC Mitteldeutschland

ANC MITTELDEUTSCHLAND

THÜRINGER ORTHOPÄDISCH-UNFALLCHIRURGISCHES SYMPOSIUM IN WEIMAR

Nach den pandemiebedingten Absagen der traditionellen orthopädisch-unfallchirurgischen Symposien des Verbandes der Leitenden Orthopäden und Unfallchirurgen Thüringen wurde im Sommer 2024 ein vielversprechender Neustart gewagt – und das in einem neuen Format.

Dank der Kooperation von ANC Mitteldeutschland, dem Berufsverband der Orthopäden und Unfallchirurgen Thüringen, dem Verband zur Förderung der ambulanten Chirurgie Gera, dem Verband der Leitenden Orthopäden und Unfallchirurgen Thüringen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen fand das Symposium vom 14. bis 15. Juni unter dem Motto „Chirurgie in Praxis und Klinik“ statt – und das ganz ohne Unterstützung durch Industrie oder Institutionen. Der Veranstaltungsort war das Kongress- und Veranstaltungszentrum der KV Thüringen, das bei sommerlichen Temperaturen einen idealen Rahmen bot.

Mehr als 80 Teilnehmerinnen und Teilnehmer genossen in der historischen Stadt Weimar zwei Tage lang ein abwechslungsreiches und spannendes Programm, das im Wesentlichen von Thüringer Expertinnen und Experten aus allen Versorgungsebenen gestaltet wurde. Themen wie die Erstdiagnostik an der Hand in Praxis oder Notfallambulanz, die komplexe Versorgung von Beckenringfrakturen, moderne Endoprothetik, Röntgendiagnostik, rationelle Handchirurgie, plastische Deckung von Gewebsdefekten und berufspolitische Aspekte, darunter die (h)DRG-Abrechnung und die sektorübergreifende Patientenversorgung wurden intensiv diskutiert. Auch die Herausforderungen im Hygienemanagement kamen zur Sprache.

Ein besonderer Höhepunkt war der Vortrag des BNC-Vorsitzenden Jan Henniger über die Zukunft der ambulanten Chirurgie in Deutschland, der vor allem bei den jüngeren Teilnehmenden für angeregte Diskussionen sorgte. Für den Nachwuchs gab es auch noch ein besonderes Highlight: eine zweiteilige Vorbereitungssession auf die Facharztprüfung Orthopädie und Unfallchirurgie, geleitet von erfahrenen Prüfern.

Die Landesärztekammer würdigte die zweitägige Teilnahme mit 16 Fortbildungspunkten. Insgesamt zogen alle Beteiligten eine positive Bilanz, weswegen eine mögliche Fortsetzung dieses bedeutenden, sektorübergreifenden Projekts – idealerweise mit noch mehr Teilnehmerinnen und Teilnehmern – sehr erfolgversprechend erscheint.

Für die ANC MitteldeutschlandL
Dipl.-Med. Ingo Menzel

Facharzt für Chirurgie
Facharzt für Unfallchirurgie / Orthopädie
D-Arzt für Arbeits- und Schulunfälle

Goetheplatz 8a
99423 Weimar

Tel.: 03643 / 85 09 20
Fax: 03643 / 85 09 19
E-Mail: chirurgie1.mvz7@mvz-weimar.de

Kooperationspartner des

BNC | BAO Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V.

Abrechnung von Hybrid-DRG`s: Kostengünstig, einfach und flexibel

Der Helmsauer Care Manager macht`s möglich

Die Abwicklung von Hybrid-DRG gem. §115f SGB V im Praxisalltag wird durch den Helmsauer Care Manager® erheblich vereinfacht. Die Software zeigt dem Leistungserbringer mit Unterstützung eines integrierten und zertifizierten DRG-Grouper in wenigen Schritten auf, ob ein Hybrid-DRG-Fall vorliegt und führt den Nutzer*innen intuitiv durch die Abrechnungserstellung.

Die von der REBECA health care GmbH (REBECA) entwickelte Abrechnungssoftware Helmsauer Care Manager® ermöglicht es, in Arztpraxen Leistungen gem. der Hybrid-DRG-Verordnung unkompliziert anzubieten und erbrachte Fälle ohne großen Verwaltungsaufwand abzurechnen. Die REBECA hat dafür in die Software einen zertifizierten DRG-Grouper integriert und zur Umsetzung mit dem Abrechnungsdienstleister Helmsauer Gruppe ein elektronisches und datengestütztes Abrechnungsverfahren ausgearbeitet.

Systematik

Das System Helmsauer Care Manager® arbeitet mit einem Zwei-Wege-Modell. Zum einen gibt es eine Erfassungssoftware zur Anlage der durchgeführten Eingriffe nach Hybrid-DRG pro Versicherten. Zum anderen gibt es ein Abrechnungsportal, in das die erfassten Daten zu übermitteln sind, um die Abrechnungen gegenüber den Kostenträgern anzustoßen.

Die Erfassungssoftware ist ein von der Helmsauer Gruppe entwickeltes Programm zur Erfassung und Abrechnung von Hybrid-DRG-Leistungen. Diese Software wird lokal auf allen benötigten Rechnern installiert, und unterstützt den Anwender*innen bei der Abrechnung von Leistungen im Rahmen der speziellen sektorengleichen Vergütung (§115f SGB V).
Die Software stellt dabei zunächst die Einwilligungserklärung für die Versicherten zur Verfügung und bietet nach Auswahl des Leistungsbereichs und der Eingabe von ICD-10 und OPSCode die berechnete Hybrid-DRG zur Erfassung an. Daraufhin kann die entsprechende Leistung abgerechnet und an die Helmsauer Gruppe zur weiteren Verarbeitung übertragen werden.

Das ebenfalls von der Helmsauer Gruppe in Eigenregie entwickelte Abrechnungsportal ist eine internetbasierte Online-Plattform zur Ein- und Übersicht für die teilnehmenden Ärzt*innen über erbrachte Leistungen, behandelte Patient*innen und erhaltene Auszahlungen im Rahmen der Hybrid-DRG-Abrechnungen.
Das Abrechnungsportal verarbeitet und überprüft die übertragenen Daten aus der Erfassungssoftware. Dazu muss in der Erfassungssoftware eine verschlüsselte Abrechnungsdatei erzeugt werden, die anschließend datenschutzgesichert in das Abrechnungsportal zu übermitteln ist. Die eingespielten Daten aus den Praxen in Kombination mit den hinterlegten Stammdaten jeder einzelnen Praxis und den Stammdaten einer Praxis zugeordneten Patient*innen stellen die Grundlage der Abrechnung gegenüber den Kostenträgern dar.

Prozesse

Der Prozess von der Arzteinschreibung über die Leistungserbringung bis zur Vergütung sieht dabei folgendermaßen aus:
Die Beauftragung zur Abrechnung Ihrer Hybrid-DRG-Fälle erfolgt direkt über die REBECA health care GmbH. Nach der dortigen Erfassung und Verarbeitung aller notwendigen Daten werden die teilnehmenden Ärzt*innen mit allen Unterlagen zur Installation und Nutzung des Helmsauer Care Manager® versorgt.
Sobald der Leistungserbringer die Software auf seinem Rechner installiert hat, kann er mit der Erfassung und Abrechnung der Hybrid-DRGs starten. Anschließend sind diese an REBECA zu übertragen, wo die Aufbereitung der Abrechnungsdaten zur Weiterleitung an die Kostenträger sowie eine Vorfinanzierung (wenn gewünscht) der erbrachten Leistungen erfolgt.

HELMSAUER GRUPPE

Die Vorteile

Die Vorteile des Helmsauer Care Manager® lassen sich abschließend wie folgt zusammenfassen:

- Integrierter zertifizierter DRG-Grouper
- Schlanke Prozesse durch schnelle Erfassung der Versichertendaten sowie der Diagnosen und OPS-Codes zur Generierung der Hybrid-DRG
- Vor- und nachgelagerte Überprüfung jeder Plausibilität für jede einzelne Leistung
- Vermeidung von fehlerhaften Abrechnungen
- Signifikante Reduktion des Bearbeitungsaufwands
- Sichere Übermittlung der Abrechnungsdaten
- Übersichtliche Kontrollmöglichkeiten von Abrechnungen und Auszahlungen

Exklusiv für BNC-BAO-Mitglieder

Nur 1,55 %*
regulär ohne 14-tägige Vorfinanzierung

für BNC-BAO-Mitglieder
1,25 %*

Nur 2,75 %*
regulär mit 14-tägiger Vorfinanzierung

für BNC-BAO-Mitglieder
2,45 %*

*zzgl. der jeweils gültigen gesetzlichen USt.

Die Software und alle zukünftigen Updates werden stets kostenlos sein. Bearbeitungsgebühren fallen für einen Leistungserbringer nur an, wenn auch tatsächlich Leistungen abgerechnet werden. Außerdem steht dem Leistungserbringer bei Rückfragen die telefonische Betreuung des Kompetenzzentrums der Helmsauer Gruppe von Montag-Freitag von 8:00-17:00 Uhr zur Verfügung.

Ihre Hotline bei der Helmsauer Gruppe:
0911-9292 304

Wir freuen uns über Ihren Anruf. Oder nutzen Sie gerne unser digitales Kontaktformular:

Stand: 28/10/2024

Kooperationspartner des

BNC | BAO Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V.

Cyberkriminalität im Gesundheitswesen ist Realität

Online-Webinarreihe

In Zeiten umfassender Konnektivität ist die Gefahr von Cyberattacken leider alltäglich geworden. Die Cyberkriminalität macht auch vor dem Gesundheitswesen nicht halt. Kaum eine Branche hantiert mit so sensiblen Daten, die es zu schützen gilt. Allerdings zeigt die Realität, dass Arztpraxen oftmals Informations- und Nachholbedarf in Bezug auf Schutzmaßnahmen haben. Viele Cyberattacken finden heute, von Servern gesteuert, rein zufällig statt. Diese schlagen dort zu, wo mangelnde Sicherheitsvorkehrungen sie nicht aufhalten.

Konzept:

Ziel der Webinarreihe ist es, BNC-BAO-Mitgliedern praxisorientiert mit der Realität und den aktuellen Entwicklungen der Cyberkriminalität im Gesundheitswesen vertraut zu machen und effektive, leicht umsetzbare Schutzmaßnahmen zu vermitteln. Über gezielte Trainings zur Prävention vor den häufigsten Gefahrenquellen erhalten die Teilnehmer über kurze Einheiten praktische Hilfestellung für den Alltag.

Modul 1

Cybercrimetrends 2024 hautnah! Echte Schadenbeispiele aus der Arztpraxis

Termin: Di. 12.11.2024
Beginn: 18.30 Uhr
Dauer: 60 min

Inhalt: Nach Abschluss des Webinars …

+ **erleben Sie die Erfahrungsberichte von Kollegen:innen im Interview**
+ kennen Sie die aktuellen Entwicklungen zu Cybercrime im Gesundheitswesen
+ können Sie die häufigsten Angriffsarten im Gesundheitswesen unterscheiden
+ wissen Sie, wie Angreifer Sicherheitslücken entdecken und ausnutzen

Modul 2

Cybersicherheit im Praxisalltag – Einfach.Schnell.Wirksam Hilfe für den Ernstfall!

Termin: Di. 03.12.2024
Beginn: 18.30 Uhr
Dauer: 60 min

Inhalt: Nach Abschluss des Webinars …

+ wissen Sie, was bei einem aktiven Angriff Schritt für Schritt zu tun ist
+ kennen Sie organisatorisch erforderliche Maßnahmen und To Do´s für den Tag danach
+ wissen Sie, wie die Meldung eines Cyberangriffs zu erfolgen hat
+ besitzen Sie eine Checkliste als Notfallplan an der Hand, mit der Sie anschließend in Ihrer Praxis arbeiten können

Modul 3

Phishing-Methoden in der Arztpraxis – Teil 1: Betrügerische E-Mails erkennen

Termin: Di. 07.01.2025
Beginn: 18.30 Uhr
Dauer: 60 min

Inhalt: Nach Abschluss des Webinars …

+ erhalten Sie einen Überblick, welche Tricks die Betrüger anwenden und warum wir darauf hereinfallen „wollen“
+ können Sie die Merkmale von Phishing-Nachrichten in Arztpraxen benennen
+ lernen Sie an praktischen Beispielen, welche sinnvollen Schutzmaßnahmen Sie beachten sollten
+ wissen Sie, wie Sie Phishing-Awareness in Ihrer Arztpraxis umsetzen

Modul 4

Phishing-Methoden in der Arztpraxis – Teil 2: Da falle ich nicht darauf rein!

Termin: Di. 28.01.2025
Beginn: 18.30 Uhr
Dauer: 60 min

Inhalt: Nach Abschluss des Webinars …

+ haben Sie praktische Erfahrungen mit aktuellen Phising-Methoden
+ lernen Sie interaktiv Werkzeuge, um Phishing-Versuche erfolgreich zu erkennen und abzuwehren
+ erfahren Sie, wie Sie mit regelmäßigen Phishing-Simulationen Ihr Team trainieren können
+ sind Sie auf dem richtigen Weg, Ihre Phishing-Klicks mühelos zu reduzieren

HELMSAUER

AKADEMIE

Modul 5

Grundlagen IT-Sicherheit in der Arztpraxis Was sollte ich als Praxisinhaber über IT-Sicherheit wissen?

Termin: Di. 11.02.2025
Beginn: 18.30 Uhr
Dauer: 60 min

Inhalt: Nach Abschluss des Webinars …

+ lernen Sie, was bei dem Aufbau der IT-Infrastruktur für Cybersicherheit beachtet werden sollte
+ erhalten Sie technische Empfehlungen zu den Bereichen Backup-Erstellung, sicherem Datenaustausch, Benutzerkonzepten und Konfiguration von Firewall-Regeln
+ wissen Sie, wie einfach und schnell sichere Passwörter erstellt werden
+ kennen die Anforderungen aktueller Richtlinien zur IT-Datensicherheit

Modul 6

Cyberrisk-Management in der Arztpraxis Vorteile als Verbandsmitglied

Termin: Di. 04.03.2025
Beginn: 18.30 Uhr
Dauer: 60 min

Inhalt: Nach Abschluss des Webinars …

+ lernen Sie, die „menschliche Firewall" zu aktivieren und für Cybersicherheit zu begeistern
+ erhalten Sie wertvolle Tipps zur Implementierung eines Cyberrisk-Managements
+ kennen Sie pfiffige Helfer für mehr Cybersicherheit im Alltag
+ wissen Sie, was eine gute Cyberversicherung für Ärzte heutzutage können muss, um Sie adäquat zu schützen. Was muss zwingend enthalten sein?

Referenten:

Silke Helmsauer, M.Sc.
Geschäftsführerin
Helmsauer Akademie GmbH

Marc Weber
IT-Administrator und Cyber Consultant
Helmsauer IT-Solutions GmbH

Teilnehmerinformationen:

Für das Webinar werden **2 Fortbildungspunkte** vergeben. Einen zusätzlichen Extra-Punkt erhalten Sie nach Abschluss einer kleinen Abschlussprüfung! Aus diesem Grund benötigen wir Ihre LANR im Anmeldeformular.

Unsere Webinar-Software:

- leichtes Handling
- hohe Kompatibilität
- einfacher Anmeldeprozess ohne Installation
- maximaler Service: Tel. 0911- 9292 06
- **Sicherheit made and hosted in Germany**

Helmsauer Akademie / T: 0911-9292 06 / akademie@helmsauer-gruppe.de / www.helmsauer-gruppe.de

NEWS!

Folgen Sie uns für mehr News!

Verpassen Sie keine exklusiven Updates, Produktneuheiten oder Fachnews mehr und folgen Sie uns auf unseren Social Media Kanälen.

Erfahren Sie von Neuerungen in unseren Spezialkonzepten und treten Sie bei Fragen mit uns in Kontakt. Seien Sie Teil der Helmsauer Community – wir freuen uns, gemeinsam mit Ihnen zu wachsen!

CHIRURGENMAGAZIN
BAO Depesche

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

Berufsverband
niedergelassener Chirurgen e. V.

Geschäftsstelle
Dorfstr. 6 d
22941 Jersbek

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

www.bncev.de

Bundesverband
ambulantes Operieren e. V.

Geschäftsstelle
Joachim-Karnatz-Allee 7
10557 Berlin

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

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

BNC ANC BNKD

STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE

Ambulantes **Operieren** -
Gemeinsam neue Wege gehen

www.karlstorz.com

Remote-Sales-Hotline

Remote.SalesDE@karlstorz.com

0800 708 0008*
*Kostenfreie Servicehotline aus dem deutschen Festnetz

ARTip® SOLO – Your Assistance in Surgery

Verbessern Sie die Ergonomie in Ihrem Arbeitsalltag – mit dem robotischen Kameraführungssystem zum Halten und Führen von Laparoskopen.

Bitte kontaktieren Sie Ihren KARL STORZ Ansprechpartner, wenn Sie den ARTip® SOLO in einer Live-Demonstration erleben möchten.

Für weitere Informationen scannen Sie bitte den QR Code oder klicken Sie auf den Link: https://go.karlstorz.com/AD-OAC-3-de

KARL STORZ SE & Co. KG, Dr.-Karl-Storz-Straße 34, 78532 Tuttlingen/Germany
www.karlstorz.com

STORZ
KARL STORZ · ENDOSKOPE