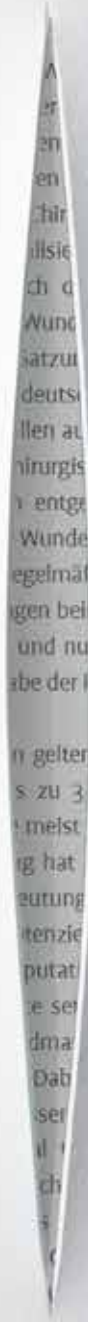


PASSION

CHIRURGIE



PANORAMA

NEUES AUS DER
TELEMATIK-INFRASTRUKTUR

im Fokus

CHRONISCHE WUNDE

01/02 | 2021

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



BDC  Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

GUT LEBEN AUF GESUNDEN BEINEN



Krampfadern modern therapiert – Fakten, auf die es ankommt.

Bis heute wurden über zwei Millionen Patienten in mehr als 100 Ländern erfolgreich mit ClosureFast oder VenaSeal behandelt. Unsere innovativen Lösungen zur Therapie von chronisch venöser Insuffizienz bieten für Sie Vorteile wie zum Beispiel:

- Eine gesicherte Zieltemperatur von 120 Grad – generatorgesteuert
- Reproduzierbare Ergebnisse
- Eine refluxfreie Erfolgsrate von 94,7 % – 5 Jahresdaten

Zusätzlich bieten wir für Ihre Klinik einen kompetenten Service durch unsere Therapiespezialisten.

Kontaktieren Sie direkt:
Thorsten Bassler-Hollenbach
E-Mail: krampfadern@medtronic.com
Telefon: 0800-0868 700

Medtronic



Dr. med. Peter Kalbe
Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Praxis am Wall in Rinteln
Gelenkzentrum Schaumburg
Josua-Stegmann-Wall 7
31737 Rinteln
Kalbe@bdc.de

Chronische Wunde

Liebe BDC-Mitglieder!

Die Chirurgie ist seit der Antike eng mit der Wundbehandlung verbunden. Vom Mittelalter bis in die frühe Neuzeit wurde die Chirurgie teilweise synonym als „Wundarznei“ bezeichnet. In der aktuellen Weiterbildungsordnung gehören „Wundmanagement und stadiengerechte Wundtherapie“ zu den übergreifenden Basisinhalten im Gebiet Chirurgie. Im Rahmen der zunehmenden Spezialisierung der chirurgischen Fächer drohen jedoch die Kompetenzen und Erfahrungen in der Wundbehandlung teilweise verloren zu gehen. Satzungsgemäß nimmt der Berufsverband der deutschen Chirurgen auch die Aufgabe wahr, allen auf die Einengung oder Schmälerung der chirurgischen Gebiete gerichteten Bestrebungen entgegen zu wirken. Das Thema „Chronische Wunde“ ist daher schon seit mehreren Jahren regelmäßig Gegenstand von BDC-Vortragssitzungen beim Deutschen Chirurgenkongress (DCK) und nun auch Schwerpunktthema dieser Ausgabe der Passion Chirurgie.

Chronische Wunden gelten zu Recht als Volkskrankheit, denn bis zu 3 Millionen Deutsche leiden darunter. Die meist langwierige und aufwändige Behandlung hat eine immense volkswirtschaftliche Bedeutung, vor allem auch im Hinblick auf die potenziellen Komplikationen, also drohende Amputationen. Die aktuellen Behandlungskonzepte setzen auf die Kooperation von Ärzten, Wundmanagern, Wundexperten und Pflegediensten. Dabei ist die regelmäßige Wundpflege in gewissem Umfang delegierbar. Teilweise überregional tätige Managementgesellschaften haben sich mit einheitlich hohen Behandlungsstandards etabliert. Es ist aber unerlässlich, dass die Chirurgie ihrer zentralen Rolle bei der Beurteilung, Indikationsstellung und operativen Behandlung von Wundheilungsstörungen nachkommt und sich gegen alle Tendenzen zur Substitution und zur Migration in andere Gebiete aufstellt.

Wer chronische Wunden erfolgreich behandeln will, muss die Pathophysiologie und den phasischen Ablauf der Wundheilung kennen und verstehen. Frau PD Weyand und Professor Vogt

erläutern in ihrem Artikel den aktuellen Stand der zellulären und humoralen Mechanismen der physiologischen Wundheilung und die potenziellen Störfaktoren. Im Fazit verweisen sie auf die überragende Bedeutung der feuchten Wundbehandlung, des chirurgischen Débridements und der gezielten Antibiose. Professor Riedl und Professor Storck verweisen in ihrem Artikel darauf, dass eine strukturierte Therapie chronischer Wunden stets eine Kausaltherapie voraussetzt. Dies erfordert die Einbeziehung weiterer Fachkompetenzen, vor allem der Gefäßchirurgie. Aber auch die interdisziplinäre Abklärung von Ursachen aus der Inneren Medizin, der Dermatologie und der Neurologie ist notwendig. Einen Ausblick auf Basistugenden der perioperativen Hygiene und Innovationen bei der Wundbehandlung bietet das Interview mit Professor Bail. Ein kurzer Überblick über die Abrechnung der Wundbehandlungen im EBM rundet die Darstellung ab.

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist es unattraktiv, ein Wundzentrum zu betreiben. Sowohl in den Krankenhäusern als auch in den Praxen ist die langwierige Betreuung von Patienten mit chronischen Wunden defizitär. Auch wenn im EBM jüngst die Abrechnung der Vakuumtherapie hinzugekommen ist, so sind dort vor allem langdauernde Wundbehandlungen nur unzureichend abgebildet. Dazu kommt die latente Gefahr, durch die Verordnung teurer Wundaufgaben in ein Regressverfahren zu geraten. In Anbetracht der Sekundärkosten durch Spätfolgen chronischer Wunden ist es vollkommen verständlich, dass nicht mehr Krankenkassen Interesse an Sonderverträgen für die Versorgung von Wundpatienten haben.

Ich wünsche Ihnen einen angenehmen Erkenntnisgewinn beim Lesen dieser Ausgabe. Uns allen wünsche ich, dass sich die aktuell sehr hohe Inzidenz der COVID-19 Erkrankung deutlich reduziert hat, wenn Sie dies veröffentlicht sehen. Dies würde es uns erleichtern, dann über die Corona Pandemie hinaus auch wieder den Blick auf andere ungelöste Probleme der Gesundheitsversorgung zu richten.

Blieben Sie gesund!



Kalbe P: Editorial Chronische Wunde. Passion Chirurgie. 2021 Januar/Februar; 11(01/02): Artikel 01.



Diesen Artikel und weitere zur chronischen Wunde finden Sie auf BDC | Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete | Fachübergreifend.

HERAUSGEBER

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V.
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.

DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen,
Prof. Dr. med. Hauke Lang, Prof. Dr. med. Andreas Seekamp
Generalsekretär: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Schatzmeister: Prof. Dr. med. Jens Werner

BDC

Präsident: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
V.i.S.d.P.
Vizepräsidenten: Dr. med. Peter Kalbe,
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg

Justitiar: Dr. jur. Jörg Heberer, Berlin/München
Geschäftsführerin: Dr. med. Friederike Burgdorf

REDAKTION

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer (V.i.S.d.P.)
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Dr. med. Friederike Burgdorf
Katrín Kammerer (Tel: +49 (0) 30 28004-202 |
passion_chirurgie@bdc.de)

VERLAG

schaefermueller publishing GmbH
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
info@schaefermueller.de | Tel: +49 (0)30 76180 625
www.schaefermueller.de

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

Sabine Bugla
PassionChirurgie@t-online.de
Tel: +49 (0) 5632 966147

ABBILDUNGSHINWEISE

Teaserfotos von iStock oder von den Autoren.

ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

Passion Chirurgie erscheint monatlich als elektronische
Ausgabe (eMagazin via BDC/Mobile App über Apple
AppStore oder GooglePlay).
Quartalsweise erscheint sie als gedruckte Zeitschriftenausgabe.

Der Bezug ist im Mitgliedsbeitrag des Berufsverbandes
der Deutschen Chirurgen e.V. und der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie e.V. enthalten und den
Mitgliedern vorbehalten.

EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

© BDC-Service GmbH | Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin

eISSN 2194-5578

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in Passion
Chirurgie zur Bezeichnung von Personengruppen oft
nur die männliche Form verwendet, gemeint sind aber
Angehörige aller Geschlechter.



INHALT

3 EDITORIAL

3 Chronische Wunde P. Kalbe

6 SCHAUFENSTER

8 CHIRURGIE

im Fokus

8

**WENN WUNDEN NICHT HEILEN –
PATHOPHYSIOLOGIE UND
THERAPIEMÖGLICHKEITEN
CHRONISCHER WUNDEN**

B. Weyand, P. M. Vogt

14

**VERSORGUNG VON PATIENTEN
MIT CHRONISCHEN WUNDEN UND
WUNDHEILUNGSSTÖRUNGEN –
EINE AUFGABE FÜR DIE CHIRURGIE**

S. Riedl, M. Storck

19

**HYGIENE IM OP: JEDER IST
VERANTWORTLICH. IST DOCH
SELBSTVERSTÄNDLICH?
IST ES NICHT!**

A. Blankenburg



23 CHIRURGIE⁺

- 23 6. Mitteldeutsches Gutachtenseminar in Leipzig
A. Ahrberg-Spiegl, H. Siekmann
- 25 Webinar-Termine im Februar und März 2021
- 26 Mit den Instrumenten des Risikomanagements dem
Personalmangel wirkungsvoll begegnen *V. Triphaus*
- 31 Welche Qualifikation braucht
der Krankenhaushygieniker?
W. Popp, L. Jatzwauk, R. Schmithausen, W. Kohnen

33

ABRECHNUNG DER BEHAND- LUNG VON CHRONISCHEN WUNDEN IM EBM

P. Kalbe, J.-A. Rüggeberg

- 35 LDF-OPF: Der Leistungsdichtefaktor für
operative Fachabteilungen – eine neue Kennzahl
zur Analyse der Leistungserbringung in
der perioperativen Medizin
T. Auhuber, E. Bialas, A. Weiß, P. Leonhardt, P. Friederich
- 43 Honorarbericht der KBV vom 3. und 4. Quartal 2018
- 44 Personalien
- 46 RECHT
- 46 F+A: Unterzeichnung des Arztbriefs *J. Heberer*

48 GESUNDHEITSPOLITIK

- 48 Konflikte als Katalysator für Selbstorganisation – Der
CoToCo-Prozess© *S. Ostermann, S. Passow*

54 INTERN

- 54 DGCH
- 54 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien
in Deutschland
- 58 Spendenaufruf und Bausteine
Langenbeck-Virchow-Haus
- 62 DGCH-Präsidium ab 1. Oktober 2020
- 64 Meine Daten haben sich geändert
- 65 BDC
- 65 BDC|News
- 67 Protokoll der BDC-Mitgliederversammlung 2020
H.-J. Meyer, F. Burgdorf
- 72 BDC|Landesverbände
- 74 Termine BDC|Akademie
- 79 Lifestyle-Angebote im Januar/Februar 2021

80 PANORAMA

- 80 Neues aus der Telematikinfrastruktur *A.-F. Aly*

NEUE HANDREICHUNG ZU GESUNDHEITS-APPS

ANTWORTEN AUF DRÄNGENDE FRAGEN



Die neue Handreichung „Gesundheits-Apps im klinischen Alltag“ von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung liefert Ärztinnen und Ärzten jetzt wichtige Antworten für die tägliche Praxis.

Die Handreichung gibt einen Überblick über Nutzen und Risiken der digitalen Möglichkeiten und erklärt, was es mit dem „Digitalisierungsgesetz“ und den „DiGAs“ auf sich hat. Sie macht deutlich, woran man gute von schlechten Gesundheits-Apps unterscheiden kann. Wer sich ausführlicher mit einem Thema beschäftigen möchte, findet Hinweise auf weitere Informationsangebote und verlässliche Anlaufstellen.

Zur Handreichung „Gesundheits-Apps im klinischen Alltag“...

Ärztstellen- Jahresrückblick: Arbeitsmarkt für Mediziner in 2020



Für den Jahresrückblick hat healthrelations.de alle Stellenangebote ausgewertet, die 2020 auf ärztstellen.de und im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wurden. 2020 war ein besonderes Jahr – vor allem im medizinischen Bereich. Aber wie hat sich das auf

den Arbeitsmarkt für Ärztinnen und Ärzte ausgewirkt? Welche Stellenangebote waren besonders beliebt und welche Fachgebiete besonders gefragt?

[Zu den Auswertungsergebnissen...](#)

LOHFERT-PREIS 2021 Integrierte Therapiekonzepte und Versorgungsformen der Zukunft gesucht



Bild: Hinterhertelefonieren – ein klassisches Schnittstellenproblem sind Kommunikationslücken beim Übergang von der ambulanten in die stationäre Versorgung.

Der Lohfert-Preis prämiert auch im Jahr 2021 praxiserprobte und nachhaltige Konzepte, die den Patienten, seine Bedürfnisse und Interessen in den Mittelpunkt rücken. Gesucht werden Best-Practice-Projekte, die bereits in der Versorgung implementiert sind und deren Nutzen wissenschaftlich evaluiert wurde. Das Konzept soll grundlegend neue Ansätze und patientenorientierte, qualitätsverbessernde Impulse beinhalten sowie idealerweise einen Bezug zur stationären Versorgung aufweisen.

Entsprechende Projekte, die einen Beitrag zur Bewältigung der Coronakrise leisten, sind ausdrücklich erwünscht, jedoch keine Voraussetzung.

Bewerkungskriterien und -frist: Bewerben können sich alle Teilnehmer der Krankenversorgung im deutschsprachigen Raum sowie Management- und Beratungsgesellschaften, Krankenkassen oder sonstige Experten. Die Bewerbung muss in deutscher Sprache verfasst und online eingereicht werden. **Die Bewerbungsfrist läuft bis zum 28. Februar 2021.** Bewerbungen werden ausschließlich über das Online-Bewerbungsformular unter www.christophlohfert-stiftung.de angenommen. Informationen und Bewerbungsunterlagen finden sich ebenfalls dort.

Kontakt

Christoph Lohfert Stiftung
Stiftungskommunikation
Tanja Brunner/Julia Hauck
presse@christophlohfert-stiftung.de

Zum Bewerbungsformular: <https://bit.ly/3283M1o>

ERRATUM

Haben Sie diese BG-Ziffern schon mal abgerechnet? Neues und wenig Bekanntes aus der UV-GOÄ, Passion Chirurgie 11/2020



Leider hat sich in die Beschreibung der GO-Nr. 117 ein Fehler eingeschlichen: Die Leistung

„Vordruck F 3110 Belastungserprobung einschließlich Anlage F 3112 Arbeitsplatzbeschreibung“

hat seit 2020 eine eigene Gebührenposition und wird nach der Nr. 116 UV-GOÄ abgerechnet. Die Honorar-Bewertung für die GO-Nrn. 116 und 117 ist identisch.

Ich bitte, den Fehler zu entschuldigen und die korrekte GO-Nr. 116 für die Arbeitsplatzbeschreibung und die Einleitung der Belastungserprobung anzusetzen.

Dr. P. Kalbe

Zum Artikel: <https://bit.ly/UV-GOÄ2020>

IM FOKUS

Chronische Wunde

Wenn Wunden nicht heilen – Pathophysiologie und Therapiemöglichkeiten chronischer Wunden

EINLEITUNG, DEFINITION DER CHRONISCHEN WUNDE

Die physiologische Wundheilung beschreibt einen mehrphasigen komplexen Prozess, in dem die physische, chemische, thermische und bakterielle Barrierefunktion der defekten Haut wiederhergestellt wird. Der Vorgang der Wundheilung durchläuft verschiedene, sich teilweise überlappende

Phasen, welche durch ortsständige aktivierte Zellen und Mediatoren orchestriert und gesteuert werden. Die Hauptphasen beinhalten dabei die Exsudationsphase (auch Inflammations- oder Reinigungsphase genannt), die Granulations- oder Proliferationsphase sowie die reparative Phase oder Epithelisierungsphase, welche in der Regel nach 21 Tagen abgeschlossen sein sollte. Daran schließt sich eine längere

Umbau- oder Remodellierungsphase an, die bis zu zwei Jahren andauern kann. Der ungestörte Ablauf dieser ineinander übergehenden Phasen ist entscheidend für einen erfolgreichen Wundverschluss, und Abweichungen oder Störfaktoren während einer jeder dieser Phasen können zu verzögerter oder gestörter Wundheilung und zur Entstehung von chronischen Wunden führen.

**Korrespondierende Autorin:****PD Dr. med. Birgit Weyand,**

Oberärztin

Klinik für Plastische, Ästhetische, Hand-
und Wiederherstellungs-Chirurgie

Medizinische Hochschule Hannover

Carl-Neubergstr. 1

30625 Hannover

Weyand.Birgit@mh-hannover.de

**Prof. Dr. med. Peter M. Vogt**

Direktor

Klinik für Plastische, Ästhetische, Hand
und Wiederherstellungschirurgie

Medizinische Hochschule Hannover

Carl-Neubergstr. 1

30625 Hannover

Weyand B, Vogt PM: Wenn Wunden
nicht heilen – Pathophysiologie und
Therapiemöglichkeiten chronischer Wunden.
Passion Chirurgie. 2021 Januar/Februar;
11(01/02): Artikel 03_01.



Diesen Artikel finden Sie auf
BDC | Online (www.bdc.de) unter
der Rubrik Wissen | Fachgebiete |
Plastische/Ästhetische Chirurgie.

Die Definition der chronischen Wunde wird in der Literatur unterschiedlich geführt: Während für einige Autoren eine für drei oder vier Wochen oder 30 Tage bestehende Wunde als chronisch bezeichnet wird, benennen andere Autoren eine Wunde als chronisch, die nicht innerhalb von acht oder 12 Wochen beziehungsweise drei Monaten durch regelrechte Reepithelisierung geheilt ist. Daher wird auch oft ab vier Wochen der Begriff „komplizierte Wunde“ verwendet, und eine Wunde, die bei optimaler Therapie nach vier bis zwölf Wochen keine Heilungstendenz zeigt, erst nach drei Monaten als chronische Wunde bezeichnet. Jedoch gibt es bestimmte Wunden, welche nach Definition der „Initiative Chronische Wunden“ (ICW) bereits ab Entstehung als chronische Wunden einzuschätzen sind: Dazu zählen das Ulcus cruris venosum bei der chronisch-venösen Insuffizienz, der Dekubitus bei immobilen Patienten sowie Wunden bei einem diabetischen Fußsyndrom bei Diabetes mellitus.

PHYSIOLOGIE UND PATHOPHYSIOLOGIE DER WUNDHEILUNG

Die Initialphase der Wundheilung beginnt mit der Hemostase, welche durch verletzte Kapillargefäße initiiert wird: Über das verletzte Endothelium und die dadurch freiliegende Basalmembran werden Blutplättchen aktiviert und Blutbestandteile freigesetzt. Neben der Aktivierung der Gerinnungskaskade werden auch Wachstumsfaktoren freigesetzt, welche eine Ablagerung extrazellulärer Matrix (Transforming Growth Factor-beta = TGF-beta), Chemotaxis (Platelet-derived Growth Factor = PDGF, Epidermal Growth Factor = EGF) und eine Angiogenese (Vascular Endothelial Growth Factor = VEGF) induzieren. Teilweise überlappend mit der Initialphase schließt sich die Inflamationsphase oder Exsudationsphase an, welche vom ersten bis dritten Tag andauert und sich durch eine Zellaktivierung von Leukozyten, vornehmlich Granulozyten, Neutrophilen und Monozyten, aber auch Fibroblasten und Endothelzellen auszeichnet.

Die Inflamationsphase ist wesentlich für die Vorbereitung des Wundgrundes, damit sich nachfolgend die Proliferations- oder

Granulationsphase anschließen kann. Die Aktivierung der Neutrophilen ist von Tag zwei bis fünf am ausgeprägtesten und wird ab Tag drei von den Macrophagen abgelöst. Neutrophile generieren über den Weg der Myeloperoxidase freie Radikale, um Bakterien zu zerstören. Sie sezernieren proteolytische Enzyme wie Proteasen (Serum-Proteasen, Matrix-Metalloproteinasen), welche nicht-vitales Gewebe aufbrechen und zersetzen. Schließlich sind die Neutrophilen in der Lage, tote Bakterien und Debris zu phagozytieren, bevor sie sich durch Apoptose selber zersetzen. Zusätzlich helfen Macrophagen, welche sich aus einwandernden Monozyten umwandeln, bei der Beseitigung von nicht-mehr funktionalen Zellen und setzen darüber hinaus weitere Wachstumsfaktoren, Chemokine und Zytokine wie TGF-alpha (Tumor Growth Factor-alpha), TGF-beta (Tumor Growth Factor-beta), bFGF (basic Fibroblast Growth Factor), PDGF (Platelet Derived Growth Factor) und VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor) frei. Besonders die letzteren beiden aktivieren die Migration von Fibroblasten und Endothelzellen in das Wundbett, welches die folgende Phase der Granulation oder Proliferation einleitet.

Eine prolongierte oder überschießende Inflamationsreaktion mit dauerhaft aktivierten neutrophilen Granulozyten geht mit einer chronischen Wundheilungsstörung einher: In chronischen Wunden wurden persistierende Zytokine und freie Sauerstoffradikale nachgewiesen, welche initial zwar erforderlich sind, danach aber zurückgehen müssen, damit die nächste Phase initiiert werden kann und es sonst zur Schädigung des Gewebes kommen kann. Auch eine spätere übermäßige Narbenbildung kann hierdurch getriggert werden.

In der nachfolgenden Proliferations- oder Granulationsphase, welche sich in der Regel vom vierten bis zum siebten Tag erstreckt, bestehen weiter erhöhte Zytokin-Level vornehmlich mit Epidermal Growth Factor (EGF), Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF) und Transforming Growth Factor beta (TGF-beta) mit begleitender erhöhter Zellaktivität. Die Erneuerung der Dermis wird durch einwandernde Fibroblasten und Endothelzellen angeregt,



Abb. 1a: Ulcus cruris venosum



Abb. 2a: Strahlenulcus mit umgebendem Radioderm nach vormaliger Radiatio bei Syringomyelie



Abb. 1b: Ulcus cruris venosum drei Monate nach zunächst erfolgreicher chirurgischer Therapie (eingeheltes Spalthauttransplantat) mit nun erneuten entzündlichen Ulcerationen und Sehnen-sequestern



Abb. 2b: Radikale Exzision unter Mitnahme des Radioderms und histologische Untersuchung, Defektdeckung mit gestielter M. latissimus dorsi Lappenplastik.

die Granulationsgewebe - reich an Fibrin und Fibronectin - bilden, welches wiederum Grundlage für einwandernde Keratinozyten und epitheliale Stammzellen ist. Durch die Anregung der Neoangiogenese können Sauerstoff und Nährstoffe vermehrt in das Wundbett transportiert werden. Eine zentrale Rolle in dieser Phase spielen die Fibroblasten, welche eine Extrazellulär-Matrix aus Kollagenen, Fibronectin, Glycosaminoglycanen, Proteoglycanen und Hyaluronsäure bilden, welche dann mit den Zellen interagiert und Zellmigration, Zellwachstum sowie Zelldifferenzierung induziert.

Bei Mangel durchblutung oder Stoffwechselstörungen wird die Granulationsphase gestört. Ebenfalls können Probleme auftreten, wenn die Ausreifung der kollagenen Fasern, welche normalerweise zwischen dem sechsten und zehnten Tag beginnt, gestört

ist. Hierbei kommt es zu einer Umwandlung von Kollagen Typ III in Kollagen Typ I.

Die Granulationsphase geht in die Regenerations- oder Reparationsphase ab dem achten Tag über, bei welcher die Re-Epithelisierung das offene Granulationsgewebe verschließt und damit zu einem Wundverschluss führt. Hier spielen aktivierte Keratinozyten eine wesentliche Rolle, wobei die Wundfläche etwa zu zwei Drittel durch sich teilende Keratinozyten und epitheliale Stammzellen verschlossen wird. Ein weiteres Drittel der Wundfläche wird durch die neu aufgebaute extrazelluläre Matrix mit ihren kollagenen Fasern und Fibroblasten durch Schrumpfung verkleinert. Das Ergebnis dieses ganzen Prozesses ist die Narbe, welche sich in den folgenden Monaten bis hin zu zwei Jahren noch weiter remodelliert und ausreift. Da in dem Narbengewebe keine elastischen

Fasern ausgebildet werden, ist es im Vergleich weniger belastbar und reißfest. Des Weiteren enthält die Narbe keine Schweißdrüsen, Haarbälge und auch keine Melanozyten und somit keine Pigmente. Durch die Remodellierung und Vernetzung der kollagenen Fasern kann sich das Narbengewebe in gewissem Maße auf den mechanischen Umgebungsstress ausrichten. Während des Ausreifungsprozesses bildet sich das gefäßreiche Bindegewebe um und der Wasseranteil im Gewebe nimmt ab, die Narbe bläst ab und schrumpft.

URSACHEN CHRONISCHER WUNDHEILUNGSSTÖRUNGEN UND THERAPIEKONZEPTE

Wenn der Ablauf der Wundheilung durch innere oder äußere Faktoren gestört wird, kommt es zu chronischen Wundheilungsstörungen.

Als wesentliche Ursachen sind hier zum einen Durchblutungsstörungen jeglicher Art, sei es die periphere arterielle Verschlusskrankheit, die diabetische Mikroangiopathie oder die chronisch venöse Insuffizienz zu nennen. Auch akute oder chronische Druckerhöhungen im Gewebe, beispielsweise durch Lymphödem oder kardial bedingte periphere Ödeme, wirken sich negativ auf die Wundheilungsphasen aus, ebenso wie erhöhter Druck von außen.

Einen weiteren wichtigen Störfaktor stellen Infektionen dar, welche auch durch im Körper verbliebene Fremdkörper aufrechterhalten werden können. Auch Parasitosen können die Entstehung und Aufrechterhaltung eines chronischen Wundmilieus mitbedingen.

Periphere Nervenschädigungen, beispielsweise eine Polyneuropathie, prädisponieren nicht nur zu Bagatelverletzungen aufgrund fehlender Schutzmechanismen, sie beeinflussen auch Durchblutung und Wundheilung.

Mitunter verbirgt sich in einer chronischen, nicht heilenden Wunde ein Tumor. In bestrahltem Gewebe kann es auch nach Jahrzehnten zur Entstehung von Radiodermen und Strahlenulcera kommen.

Als weitere Ursachen können Störungen des Immunsystems chronische Wundheilungsstörung bedingen und aufrechterhalten, zum Beispiel durch eine immunsuppressive Therapie oder durch Autoimmunerkrankungen wie Sklerodermie, Vasculitis, mit Rheumatoider Arthritis oder Systemischem Lupus erythematodes assoziierte Ulcera, oder Pyoderma gangränosum. Thrombotische vaskuläre Erkrankungen wie beispielsweise die Thrombangitis obliterans (Winiwarter-Bürger), Calcyphylaxie, Kryoglobulinämie oder das

Antiphospholipid-Syndrom können ebenfalls komplizierte Wunden verursachen. Weitere Faktoren sind Mangelernährung mit Protein- und Albuminmangel, Mangel wichtiger Hormone, Vitamine, Mineralien und Spurenelemente oder eine katabole Stoffwechsellaage.

Meilensteine der Wundbehandlung sind zum einen die feuchte Wundbehandlung zur Förderung der Inflammations-, Granulations- und Regenerationsphase, des Weiteren die Therapie einer überschießenden inflammatorischen Situation sowie eine Infektkämpfung durch ein radikales Debridement und Beseitigung der auslösenden Infektursache (beispielsweise eines infizierten Fremdkörpers, einer Osteomyelitis o. ä.) sowie bei systemischer Inflammationsreaktion der Einsatz einer gezielten Antibiose. Zum Einsatz kommen hier topische Antiinfektiva, enzymatische Produkte, Wundspüllösungen, antiseptische Wundaufgaben, die Vakuum- oder negative Druck-Wundtherapie, der Einsatz von biologischen Helfern wie Maden oder eine topische Therapie mit Bacteriophagen.

Ein weiterer wichtiger Schritt ist die Verbesserung der lokalen Durchblutungssituation durch angiologische, radiologisch-interventionelle oder gefäßchirurgische Maßnahmen. Bei peripheren Ödemen sind Entlastungstherapie, Lymphdrainagen sowie Kompressionstherapie (sofern kardiovaskulär kompensiert) indiziert. CO₂-Bäder können reinigend und durchblutungsfördernd die Wundheilung unterstützen. In speziellen Indikationen kann auch die hyperbare Sauerstofftherapie eingesetzt werden. Lampen mit wassergefiltertem Infrarot werden ebenfalls zur topischen Verbesserung der Wundheilung eingesetzt. Dermale Hautersatzprodukte können ebenfalls eingesetzt werden, um die Granulations- und Regenerationsphase zu unterstützen.

Bei speziellen chronischen Wunden, beispielsweise Radiodermen, können auch lokal Fettstammzellen injiziert werden, um eine Anregung der Wundheilung durch parakrine Wachstumsfaktoren und Hormone zu erreichen. Bei durch Autoimmunerkrankungen verursachten Ulzerationen sollte der Einsatz von Immunmodulatoren erwogen werden.

RESUMÉ

Zusammenfassend benötigt ein erfolgreiches Wundmanagement chronischer Wunden einen multimodalen Zugang, wobei auch medizinische Begleiterkrankungen beachtet und behandelt werden müssen. Die Evidenzlage erlaubt derzeit zwar nicht die Hervorhebung spezifischer Wundmaterialien, jedoch besteht eine Level-1 Evidenz für die zentrale Bedeutung des Débridements sowie die Aufrechterhaltung eines feuchten Wundmilieus zur Verbesserung der Wundheilung.

LITERATUR

- [1] Groppa E et al: Immune Cell Therapies to improve regeneration and revascularization of non-healing wounds. *Int J Mol Sci* 2020; 21:5235
- [2] Janis JE et al: Wound healing: Part I. Basic science. *PRS* 2016; 138:9S
- [3] Jones RE et al: Management of chronic wounds – 2018; *JAMA* 2018; 320(14): 1481-1482
- [4] Shanmugarm VK et al: Vasculitis and autoimmune wounds. *J Vasc Surg Venous Lymph Disord* 2017;5(2):280-292
- [5] Sorg H et al: Skin Wound Healing: An update on current knowledge and concepts. *Eur Surg Res* 2017; 58:81-94
- [6] Zhao R et al: Inflammation in chronic wounds. *Int J Mol Sci* 2016; 17:2085



EMERGENCY SURGERY COURSE (ESC)

March 22-23, 2021

May 03-04, 2021

(reserve date for a possible corona-related postponement)

Society for Surgical Research and Training

in co-operation with

European Society for Trauma and Emergency Surgery (ESTES)

European Association for Endoscopic Surgery (EAES)

This workshop is designed to provide state-of-the-art information on the diagnosis and management of severely ill patients who present with non-traumatic visceral and gastrointestinal emergencies. The course emphasizes direct involvement of the trainees in the problem-oriented theory and hands-on lab sessions. Upon completion of the course, attendees will be well equipped to deal with these patients when they see them in the emergency room.

Registration fee: € 750.-,

€ 700.- for members of ESTES and EAES

Course director: Prof. Dr. S. Uranues, Prof. Dr. P. Stiegler

Course language: English

Course location: Department of Surgery, Section for Surgical Research, Auenbruggerplatz 29, 8036 Graz, Austria

Registration: office@vcfw.at | Tel.: +43 316-385/83018 | Fax: +43 316-385/16845 | www.vcfw.at

Smith+Nephew

Von wegen „früher war alles besser“!







Prof. Dr. Stefan Riedl M.Sc.
Geschäftsführender Chefarzt der
Allgemeinchirurgischen Klinik
Alb Fils Kliniken Göppingen
Eichertstraße 3
73035 Göppingen
stefan.riedl@af-k.de



Prof. Dr. Martin Storck
Präsident des Deutschen Wundrates e.V.
Direktor der Klinik für Gefäß- und
Thoraxchirurgie
Städtisches Klinikum Karlsruhe
Moltkestraße 90
76133 Karlsruhe
gefaesschirurgie@klinikum-karlsruhe.de

Riedl S, Storck M: Versorgung von
Patienten mit chronischen Wunden und
Wundheilungsstörungen – eine Aufgabe
für die Chirurgie. *Passion Chirurgie*.
2021 Januar/Februar; 11(01/02):
Artikel 03_02.



Diesen Artikel finden Sie auf
BDC | Online (www.bdc.de)
unter der Rubrik Wissen |
Fachgebiete | Plastische/Ästhetische
Chirurgie.

Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden und Wundheilungsstörungen – eine Aufgabe für die Chirurgie

Die Wundbehandlung gehört seit alters her zu den chirurgischen Kernaufgaben. Dabei hat sich die Therapie von Patienten mit chronischen Wunden zu einem komplexen und umfangreichen Aufgabenfeld entwickelt. In den chirurgischen Fachgebieten, vor allem Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, plastische Chirurgie und Orthopädie/Unfallchirurgie sollte eine differenzierte Behandlung von Problemwunden gewährleistet sein. Aber auch andere medizinische Fächer wie z. B. Dermatologie und Innere Medizin sind interdisziplinär an der Wundversorgung zu beteiligen, wobei sich die Diabetologie in der Versorgung des diabetischen Fußes bisher besonders engagiert. Darüber hinaus erfordert die Wundbehandlung eine enge interprofessionelle Zusammenarbeit in erster Linie mit in der Wundversorgung spezialisierten Pflegekräften, aber zum Beispiel auch Krankengymnasten, Orthopädietechnikern und anderen Berufsgruppen.

In Deutschland gibt es etwa 2,7 Millionen Menschen mit chronischen Wunden. Ulcus cruris, diabetisches Fußsyndrom, arterielle Verschlusskrankheit und Dekubitus sind die häufigsten Krankheitsentitäten. Bereits dafür gibt es sehr unterschiedliche Angaben zur Häufigkeit [1]. Unabhängig davon ist aufgrund der altersbedingten Entwicklung der

Bevölkerungsstruktur eine Zunahme von Patienten mit arterieller Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus und Immobilität zu erwarten, sodass die Zahl von Patienten mit chronischen Wunden zunehmen wird.

Der finanzielle Aufwand zur Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden wird aus ärztlicher Sicht möglicherweise unterschätzt, weil das ärztliche Honorar nur einen kleinen Teil der Gesamtausgaben ausmacht. Es gibt keine genauen Angaben darüber, wie hoch der finanzielle Aufwand zur Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden tatsächlich ist. Werden die Kosten für die Behandlung durch Pflegekräfte und andere Berufsgruppen, Verbandsmaterial sowie Heil- und Hilfsmittel berücksichtigt, kommt man in groben Schätzungen auf weit über 4 Milliarden Euro [2]. Insbesondere vor dem Hintergrund der zu erwartenden Zunahme an Patienten mit chronischen Wunden wird ein medizinisch aber auch ökonomisch möglichst wirkungsvoller Einsatz der erforderlichen Ressourcen nicht zuletzt von den Kostenträgern gefordert.

Um die unterschiedlichen medizinischen Fachbereiche und Berufsgruppen, die für eine umfassende Versorgung von Patienten erforderlich sind, wirkungsvoll koordinieren zu

können, sind besondere Versorgungsstrukturen erforderlich. Dass Wundzentren die Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden verbessern können, ist durch Studien belegt und anerkannt [3, 4]. Beispielsweise senkt eine Optimierung der Wundbehandlung in der Gefäßchirurgie die Amputationsrate [5]. Trotzdem haben sich in Deutschland Wundzentren nur sporadisch entwickeln können, weil eine systematische Finanzierung nicht erfolgt und von den Kostenträgern in Aussicht gestellte komplexe Versorgungsverträge, wie z. B. „I.V.-Verträge“, kaum angeboten werden. [6]. Das aktuelle Finanzierungssystem ist weder im ambulanten noch im stationären Bereich in der Lage, eine medizinisch sinnvolle Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden in allen Fällen und gebotenen Umfang zu ermöglichen. Stationäre Behandlungen sind häufig defizitär zu Lasten des Krankenhauses oder werden von den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung nicht anerkannt. Im ambulanten Bereich ist das für den einzelnen Patienten zur Verfügung stehende Regelleistungsvolumen eines niedergelassenen Chirurgen häufig nicht ausreichend, um den Aufwand an Versorgung zu gewährleisten, die ein Patient mit chronischen Wunden benötigt. Es gibt Einschätzungen zu den Kosten für Wundauflagen, die zeigen, dass für einen kleinen Anteil von ca. 10 Prozent sog. Risikopatienten mehr als die Hälfte der Gesamtkosten aufgewendet werden müssen [7]. Die Finanzierung dieses Behandlungsaufwands ist in den aktuellen Abrechnungssystemen nicht abgebildet. Diese Behandlungen führen regelhaft zur amtlichen „Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise von Arznei- und Verbandsmitteln“. In einem kürzlichen G-BA-Beschluss wurde die Erstattungsfähigkeit einiger komplexer kostenaufwändiger (z. B. silberhaltiger) Wundauflagen begrenzt und Wirksamkeitsnachweise durch Studien gefordert. Wesentliche Parameter, die in die Wirtschaftlichkeit der Behandlung eingehen, wie z. B. Pflegeaufwand und Abheilungsraten, werden allgemein nicht genügend berücksichtigt.

Um die Entwicklung der Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden voranzubringen muss eine Weiterentwicklung der chirurgischen Sichtweise einen wesentlichen

Beitrag leisten. Der Begriff „chronische Wunde“ wird üblicherweise mit einer ausbleibenden Abheilung über mehr als acht Wochen definiert [8]. Tritt eine Wunde auf, deren Abheilung ohne spezifische Therapie nicht zu erwarten ist, darf nicht gewartet werden, bis die Definition der „chronischen Wunde“ greift. Dies trifft insbesondere für das Ulcus cruris, das diabetische Fußsyndrom, die arterielle Verschlusskrankheit im Stadium IV und den Dekubitus zu. Auch die chirurgische Einteilung in primär und sekundär heilende Wunden ist wenig hilfreich. Damit sind die in der Chirurgie traditionell gebräuchlichen Begriffe nicht dazu geeignet, ausreichend Klarheit in dem komplexen Gebiet der Wundversorgung zu schaffen.

Grundsätzlich sollte die Wundheilung als ein physiologischer Vorgang verstanden werden, der dem Erhalt der Homöostase des Organismus dient. Tritt eine **Wundheilungsstörung** auf, handelt es sich um eine pathologische Veränderung. Die Wundheilungsstörung lässt sich definieren, wenn dazu das Phasenmodell der Wundheilung betrachtet wird. Die Wundheilung verläuft in nacheinander folgenden Phasen mit meist fließenden Übergängen bis zur kompletten Heilung [9]. Ist die Wundheilung gestört, entwickelt sich die Wunde nicht mehr weiter, was daran zu erkennen ist, dass der phasenweise Ablauf der Wundheilung unterbrochen ist und die Wunde in einer der Heilungsphasen verharret. Zusätzlich können sich dann Zeichen der **Chronifizierung** einer Wunde entwickeln, die eine Abheilung ebenfalls behindern. Dazu gehören beispielsweise Biofilmbildung, chronische Infektion, zunehmende Nekrosen oder Fibrosierungen.

Das Verständnis der Wundheilungsphasen ermöglicht eine professionelle Begleitung und Unterstützung von Wunden mit physiologischer Wundheilung, insbesondere auch bei einem verlangsamten Heilungsverlauf. Diese Funktion kann durch erfahrene, möglichst zertifizierte Pflegekräfte kompetent geleistet werden und entspricht den Inhalten einer Wundpflege, die auch ein modernes Verbandsmanagement beinhaltet. Empfehlungen zu einem strukturierten Vorgehen in der Beurteilung von Wunden und der Auswahl geeigneter Verbandsmaterialien

wurden beispielsweise von Fachverbänden und Wundzentren publiziert [5, 7, 10, 11].

Liegt eine **Wundheilungsstörung** vor, die sich morphologisch und aus dem zeitlichen Verlauf eindeutig diagnostizieren lässt, besteht eine Erkrankung, die ärztliches Handeln erfordert. Die Komplexität der Ursachen einer Wundheilungsstörung, dargestellt am Beispiel eines Ulcus cruris (**Abb. 1**), erfordert ein strukturiertes Vorgehen in Diagnostik und Therapie:

1. Die Basis dafür ist eine umfassende **Diagnostik**. Diese erfordert eine ganzheitliche Betrachtung des Patienten, um *lokale Ursachen* (z. B. Druckschäden, Infektion), *regionale Ursachen* (z. B. Durchblutungsstörungen, Nervenschäden) und *systemische Ursachen* (z. B. Vaskulitis, dermatologische Erkrankungen, psychische Störungen) zu erkennen.
2. Im nächsten Schritt sollte der Therapie ein **Behandlungsziel** vorangestellt werden. Ähnlich dem Vorgehen in der Onkologie besteht ein erheblicher Unterschied in dem zu rechtfertigenden Behandlungsaufwand, ob ein *kurativer Ansatz* mit Ziel einer kompletten Wundheilung, ein *palliativer Ansatz* mit dem Ziel einer stabilen Wundsituation oder ein *symptombbezogener Ansatz* mit dem Ziel einer Symptomreduktion gewählt wird. Aktuell ist das probatorische Behandeln einer Wunde mit der Beobachtung „wie weit man kommt“, einer der größten methodischen Mängel in der derzeit geübten Wundversorgung.
3. Eine **strukturierte Therapie** kann in drei Schritten aufgebaut sein: Sie beinhaltet eine *Initialtherapie*, die die Folgen der Chronifizierung der Wunde beseitigt und die Wunde für den nächsten Therapieschritt vorbereitet. Es folgt die *Schlüsseltherapie*, welche vor allem eine Kausaltherapie beinhaltet. Diese sollte optimaler Weise aus dem medizinischen Fachgebiet heraus geleistet werden, welches dafür die beste Kompetenz besitzt (z. B. Revascularisierung eines minderdurchbluteten Beins durch die Gefäßchirurgie). Anschließend wird die Wundheilung weiter begleitet und eine *konsolidierende Therapie* angeschlossen, die dazu beitragen soll, ein Rezidiv zu vermeiden [12].



Abb. 1: Differentialdiagnose des Ulcus cruris [15]

Die Publikation von Leitlinien hat bisher noch nicht zu einer wesentlichen Veränderung der generellen Versorgungslandschaft für Patienten mit chronischen Wunden geführt [6]. Die Einführung einer strukturierten Diagnostik, die Definition eines Therapieziels und die Durchführung einer strukturierten Therapie von Wundheilungsstörungen könnten die Grundlage für eine standardisierte Dokumentation von Wundbehandlungen im Rahmen eines Wundregisters bilden. Denn in der aktuellen Versorgungsrealität ist die Wunddokumentation meist unzureichend. Dabei stellen die von Fachverbänden und Vereinigungen entwickelten Verbesserungsvorschläge zur Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden eine solide Basis für die weiteren Entwicklungen dar. Von einer nationalen Konsensuskonferenz wurden bereits mehrere Vorschläge erstellt [13]. Letztendlich muss die möglichst dauerhafte Verbesserung der Lebensqualität eines Patienten mit einer Wundheilungsstörung der Prüfstein werden,

an dem der Behandlungsaufwand gemessen werden sollte [14].

Ein strukturierter Vergleich von Aufwand und Ergebnis verschiedener Behandlungsverfahren würde einen wesentlichen Beitrag zur Etablierung eines Qualitätsmanagements darstellen, das wiederum zu einer Verbesserung der Finanzierungssteuerung für die Behandlung von Wundheilungsstörungen führen könnte. Alle an der Versorgungsstruktur für Patienten mit chronischen Wunden und Wundheilungsstörungen Beteiligten, Ärzte, weitere Berufsgruppen, Verwaltungen und Kostenträger sind aufgerufen an der Entwicklung einer zukunftsweisenden Struktur mitzuwirken. Diese wird dringend benötigt.

LITERATUR

[1] Kröger K, Dissemond J (2020) Epidemiologie 21-24 in: Dissemond J, Kröger K für die Initiative Chronische Wunden (ICW)

e.V. (Hrsg.) Chronische Wunden München 2020

- [2] Horch RE, Nord D, Augustin M, Germann G, Leffler M, Dragu A (2008) Ökonomische Aspekte in der chirurgischen Wundbehandlung. *Chirurg* 79:518-525
- [3] Debus ES, Augustin M (2015) Chronische Wunden schlecht versorgt? Eine Standortanalyse. *Gefäßschirurgie* 20:8-9
- [4] AWMF S3 Leitlinie 091-001 Lokalthherapie chronischer Wunden bei den Risiken CVI, PAVK und Diabetes mellitus
- [5] Lobmann R, Rümenapf G, Lawall H, Kersken J (2017) Diabetischer Fuß – Beispiel für sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen. *Diabetologie* 13:8-13
- [6] Goepel L, Heyer K, Herberger K, Stuppardt R, Tigges W, Wagner T, Augustin M (2015) Selektivverträge zu chronischen Wunden – aktueller Stand in Deutschland. *Gefäßschirurgie* 20:18-24
- [7] Müller-Bühl U, Schmidt M, Mickley V, Diehm C, Zwettler U, Mansour A, Storck

- M (2014) Potentielle Determinanten für poststationäre ambulante Therapiekosten chronischer Wunden. Gefäßchirurgie 19:352-357
- [8] Dissemmond J, Kröger K (2020) Aktuelle Definitionen und Schreibweisen der ICW e.V. 17-20 in: Dissemmond J, Kröger K für die Initiative Chronische Wunden (ICW) e.V. (Hrsg.) Chronische Wunden München 2020
- [9] Tautenhahn J, Jannasch O, Lippert H (2007) Wunde, Wundheilung, Wundbehandlung. Allgemeine und Viszeralchirurgie up2date 3:201-216
- [10] Dissemmond J (2020) Systematik der Diagnostik chronischer Wunden: die ABCDE-Regel 65-67 in: Dissemmond J, Kröger K für die Initiative Chronische Wunden (ICW) e.V. (Hrsg.) Chronische Wunden München 2020
- die Initiative Chronische Wunden (ICW) e.V. (Hrsg.) Chronische Wunden München 2020
- [11] Karl T, Storck M (2007) Ergebnisse der Implementierung eines Wundbehandlungsstandards im Haus der Maximalversorgung – wo liegt der Benefit. Gefäßchirurgie 2 3-17
- [12] Giebeler C, Riecke S, Riedl S (2020) Versorgung von chronischen Wunden und Wundheilungsstörungen. Allgemein- und Viszeralchirurgie up2date 14: 451-462
- [13] Storck M, Dissemmond J, Gerber V, Augustin M, Expertenrat Strukturentwicklung Wundmanagement (2019) Kompetenzlevel in der Wundbehandlung. Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur für Menschen mit chronischen Wunden in Deutschland. Gefäßchirurgie 24: 388-398
- [14] Augustin M, Blome C, Storck M, Dissemmond J, Heyer K, Herberger K, Mayer A, Wild T, Debus S, Schmidt J und die Konsensusgruppe (2015) Empfehlungen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der Behandlung des Ulcus cruris unter Praxisbedingungen. Wund Management 9 (5) 215-217
- [15] Diener H, Storck M, Dissemmond J, Karl T, Riepe G, Eder ST, Wozniak G, Augustin M, Stücker M, Debus ES (2012) Wundzentren. Gefäßchirurgie 17:334-340. ○

Smith+Nephew

Von wegen „früher war alles besser“! Kickstart für die Wundheilung



Die Vakuumversiegelung* mit PICO[◇] hilft, Wunden schneller zu schließen. Und ist dabei so einfach zu handhaben wie ein Verband. Damit Ihre Patienten mobil bleiben.

+ PICO[◇] – Wundversorgung 2.0

Digitales Symposium mit
Dr. med. Karsten Glockemann
24.02.2021, 15:00–17:15 Uhr

Jetzt anmelden





© Istock/Morsa Images

Hygiene im OP: Jeder ist verantwortlich. Ist doch selbstverständlich? Ist es nicht!



Anja Blankenburg: Prof. Bail, als Fachmann für Orthopädie und Unfallchirurgie legen Sie das Augenmerk auf postoperative und posttraumatische Wundinfekte. Ein unbequemes Thema ...

Prof. Hermann Bail: Ein wichtiges Thema. Diese Infektionen stellen ein großes Problem in den Kliniken dar, das selten so zugegeben wird. Schließlich sind es häufig sogenannte Komplikationen, über die niemand gern spricht. Wer aber behauptet,

keine zu haben, der sagt schlicht nicht die Wahrheit. Wir sollten darüber reden.

AB: Welche Dimension hat das Problem?

HB: Da müssen wir unterscheiden zwischen den elektiven, also planbaren Eingriffen und zum Beispiel offenen Frakturen. Von den Patienten mit offenen Frakturen erleiden im Durchschnitt etwa zehn Prozent eine Infektion. Im Bereich des elektiven Gelenkersatzes sind es unter

» ZUR PERSON



**Univ.-Prof. Dr.
Hermann Josef Bail**

Leiter der
Universitätsklinik
für Orthopädie und
Unfallchirurgie
der Paracelsus
Medizinischen
Privatuniversität Nürnberg

Interview anlässlich des 3. Nürnberger Wundkongresses 2020 mit dem Tagungspräsidenten Univ.-Prof. Dr. med. Hermann Josef Bail, Leiter der Universitätsklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Nürnberg.

einem Prozent. Das klingt nicht viel. Wenn man aber bedenkt, dass im Jahr mehr als 450.000 Hüft- und Knieprothesen eingesetzt werden, sind das 4.500 Patienten. Es werden von Jahr zu Jahr mehr künstliche Gelenke implantiert. Es werden auch mehr und mehr Revisionen durchgeführt, also Prothesen aufgrund von Verschleiß oder infolge von Komplikationen gewechselt. Bei den Revisionen steigt die Komplikationsrate – vor allem die der Infektionen – um das Fünffache.

AB: Stehen beim „Wuko“ nicht chronische Wunden im Mittelpunkt?

HB: Ich meine, dass man bei postoperativen Wundinfektionen viel von der Behandlung chronischer Wunden lernen kann. Auch können postoperative Wunden chronisch werden. Es gibt gewisse Pfeiler der Herangehensweise, dazu gehört die Verbesserung der Perfusion, also der Durchblutung, dazu gehört auch die passende Antibiose. Wir haben Spezialisten eingeladen für Knochen- und Weichteilinfektionen, für Septische und Rekonstruktive Chirurgie, die sich mit postoperativen Wunden beispielsweise nach Endoprothetik oder nach Verletzungen intensiv beschäftigen und von

denen wir einiges lernen werden, was heute im Fokus steht bei der Behandlung solcher Komplikationen, was Standard ist oder sein sollte.

AB: Gibt es denn unterschiedliche Herangehensweisen bei infizierten Wunden?

HB: Aber ja! Eine viel diskutierte Frage betrifft die Antibiose: Soll man auf Erreger-Verdacht unter Abwägung der Chancen und möglichen Nebenwirkungen eine ungezielte, kalkulierte Antibiose beginnen? Oder besser auf die Befunde warten, also den Erreger identifizieren und sich mit den Mikrobiologen abstimmen? Letzteres ist wahrscheinlich der effektivere Weg. Andererseits darf man keine Zeit verlieren. Eine andere Frage ist: Was ist der beste Weg zur Verbesserung der Perfusion? Braucht man bei jedem Patienten eine Angiografie? Manches wird von Krankenhaus zu Krankenhaus unterschiedlich gehandhabt.

AB: Warum ist das ein Problem?

HB: Wenn man weiß, dass lediglich 15 Prozent der Kliniken eine Abteilung für muskuloskeletale septische Chirurgie vorhalten, weiß man auch, dass die Wundbehandlung nicht überall im Fokus steht. Es wird generell zu wenig operiert, zu wenig debridiert. Der Ansatz für Wundinfekte ist immer ein interdisziplinärer, radikaler. Kliniken, die sich damit kaum befassen, denen fehlt es wahrscheinlich auch an klaren Konzepten. Oft steht das Thema postoperative Infektion in der Schmutzdecke. Darum ist es wichtig, zu informieren und zu diskutieren, wie wir auf Stand des Wissens vorgehen.

AB: Ein Problem im Zusammenhang mit der Antibiose ist die Resistenzentwicklung. Spielt sie eine Rolle beim Kongress?

HB: Das ist ein Riesenproblem. Wir brauchen dringend neue Konzepte und danach wird auch ständig geforscht. Ein Ansatz, mit dem wir uns beim diesjährigen Kongress unter anderem befassen, ist die

Das Interview führte:

Anja Blankenburg

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Conventus Congressmanagement & Marketing
GmbH
Carl-Pulfrich-Str. 1 | 07745 Jena
anja.blankenburg(at)conventus.de

Blankenburg A: Hygiene im OP: Jeder ist verantwortlich. Ist doch selbstverständlich? Ist es nicht! *Passion Chirurgie*. 2021 Januar/Februar; 11(01/02): Artikel 03_03.



Informationen zum Wundkongress
2021



Diesen Artikel finden Sie auf BDC |
Online (www.bdc.de) unter der Rubrik
Wissen | Fachgebiete | Plastische/
Ästhetische Chirurgie.

hyperbare Oxygenierung. Das Verfahren stammt aus der Tauchmedizin und wird schon länger auch unterstützend in der Behandlung von chronischen und infizierten Wunden eingesetzt, um zusätzlich die Sauerstoffversorgung im Gewebe zu verbessern. Wir werden aber auch einige bisher experimentelle Konzepte sehen, die das Potenzial hätten, eines Tages Standard zu werden.

AB: Zum Beispiel?

HB: En vogue ist das Thema Bakteriophagen. Das sind Viren, die hochspezialisiert bestimmte Bakterienarten für die eigene Reproduktion befallen und die Keime dabei zerstören. Die Anfänge dieser Therapie liegen bereits mehr als 100 Jahre zurück, blieben aber mit der Entdeckung wirksamer Antibiotika auf der Strecke. Nur in Russland und Osteuropa nutzt man Bakteriophagen bis heute. Im Westen hat die Forschung jedoch mit dem Vormarsch multiresistenter Keime wieder Fahrt aufgenommen. Wir werden von einem Kollegen der Medizinischen Hochschule Hannover hören, welche Erfahrungen man dort mit dem Einsatz von Bakteriophagen bei therapieresistenten chronisch infizierten Wunden hat. Auch auf dem Gebiet der Gentherapie gibt es interessante Forschung.

AB: ... zum Beispiel neuartige, biologische Wundauflagen, die aus dem Blut des Patienten hergestellt werden.

HB: Ich habe mit Forschungsthemen dieser Art leider selbst kaum zu tun. Umso mehr bin ich darauf gespannt, was die Kollegen uns präsentieren werden.

AB: Gibt es weitere Themen, von denen Sie sich viel versprechen?

HB: Das Thema Ernährung und Wundheilung! Weil ich sicher bin, dass da viel gehoben werden kann, was noch unbekannt ist. Stichwort Mikronährstoffe. Stichwort Ernährung im Alter. Der gesamtgesellschaftliche Trend zur gesunden Ernährung, den wir heute sehen, ist sicher gut. Leider muss man sagen, dass Wundprobleme oft bei sozial Schwächeren auftreten. Bis hin zu den Obdachlosen, wo fast jeder eine chronische Wunde hat. Auch für diese Bevölkerungsgruppen sollte eine gesunde Ernährung möglich sein. Das ist natürlich auch eine soziale Problematik. Aber zuerst müssen wir den Einfluss der Nahrung auf die Wundheilung wissenschaftlich festklopfen.

AB: Prof. Bail, Ihr persönlicher Beitrag zum Thema Infektionsvermeidung lautet „Hygiene im OP – jeder ist verantwortlich“. Das klingt so selbstverständlich ...

HB: Ist es nicht. Allein für den Chirurgen gibt es eine Reihe von Geboten und Verboten, die man den jüngeren Kollegen beibringen oder sie dafür sensibilisieren muss – und zum Teil auch die älteren. Dass man einen Schnitt gerade führen soll, keine Taschen schneiden mit dem Skalpell. Dass auf der Hautoberfläche immer noch Keime sind, auch nach zweimaliger Desinfektion und man also vermeiden muss, dass Nahtmaterial über die Haut streift. Solche Dinge sind keineswegs jedem bewusst.

AB: Mit Blick auf die Versorgung chronischer Wunden – wo sehen Sie Baustellen?

HB: Aus meiner Sicht ist die Vernetzung insbesondere mit dem ambulanten Bereich an vielen Stellen noch nicht optimal. Woran es außerdem noch fehlt: dass die Patienten auch ambulant den Wundexperten aufsuchen, der im besten Fall mit der Klinik kooperiert. Und zwar spätestens, wenn eine Wunde chronifiziert. Davon sprechen wir, wenn eine Wunde nach acht Wochen nicht abheilt. Je eher die Diagnose chronische Wunde gestellt und eine fachgerechte Therapie eingeleitet wird, umso besser sind die Chancen auf Heilung. ○

Aller guten Dinge sind eins!

Die neue BDC|eAkademie mit
4 digitalen Fortbildungsservices:

- ➔ Online-Kurse
- ➔ Webinare
- ➔ Podcasts
- ➔ Seminarunterlagen

JETZT
eine
Plattform
für alles



BDC  **AKADEMIE**
Einfach starten!

www.bdc-eakademie.de

6. Mitteldeutsches Gutachtenseminar in Leipzig

2⁰²¹ wird das mittlerweile 6. Mitteldeutsche Gutachtenseminar in Leipzig stattfinden. Nachdem das erste Seminar 2014, von Prof. Christoph Josten, Dr. Holger Siekmann und Dr. Annette Ahrberg-Spiegl ins Leben gerufen, noch in einem relativ kleinen Kreis stattgefunden hatte, konnte sich die Veranstaltung im Lauf der Jahre überregional etablieren. Dies liegt sicher an der Wahl der Themen, die für ein breites Publikum sowohl aus Orthopädie und Unfallchirurgie als auch aus der Chirurgie interessant sind. Das Seminar fand bisher im Wechsel an den Universitätskliniken Leipzig und Halle/Saale statt. In den vergangenen Seminaren haben wir immer versucht, klassische Themen der Begutachtung sowohl im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung, der privaten Unfallversicherung und der sozialgesetzlichen Begutachtung ausgewogen in das Programm

einzubinden. Auch aktuelle Aspekte wie z. B. die Neubewertung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) fanden ihren Platz.

2019 wurden ausschließlich Themen der gesetzlichen Unfallversicherung behandelt, da das Seminar von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) als Fortbildung „Gutachten“ zertifiziert worden war. In diesem Jahr wird das Seminar nun unter der Überschrift „Fallstricke in der Begutachtung“ stattfinden und weiteren Themen Raum geben. In einem allgemeinen Block werden Fragen und Probleme der Begutachtung von Berufsunfähigkeit und Haftpflichtfragen von erfahrenen Gutachtern erläutert. Juristen werden sich im Anschluss mit den Fragen nach der Haftbarkeit und Angreifbarkeit des ärztlichen Gutachters sowie mit dem groben Behandlungsfehler auseinandersetzen.



Dr. med. Annette Ahrberg-Spiegl
Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie
und Plastische Chirurgie
Universitätskliniken Leipzig
annette.ahrberg@medizin.uni-leipzig.de



Dr. med. Holger Siekmann
Klinik für Unfall-, Hand- und
Wiederherstellungschirurgie
Ameos-Klinikum Halberstadt
hols.uhw@halberstadt.ameos.de

Im Weiteren werden wir uns den Aspekten der privaten Unfallversicherung (PUV) widmen. Hier sind Fragen rund um Schulter und Ellenbogen, insbesondere bei der Anerkennung von Unfallfolgen, sicher immer wieder Probleme, mit denen sich der medizinische Gutachter konfrontiert sieht. Unsere Referenten in diesem Bereich sind sowohl erfahrene Kliniker als auch Gutachter, die sich mit den entsprechenden Verletzungen täglich auseinandersetzen.

Die Frage der korrekten und ausreichenden Dokumentation ist nicht nur für den gutachterlich tätigen Arzt, sondern für jeden Arzt in Klinik und Praxis relevant und von alltäglicher Bedeutung. Wie viel Dokumentation ist tatsächlich notwendig? Diese Frage werden wir an den Beispielen OP-Bericht und Dokumentation in der Notaufnahme abarbeiten. Von juristischer Seite erhalten wir abschließend einen Einblick darin, welche Verletzungen überproportional zu juristischen Auseinandersetzungen führen.

Alle Seminare haben bisher von dem hervorragenden Zusammenspiel der Referenten gelebt. Der Diskussion zwischen Referenten und Auditorium wird bewusst angemessene Zeit gegeben, so dass keine Frage unbeantwortet bleibt.

Die Veranstaltung wird am 08. Mai 2021 zentral am Universitätsklinikum Leipzig stattfinden. Selbstverständlich wurde der Veranstaltungsraum so gewählt, dass die Einhaltung entsprechender Hygienevorschriften nach jetzigem Stand möglich ist.

Leipzig ist eine spannende Metropole und ohne Zweifel auch ohne ein Seminar einen Besuch wert.

Wir freuen uns darauf, Sie am 8. Mai zum 6. Mitteldeutschen Gutachtenseminar in der Messestadt begrüßen zu dürfen. ○

BDC|AKADEMIE

FORTBILDUNGEN D-ÄRZTE



Kindertraumatologie für D-Ärzte in München am 16.04.21

Seminarleiter: Dr. Werner Boxberg

Rehabilitationsmedizin / -management in München am 16.04.21

Seminarleiter: Dr. Werner Boxberg

Gutachter im Behandlungsfehler-Prozess in Berlin am 08.05.21

Seminarleiter: Prof. Dr. Heiner Wenk

6. Mitteldeutsches Gutachtenseminar – Fallstricke der Begutachtung in Leipzig am 08.05.21

Seminarleiter: Dr. Annette Ahrberg-Spiegl, Dr. Holger Siekmann

Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung in Berlin am 12.06.21

Seminarleiter: Dr. Werner Boxberg

Begutachtung von Berufskrankheiten in Köln am 25.09.21

Seminarleiter: Dr. Werner Boxberg

Kindertraumatologie für D-Ärzte in Dresden vom 26. - 27.11.21

Seminarleiter: Prof. Dr. Guido Fitze

Ahrberg-Spiegl A, Siekmann H: 6. Mitteldeutsches Gutachtenseminar in Leipzig. *Passion Chirurgie*. 2021 Januar/Februar; 11(01/02): Artikel 04_01.



Weitere Artikel zu den Aus-, Weiter- und Fortbildungsangeboten des BDC finden Sie auf BDC | Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Aus-, Weiter- und Fortbildung | Akademie aktuell.

Mehr Informationen und zur Anmeldung

WEBINARE

Vorankündigung Webinare

BDC AKADEMIE
Einfach starten!


Seit September 2017 gibt es die BDC|Webinare, die im November unter der neuen E-Learning-Plattform www.bdc-eakademie.de mit Online-Kursen, Podcasts und der Mediathek zusammengeführt wurden. Neben den bislang von Experten vorgestellten Leitlinien wird mit der neuen Reihe **Chirurgie Aktuell** das Programm thematisch ausgebaut.

Nach den Live-Präsentationen kann mit dem Referenten und anderen Teilnehmern via Chat diskutiert werden, selbstverständlich kostenfrei für alle BDC-Mitglieder. Und jede Teilnahme an den Leitlinien-Webinaren wird in der Regel mit zwei CME-Punkten zertifiziert.

Alle Live-Webinare stehen nach Ablauf im Webinar-Archiv zur Verfügung.

MITTWOCH, 17. MÄRZ 2021, 18:00 UHR
LIVE

CHIRURGIE AKTUELL

**„Schwamm drüber?
Interdisziplinäres Komplikationsmanagement
am oberen Gastrointestinaltrakt“**

PD Dr. med. Mark Ellrichmann; Prof. Dr. med. Clemens Schafmayer

DONNERSTAG, 25. FEBRUAR 2021, 18:00 UHR
LIVE

Leitlinien

S3-Leitlinie „Palliativmedizin“

Evidenzbasierte Palliativmedizin: Überblick zur aktuellen, erweiterten S3-Leitlinie Palliativmedizin

Prof. Dr. med. Steffen Simon

SAFETY CLIP

Mit den Instrumenten des Risikomanagements dem Personalmangel wirkungsvoll begegnen

Dem klinischen Risikomanagement wird vor allem eine hohe Bedeutung zugesprochen, wenn es darum geht, Patientenschäden zu vermeiden. Dazu werden seine Instrumente, beispielsweise die OP-Sicherheitscheckliste oder das Patientenidentifikationsarmband, im Klinikalltag konsequent angewendet. Doch Risikomanagement ist auch geeignet, zur Bindung von Mitarbeitenden

beizutragen, wie Risikoberaterin Vera Triphaus ausführt.

Ein systematisch angewandtes Risikomanagement berücksichtigt neben den klinischen Risiken auch die wirtschaftlichen und operativen Risiken der „Unternehmung Krankenhaus“. Betrachtet man diese nicht klinischen Risiken, wird ein Problem immer



Vera Triphaus

Risiko-Beraterin,
Gesundheitswissenschaftlerin
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
mbH
Ecclesiast. 1-4
32758 Detmold
vera.triphaus@grb.de
www.grb.de

deutlicher: der Personal- und Fachkräftemangel in den Krankenhäusern. Es fehlt an Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzten. Sind sie nicht ausreichend vorhanden, müssen Operationen verschoben oder Intensivbetten temporär geschlossen werden. Damit sinkt auch die Einnahmenseite des Krankenhauses.

BABYBOOMER UND PERSONALNOTSTAND

Die Auswirkungen des demografischen Wandels tragen zu diesem Personalnotstand bei. Die Krankenhäuser profitierten in den vergangenen Jahren von der Tatsache, dass die Babyboomer-Generation ausreichend Köpfe zur Bewältigung der Arbeit stellte. Doch diese Generation befindet sich an der Schwelle zum Renteneintritt und verlässt bis spätestens Mitte der 30er Jahre den Arbeitsmarkt. Die nachfolgende Generation hat neue, erweiterte oder schlichtweg andere Vorstellungen zum Berufs- und Privatleben, zum Beispiel hinsichtlich des wöchentlichen Arbeitsumfangs. Waren im Jahr 2011 nur 10,9 Prozent der Chirurginnen und Chirurgen in Teilzeit beschäftigt, stieg deren Zahl bis 2017 auf 20,9 Prozent an. Dies erklärt sich nicht allein durch einen höheren Anteil an Frauen in dieser Berufsgruppe, denn der stieg im selben Zeitraum nur um 3,4 Prozent an (Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2011 & 2017).

Als Risikoberaterinnen und -berater gehen wir in viele Krankenhäuser und begegnen dort täglich der Frage: Wie können wir das Strukturproblem „Personalnot“ lösen? Unsere Erfahrung als GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH lautet: Werden Instrumente des klinischen Risikomanagements auch in der Personalpolitik eines Hauses eingesetzt, können Mitarbeitende gewonnen, ans Haus gebunden und bewährte Kräfte langfristig gehalten werden. Auch dem frühzeitigen Ausstieg wird vorgebaut. Dies setzt voraus, dass die Personalpolitik sich von einer administrativen Tätigkeit hin zu einer proaktiven Gestaltung weiterentwickelt. Zur Umsetzung einer solchen Personalstrategie kann der im Risikomanagement angewendete Top-Down- und Bottom-Up-Ansatz angewendet werden. Übertragen auf die Personalpolitik bedeutet das: Die oberste Leitung setzt die Maßnahmen zur Personalgewinnung und -bindung

um, das Personal selbst nimmt an den Maßnahmen teil und akzeptiert sie. Im Sinne des vierstufigen Regelkreises des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses „Plan, Do, Check, Act“ (PDCA-Zyklus) darf die Evaluation der festgelegten und umgesetzten Maßnahmen nicht fehlen. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse fließen in die Umsetzung weiterer Maßnahmen ein, so dass alle – top-down und bottom-up ebenso wie horizontal – an der kontinuierlichen Verbesserung arbeiten.

MASSNAHMEN DES RISIKOMANAGEMENTS IN DIE PERSONALPOLITIK ÜBERTRAGEN

Eine proaktive Personalpolitik unter Zuhilfenahme des Risikomanagements kann folgendermaßen gestaltet werden:

1. IST-SITUATION ANALYSIEREN

Zu Beginn eines Verbesserungsprozesses steht die Analyse der Ist-Situation. Neben der Auswertung von personalbezogenen Kennzahlen wie Fehlzeiten und Fluktuationsrate wird das im Risikomanagement bewährte Instrument der Mitarbeiterbefragung eingesetzt. Bei klinischen Risiken sollen damit mögliche Sicherheitsdefizite in der Patientenversorgung aufgedeckt werden. Im Kontext der Mitarbeiterbindung können die Arbeitsplatzzufriedenheit und Arbeitsplatzperspektiven für die nächsten zehn Jahre erfragt werden. Mitarbeitende sind in der Lage, gut und präzise auf Probleme, Herausforderungen und Verbesserungsmöglichkeiten ihres Arbeitgebers hinzuweisen.

2. ÄNDERUNGSWÜNSCHE IDENTIFIZIEREN, PRIORISIEREN UND BEARBEITEN

Die Erkenntnisse einer solchen Befragung zeigen Stärken und Schwächen der Abteilung und des Krankenhauses auf. Nicht alle Schwächen sind behebbar. Beispielsweise lässt sich eine bessere Bezahlung bei Tarifbindung nicht realisieren. Andere Wünsche der Mitarbeitenden, zum Beispiel Kinder- oder Angehörigenbetreuung, ausreichende Parkmöglichkeiten etc. können identifiziert, priorisiert und bearbeitet werden. Zudem erhält die Krankenhausleitung Informationen über mögliche

Triphaus V: Safety Clip: Mit den Instrumenten des Risikomanagements dem Personalmangel wirkungsvoll begegnen. *Passion Chirurgie*. 2021 Januar/Februar; 11(01/02): Artikel 04_03.



Weitere Artikel zur Patientensicherheit finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de), Rubrik Wissen | Qualität & Patientensicherheit.

Abwanderungstendenzen oder Wünsche nach Arbeitszeitreduzierungen. Die Erkenntnisse geben Hinweise darauf, wie groß eine eventuelle Personallücke sein wird – und in welcher Höhe damit das Budget für Honorarkräfte eingeplant werden muss. Ebenfalls können nach Hospitationen und bei Kündigungen entsprechende Fragen in den Abschlussgesprächen gestellt werden.

3. STÄRKEN BEIBEHALTEN UND AUSBAUEN

Aber auch von den Mitarbeitenden genannte Stärken, wie beispielsweise das Angebot betrieblicher Gesundheitsförderung, sollten erhalten und ausgebaut werden – und zwar so, dass die Mitarbeitenden das als Wertschätzung erkennen und honorieren.

Peter und Hasselhorn stellen in ihrem Modell „Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe“ (2013) dar, dass die Motivation des Einzelnen zur Erwerbsteilhabe abhängt von seiner Arbeitsfähigkeit, Gesundheit und physiologischen Alterung sowie von der Arbeit selbst. Sie zeigen auf, dass bei bestehender finanzieller Absicherung allein die Motivation des/r Einzelnen über seine Erwerbsteilhabe entscheidet.

Faktoren, die die Motivation beeinflussen, können aktiv gestaltet werden, beispielsweise, indem die physische und psychische Gesundheit am Arbeitsplatz gefördert wird. Neben der physischen Arbeitsplatzgestaltung kann der psychischen Belastung vorgebeugt werden, beispielsweise durch die gute Gestaltung von Führung. Damit lassen sich Fehlzeiten und die frühzeitige Aufgabe der Erwerbstätigkeit vermindern.

4. HIERARCHIEN ABBAUEN, ARBEITSKLIMA VERBESSERN

Krankenhaushierarchien abzubauen, ist eines der Ziele des Risikomanagements, um die Patientensicherheit zu erhöhen. Denn starre Krankenhaushierarchien sind für Fehler in der Patientenversorgung verantwortlich. Wie kommt das? Auf Grund ihrer Stellung trauen sich Mitarbeitende nicht, auf Fehler oder

Verstöße von in der Hierarchie über Ihnen stehenden Mitarbeitenden hinzuweisen. So kann es zu – vermeidbaren – Behandlungsfehlern kommen. Auch für die Personalpolitik sind flache Hierarchien ein erstrebenswertes Ziel. Denn eine Kommunikation unter den Mitarbeitenden, die unabhängig von der fachlichen Qualifikation gleichberechtigt und respektvoll verläuft, trägt zu einem guten Arbeitsklima, zur Mitarbeiterbindung und zur Vermeidung von psychischen Belastungen bei. Flache Hierarchien sind somit ein motivationsbeeinflussender Faktor.

Aber auch die Arbeit selbst ist in flachen Hierarchien für die Mitarbeitenden interessant. Aus Sicht des Risikomanagements braucht es eindeutige Verantwortungsbereiche und Zuständigkeiten, in denen der Handlungsspielraum des Einzelnen in der Patientenversorgung definiert ist. So muss der Assistenzarzt wissen, ab wann er die Fachärztin hinzuziehen muss. Übertragen auf das Konzept der gesunden Führung, hat der/die einzelne Mitarbeiter/in mit dem/der Vorgesetzten Leitplanken abgestimmt, innerhalb derer eigenständige Entscheidungen getroffen werden. Die Leitplanken werden regelmäßig neu festgelegt. Damit wird ihr/ihm ein frei gestaltbarer Handlungsspielraum zugestanden. Der/die Vorgesetzte erwartet die korrekte Bewältigung der gestellten Aufgaben innerhalb der Leitplanken und der/die Mitarbeiter/in Lob und Anerkennung nach Erledigung. Das wirkt sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit aus und entlastet den/die Vorgesetzte/-n. Vorgesetzte und Mitarbeitende befinden sich demnach in einem kontinuierlichen Dialog. Die Führungsaufgabe ist: die Beziehung kontinuierlich zu gestalten. Starre Hierarchien werden dadurch abgebaut (Lohmer, Sprenger, von Wahlert, 2012).

Auch die Arbeit in Projektgruppen kann diesen Abbau unterstützen. In einer Projektgruppe werden die bestehenden Hierarchien aufgehoben und jedes Mitglied ist gleichberechtigt. Die gleichberechtigte Kommunikation kann geübt und in den Klinikalltag übertragen werden.

5. MASSNAHMEN ALS FORTBILDUNG NUTZEN

Die genannten Beispiele sind Teil einer proaktiven Personalpolitik mit Instrumenten des klinischen Risikomanagements. Weitere Instrumente, die zur Patientensicherheit und zugleich zur Mitarbeiterbindung beitragen, können regelmäßige Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, retrospektive Fallanalysen und Simulationstrainings sein. Neben Zugewinn an fachlichen Kenntnissen bieten solche Maßnahmen auch Möglichkeiten zur Fortbildung und zur Bearbeitung von Teamfaktoren, wie Störungen in der Kommunikation in zeitkritischen Situationen oder fehlendes beziehungsweise fehlerhaftes Wissen zu festgelegten Vorgehensweisen. Wenn diese Instrumente in einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung eingesetzt werden, empfinden Mitarbeitende sie als Bereicherung. Denn Mitarbeitende möchten ihre berufliche Qualifikation erhalten und ausbauen, auch die über 50-Jährigen. Ihnen das mit Verweis auf das Alter vorzuenthalten, wird als Zurücksetzung empfunden. Risikomanagement fordert per se die regelmäßige Teilnahme aller Beschäftigten an diesen Maßnahmen und trägt damit zur Gleichbehandlung bei.

PATIENTENSICHERHEIT UND MITARBEITERBINDUNG ZUGLEICH

Die Instrumente des Risikomanagements sind dazu gedacht, die Patientensicherheit zu erhöhen. Zugleich sind sie dazu geeignet, Mitarbeitende zu gewinnen und an die Einrichtung langfristig zu binden. Oftmals sind die Ergebnisse einer erfolgreichen Personalpolitik identisch mit denen eines erfolgreichen Risikomanagements. Es gilt zukünftig, die Ressource Mensch gut zu pflegen, also den Beschäftigten über alle Berufsgruppen hinweg einen attraktiven Arbeitsplatz zu bieten. Die zahlenmäßig kleinere nachfolgende Generation muss gefördert werden, damit sie möglichst lange und gesund in ihrem Beruf erwerbstätig bleibt. So kann der Wegfall der Babyboomer-Generation aus dem Arbeitsmarkt kompensiert und weiterhin eine hochwertige Patientenversorgung gewährleistet werden.

LITERATUR

- [1] **Bundesgesundheitsblatt** 56: 415–421 DOI 10.1007/s00103-012-1615-z, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013, online publiziert: 28. Februar 2013, abgerufen am 16. September 2020.
- [2] **Raphael Peter** (Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie, Universität Ulm) und **Hans Martin Hasselhorn** (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin): „Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe – Ein Modell“ in Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 3, 2013.
- [3] **Mathias Lohmer, Bernd Sprenger, Jochen von Wahlert**: „Gesundes Führen. Life-Balance versus Burnout im Unternehmen“, Stuttgart, Schattauer GmbH, 2012.
- [4] **www.aerzteblatt.de/nachrichten/101904/Fachgesellschaft-warnt-vor-Chirurgenmangel-auf-dem-Land**, abgerufen am 16. September 2020.
- [5] **www.aerzteblatt.de/archiv/198658/Pflegemangel-im-Krankenhaus-Die-Situation-wird-immer-dramatischer**, abgerufen am 16. September 2020. ○

eAKADEMIE

Einfach starten!

ONLINE
KURSE

WEBINARE

PODCASTS

MEDIATHEK

ONLINE-KURSE

BDC  AKADEMIE
Einfach starten!

Über 500 strukturierte Fortbildungsmodule und kombinierte, multimediale Lernpakete stehen online für fachlich qualifizierte Fortbildung für Chirurgeninnen und Chirurgen auf der E-Learning Plattform des BDC zum Abruf bereit.

www.bdc-eakademie.de

RECHT &
VERSICHERUNG

Versicherungs- angebote des BDC



Diese Leistungen sind in Ihrem BDC-Mitgliedsbeitrag enthalten:

- ✓ Berufs-Rechtsschutz
- ✓ Praxisvertreter-Haftpflicht
- ✓ Gastarzt-Haftpflicht

Weitere Versicherungsangebote für BDC-Mitglieder über Rahmenverträge

Exklusiv und marktführend

Über Ihre Mitgliedschaft im BDC hinaus können Sie Sonderkonditionen und besondere Versicherungslösungen u. a. auch in folgenden Bereichen erhalten:

- ✓ Berufs-Haftpflicht-Versicherung
- ✓ Sachversicherungen für Betriebsausstattung
- ✓ Betriebsunterbrechung und Ertragsausfall
- ✓ Absicherungslösungen für IT- und Cybergefahren
- ✓ Absicherung von Vermögensschäden aus Management- und Geschäftsführungs-Risiken
- ✓ Rundum-Sorglos-Paket Rechtsschutz
- ✓ Private und betriebliche Kranken- und Altersvorsorge, Unfall-Versicherungen
- ✓ Versicherungsschutz für Berufseinsteiger

HABEN SIE FRAGEN ODER WÜNSCHEN SIE EIN KONKRETES ANGEBOT? BITTE SPRECHEN SIE UNS AN:

BDC-VERSICHERUNGSSERVICE

ECCLESIA MED GMBH

Ecclesiastraße 1-4, 32758 Detmold

Telefon: 05231 / 603 6363 oder kostenlos unter: 0800 603 603 0 | Fax: 05231 / 603 60 6363

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de

HYGIENE TIPP

Welche Qualifikation braucht der Krankenhaushygieniker?

Die Umsetzung der Krankenhaushygiene-Verordnungen der Bundesländer fordert nach Ablauf der Übergangsregelungen von zahlreichen stationären, aber auch ambulanten Gesundheitseinrichtungen zwingend die Bestellung eines Krankenhaushygienikers.

Der Begriff Krankenhaushygieniker ist in den KRINKO-Empfehlungen zu den „Personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ (2009) sowie zum „Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker/innen“ (2016) beschrieben: Es muss ein Arzt für Hygiene und Umweltmedizin, ein Arzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie oder ein in Krankenhaushygiene curricular fortgebildeter Arzt sein.

Die personellen Voraussetzungen an die Besetzung der Stelle des Krankenhaushygienikers sind weiterhin in den Krankenhaushygiene-Verordnungen der Bundesländer verbindlich geregelt. Somit kann bei Neubesetzung der Stelle des Krankenhaushygienikers nur ein Arzt in Frage kommen, der die entsprechenden Qualifikationen vorweist.

Aktuell versuchen die Ärztekammern auf Basis eines Beschlusses des Ärztetages (und gegen die Hinweise aller beteiligten Medizinischen Fachgesellschaften) eine Zusatzbezeichnung Krankenhaushygiene zu etablieren, die in Umfang der Fortbildung und Qualität deutlich hinter die bisherigen Qualifikationen der o. g. Fachärzte bzw. der curricular Fortgebildeten zurückfällt. Die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität der Krankenhaushygiene bleiben abzuwarten.

Der Hygiene-Tipp im Auftrag der DGKH gibt die Meinung der Autoren wieder. ○

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. med. Prof. h. c. (MNG) Walter Popp

Ärztlicher Leiter

HyKoMed GmbH

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für

Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)

popp@hykomed.de

Prof. Dr. rer. nat. et rer. medic. habil. Lutz Jatzwauk

Krankenhaushygiene/Umweltschutz

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Dr. med. Ricarda Schmithausen

Universitätsklinikum Bonn (UKB)

Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit (IHPH)

Dr. rer. nat. Wolfgang Kohnen

Stellvertretender Abteilungsleiter Krankenhaushygiene

Beauftragter für das Qualitätsmanagement

Abteilung für Hygiene und Infektionsprävention

Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität

Mainz

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für

Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)

Popp W, Jatzwauk L, Schmithausen R, Kohnen W:

Hygiene-Tipp: Welche Qualifikation braucht der

Krankenhaushygieniker? Passion Chirurgie.

2021 Januar/Februar; 11(01/02): Artikel 04_04.



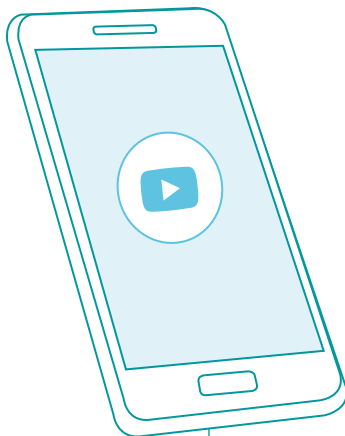
Weitere Hygiene-Tipps finden Sie auf BDC|Online

(www.bdc.de), Rubrik Wissen | Qualität &

Patientensicherheit | Hygiene-Tipp).

Get Your Disinfection

Erfolgreiche bundesweite
Kampagne des BDC
in Kooperation
mit DGKH und BDH



Gute Chirurgie kann durch eine Infektion gefährdet werden. Es gibt vermeidbare und unvermeidbare Infektionen. Letztere sind schicksalhaft und kaum zu beeinflussen.

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und die deutschen Hygieniker betreiben seit 2008 eine bundesweite Informationskampagne, die dazu beitragen soll, vermeidbare Infektionen in Klinik und Praxis zu reduzieren. Wir wissen, dass Sie als Chirurgin/Chirurg alles zur Infektprophylaxe und Hygiene wissen. Wir wissen aber auch, dass Hygiene häufig nicht im erforderlichen Umfang stattfindet oder sich durch die tägliche Routine nicht kontinuierlich im Fokus

des chirurgischen Bewusstseins befindet. Deshalb wollen wir mit dieser langfristigen Aktion Hygienefragen regelmäßig ins Bewusstsein von Ärzten und Pflegepersonal rücken.

Besondere Aufmerksamkeit widmen wir dabei der Händedesinfektion. Lassen Sie sich von lustigen Videos an die Bedeutung der Händedesinfektion vor und nach jedem Patientenkontakt erinnern.

Die Thematik Händedesinfektion wurde von vielen weiteren guten Projekten, wie der „Aktion saubere Hände“ aufgegriffen.

AUF YOUTUBE ([HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/CHANNEL/UCGETSVIPQLNMKVX6WY3HROQ](https://www.youtube.com/channel/UCGETSVIPQLNMKVX6WY3HROQ)) FINDEN SIE ALLE HYGIENEVIDEOS ÜBER DEN VIDEO-KANAL DES BDC.



PATIENTENSCHUTZ DURCH HYGIENE IST EINE
BUNDESWEITE KONZERTIERTE AKTION VON:

- BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN (BDC)
- BERUFSVERBAND DEUTSCHER HYGIENIKER (BDH)
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KRANKENHAUSHYGIENE (DGKH)

Abrechnung der Behandlung von chronischen Wunden im EBM



Dr. med. Peter Kalbe
Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Praxis am Wall in Rinteln
Gelenkzentrum Schaumburg
Josua-Stegmann-Wall 7
31737 Rinteln
Kalbe@bdc.de



Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
dr.rueggeberg@t-online.de

Kalbe P, Rüggeberg JA: Abrechnung der Behandlung von chronischen Wunden im EBM. *Passion Chirurgie*. 2021 Januar/Februar; 11(01/02): Artikel 04_05.



Weitere Artikel zum Thema Abrechnung finden Sie auf BDC |Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Vergütung.

Im allgemein zugänglichen Bereich des EBM (Kapitel 2) findet sich nur ein einziger spezifischer Komplex zur Behandlung sekundär heilender Wunden:

02310: BEHANDLUNGSKOMPLEX EINER/VON SEKUNDÄR HEILENDEN WUNDE(N)

Voraussetzung für die Abrechnung sind drei **persönliche** Arzt-Patientenkontakte. Darüber hinaus muss bei jedem Kontakt eine Wundbehandlung erfolgen, also z. B. eine Nekrosenabtragung oder ein Débridement oder eine Tamponade oder ein Kompressionsverband. Der Komplex kann nach dem dritten Kontakt angesetzt werden. Leider sind zahlreiche andere Grundleistungen der Wundbehandlung gegen diese GO-Nr. gesperrt, zum Beispiel die Leistungen der primären Wundversorgung (02300-02302) sowie die Ruhigstellung (02350). Das ist besonders ärgerlich nach einer Emmert-Plastik gemäß der Nr. 02302 und führt zu der kuriosen Konsequenz, dass man rückwirkend diese Leistungen wieder streichen muss, wenn man den Komplex ansetzt. Weiterhin kann der Komplex nur einmal im Behandlungsfall (in der Regel pro

Quartal) abgerechnet werden, egal wie viele Wunden wie oft behandelt werden müssen.

Darüber hinaus ist der Ansatz nicht möglich beim diabetischen Fuß, beim Ulcus cruris, beim Lymphödem und bei Thrombosen, weil für diese Krankheitsbilder gesonderte GO-Positionen zur Verfügung stehen:

02311: BEHANDLUNG DIABETISCHER FUSS

Diese Leistung ist für Chirurgen frei, allerdings nur, wenn gegenüber der KV der Nachweis erbracht wird, dass im Durchschnitt der letzten vier Quartale vor Antragstellung je Quartal die Behandlung von mindestens 100 Patienten mit Diabetes mellitus durchgeführt wurde. Dies ist anhand der ICD Statistik nachzuweisen. Diese GO-Nr. ist ebenfalls gegen die Kleinchirurgie und andere Behandlungskomplexe gesperrt, ansonsten aber ohne Mengenbegrenzung je Sitzung und je Bein abrechenbar. Es ist allerdings zu beachten, dass der obligate Leistungsinhalt die Abtragung **ausgedehnter** Nekrosen der unteren Extremität beinhaltet. Dies dürfte auch bei ausgedehnten Befunden nur in begrenzter Häufigkeit zutreffen.



02312: BEHANDLUNGSKOMPLEX EINES ODER MEHRERER CHRONISCH VENÖSEN/R ULCUS/ ULCERA CRURIS

Hier wird ebenfalls obligat die Abtragung von Nekrosen gefordert, allerdings nicht explizit ausgedehnter Nekrosen. Weiterhin obligat sind die Lokalthherapie der Wunde und der entstauende phlebologische Kompressionsverband. Darüber hinaus ist eine Fotodokumentation zu Beginn der Behandlung und weiter alle vier Wochen erforderlich. Der Ansatz ist je Sitzung und je Bein möglich, allerdings limitiert auf maximal 4.244 Punkte pro Behandlungsfall. Das ermöglicht somit maximal 77-mal die Abrechnung der 02312, sofern der Leistungsinhalt erbracht wurde.

Seit dem 01.10.2020 neu im EBM ist folgende Leistungsposition:

02314: ZUSATZPAUSCHALE FÜR DIE VAKUUMVERSIEGELUNGSTHERAPIE

Diese Leistung wurde auf Grund eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses in den EBM aufgenommen und ist demgemäß auch limitiert durch die Eingrenzungen der entsprechenden **Richtlinie**. Zusammengefasst bedeutet dies, dass die 02314 nur bei Patienten berechnungsfähig ist, bei denen aufgrund wund- oder patientenspezifischer Risikofaktoren unter einer Standardwundbehandlung keine ausreichende Heilung zu erwarten ist. Die 02314 ist nicht gegenüber anderen Wundbehandlungen gesperrt, allerdings schon gegen die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung, was eigentlich nicht nachvollziehbar ist.

Zusätzlich sind die Kostenpauschalen 40901-40903 anzusetzen. Die Industrie bietet u. a. „single use“ Systeme zur Vakuumversiegelung an, deren Kosten deutlich unter den Erstattungssätzen liegen können, sodass sich diese Therapie in Rahmen einer

Wundsprechstunde/eines Wundzentrums als betriebswirtschaftlich durchaus attraktiv darstellen kann. Die Vergütung erfolgt zunächst extrabudgetär, wird aber später in die Gesamtvergütung überführt. Sofern die Anschaffung einer teuren Vakuumpumpe erwogen wird darf nicht übersehen werden, dass die jetzige Regelung unter dem Vorbehalt einer kurzfristigen Überprüfung durch das Institut des Bewertungsausschusses steht und somit zunächst nur bis zum 30.09.2021 festgeschrieben ist (**Protokollnotiz**).

Die Vakuumversiegelung kann auch bei intendiertem primärem Wundverschluss gemäß GO-Nr. 31401 bei den ambulanten und 36401 bei den belegärztlichen Operationen abgerechnet werden. Nur bei den ambulanten Operationen sind zusätzlich die Sachkosten pauschal nach der GO-Nr. 40900 anzusetzen, bei den belegärztlichen Operationen sind diese in der DRG enthalten.

Gelegentlich sieht man, dass die GO-Nr. 02300 irrtümlich für die Behandlung sekundär heilender Wunden angesetzt wird. Dies wird von den KVen zu Recht gestrichen, weil sich diese GO-Nr. explizit auf eine **primäre** Wundversorgung bezieht. Ältere Kollegen werden sich noch an die alte GO-Nr. 2022 aus dem EBM vor der letzten großen Reform erinnern, die regelhaft bei der Behandlung von sekundär heilenden Wunden angesetzt wurde. Diese Leistung ist aber – wie viele andere – im Rahmen der Pauschalierung und Komplexierung in der Kalkulation der Grundpauschale aufgegangen. Details zu den dort enthaltenen Leistungen finden Sie in EBM im Anhang IV.1 (Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen).

FACHÄRZTLICHE BEHANDLUNGSKOMPLEXE

In fachärztlichen Kapitel 7 (bzw. 18) bildet ein weiterer Komplex die Behandlung von chronischen Wunden ab:

07340 (18340): BEHANDLUNG SEKUNDÄR HEILENDER WUNDE(N)

Hier werden fünf Arzt-Patienten-Kontakte vorausgesetzt. Gemäß der Allgemeinen Bestimmungen muss davon lediglich ein Kontakt persönlich erbracht werden, die restlichen können auch z. B. per Video oder Foto oder auch als Delegationsleistung durch das Praxispersonal erfolgen. Es gelten die gleichen Abrechnungsausschlüsse wie bei der GO-Nr. 02310, allerdings sind zumindest im Behandlungsfall die Leistungen der Kleinchirurgie (02300-02302) nicht gesperrt, was insbesondere bei der Emmertplastik (02302) interessant ist. Leider ist die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung auch gegen diesen Komplex gesperrt, was aus fachlicher Sicht nicht nachvollziehbar ist, zumal die Versorgung chronischer Wunden definitiv zur chirurgischen Grundversorgung zählt.

Ab dem sechsten Kontakt fortgesetzte Wundbehandlungen sind bisher nicht gesondert abrechenbar, was die langfristige Wundpflege unwirtschaftlich macht. Der BDC setzt sich dafür ein, dass bei der anstehenden „kleinen EBM-Reform“ im Rahmen der Zusammenlegung der Kapitel 7 und 18 eine sachgerechte Abrechnungsmöglichkeit für diese langdauernden Wundbehandlungen eingeführt wird.

OPERATIVE LEISTUNGEN ZUR WUND-SANIERUNG, ZUM DEFECTVERSCHLUSS ODER ZUR KAUSALTHERAPIE

Über die hier aufgeführten Leistungen der Grundversorgung hinaus sind natürlich Operationen in den Kapiteln 31 (ambulante Operationen) bzw. 36 (belegärztliche Operationen) abzurechnen. Dies z. B. für ein radikales und ausgedehntes Débridement – ggf. mit temporärem Wundverschluss – (ops=5-916.7nn), für plastische Operationen zum Defektverschluss, z. B. Lappenplastiken (ops=5-895.4nn) oder für Eingriffe der Gefäßchirurgie. ○

LDF-OPF: Der Leistungsdichtefaktor für operative Fachabteilungen – eine neue Kennzahl zur Analyse der Leistungserbringung in der perioperativen Medizin

Die Bewertung der erbrachten Leistung einer operativen Fachabteilung im Krankenhaus bemisst sich aus Sicht des klassischen OP-Managements an Kennzahlen, die insbesondere durch die Fachgesellschaften der Anästhesiologen und Chirurgen in Deutschland konsentiert wurden [1, 2, 3]. Diese Kennzahlen

berücksichtigen unter anderem die Auslastung eines OP-Saals, die OP-Zahl, und Prozesszeiten wie morgendliche Pünktlichkeit, Wechselzeiten zwischen den Operationen und deren Aufschlüsselung nach Verantwortlichkeiten jeweiliger Teilprozesse [4, 5, 6]. Anhand dieser überwiegend zeitbezogenen Analysen wird ein

Korrespondierender Autor:**Prof. Dr. med. Patrick Friederich, MHBA**

Klinik für Anaesthesiologie, Operative Intensivmedizin und Schmerztherapie
München Klinik Bogenhausen
Akademisches Lehrkrankenhaus der Technischen Universität München
Englschalkinger Straße 77
81925 München
patrick.friederich@muenchen-klinik.de

Prof. Dr. med. Thomas Auhuber

Leiter Themen-Referat „Medizinische Dokumentation, Klinik- und Leistungsmanagement“
Berufsverband Deutscher Chirurgen, Berlin
Medizinischer Direktor
Berufsgenossenschaft
Universitätsklinikum „Bergmannsheil“, Bochum

Dr. med. Enno Bialas

digmed GmbH
Flachland 23
22083 Hamburg

Andreas Weiß

Klinikum Leverkusen gGmbH,
Leverkusen
Deutscher Verein für Krankenhaus-Controlling e.V., Berlin

Dr. Peter Leonhardt

Marien-Hospital GmbH; Euskirchen
Deutscher Verein für Krankenhaus-Controlling e.V., Berlin

Quelle: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 7/2020
(www.bibliomedmanager.de)

Auhuber T, Bialas E, Weiß A, Leonhardt P, Friederich P: LDF-OPF; Der Leistungsdichtefaktor für operative Fachabteilungen – eine neue Kennzahl zur Analyse der Leistungserbringung in der perioperativen Medizin. *Passion Chirurgie*. 2021 Januar/Februar; 11(01/02): Artikel 04_06.



Weitere Artikel zum Thema Abrechnung finden Sie auf BDC | Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Vergütung.

Werturteil sowohl im Rahmen des nationalen OP-Benchmarkings als auch in krankenhaus-internen Vergleichen abgeleitet. Diese Bewertungen betrachten die Gesamtheit der Operationssäle eines Krankenhauses als Entität, die aufgrund ihrer besonderen Kostenhöhe und Komplexität an Schnittstellen vielerorts ein eigenes Management teilweise mit Personal- und Sachkostenverantwortung, in jedem Fall aber mit Prozessverantwortung in der Operationseinheit übertragen bekommen hat [7, 8, 9].

Die gesundheitspolitisch initiierten Entwicklungen der Deutschen Krankenhausmedizin seit den 2000er Jahren finden unter der konzeptionellen Annahme statt, dass medizinische Leistungserbringung anhand von Patienten-kriterien und Art der Behandlung zwischen verschiedenen Krankenhäusern und Fachrichtungen verglichen werden kann und deshalb zu einheitlichen Vergütungen erbracht werden muss [10, 11]. Für die jeweilige Leistungserbringung ist zudem ein Zeitkorridor (Verweildauer im Krankenhaus) vorgesehen, innerhalb dessen eine Standardpauschale vergütet wird. Derzeit werden diese vergleichenden Prozessmerkmale unter dem Gesichtspunkt der Qualität der erbrachten Leistung vergütungsrelevant erweitert. Im Ergebnis wird hierdurch ein gelenktes industrielles Fertigungsmodell unter dem Gesichtspunkt der Effizienz als gesellschaftlich gewolltes Gesamtsystem mit Kontrolle der Ausgangsqualität zur Aufrechterhaltung der Krankenversorgung etabliert. Elementare Merkmale dieses Systems sind freier Zugang zur Krankenversorgung unabhängig von finanziellen Mitteln des Leistungsnehmers einerseits und bezahlbare Aufrechterhaltung der flächendeckenden medizinischen Versorgung im Krankenhaus in Deutschland andererseits. Die Erfüllung dieser Paradigmen setzt den Effizienzgedanken und damit ökonomisches Handeln voraus. Vor diesem Hintergrund ist das – bereits seit Jahrzehnten im Sozialgesetzbuch V kodifizierte – ökonomische Handeln unter der Prämisse der Effizienz ein noch ausgeprägter Bestandteil medizinischer Leistungserbringung im öffentlichen Krankenhauswesen in Deutschland [12]. Die Festlegung der Höhe der Vergütung einer erbrachten medizinischen Leistung erfolgt anhand erfasster Durchschnittskosten in Kalkulationshäusern sowie teilweise

anhand empirischer Modelle und anderer Einflussgrößen fachspezifisch und bundesweit einheitlich [13].

Hierbei sind die oben genannten Kriterien Menge und Art der erbrachten Leistung sowie Krankenhausverweildauer für die erzielten Erlöse entscheidend [14]. Die fachabteilungs-spezifische Bewertung der erbrachten Leistung anhand von Kostenstellen konterkariert den im DRG System angelegten Effizienzgedanken, zumindest solange diese die sehr häufig zugrundeliegenden, die Fachabteilungen übergreifenden Prozesse weitestgehend ausblendet und ein fachspezifisches Silodenken fördert. Um nicht in dieser Limitation zu verharren, muss deshalb das OP-Management den gesamten Behandlungsprozess des Patienten in seinen Analysen berücksichtigen und darf sich nicht auf die Räumlichkeit OP-Saal und die darin verbrachte Zeiteinheit und hierfür benötigtes Personal beschränken. Wir möchten zu diesem Zweck eine Kennzahl einführen – den Leistungsdichtefaktor operative Fachabteilungen (LDF – OPF) – die OP-Management im Gesamtprozess der Leistungserbringung des Krankenhauses verortet und damit einen Indikator für Wirtschaftlichkeit und Behandlungsqualität eines wesentlichen Teils der Krankenhausleistung innerhalb der operativen Medizin darstellt. Der Einsatz des LDF – OPF erfolgt additiv und reduziert den Stellenwert etablierter OP-Prozesszeiten und Kennzahlen sowie fachspezifischer Qualitätsprogramme keinesfalls. Ebenso wenig kann die Kennzahl eine ausgeprägte mehrstufige Bereichsergebnisrechnung ersetzen.

Als Grundvoraussetzungen zur Entwicklung des Leistungsdichtefaktors LDF – OPF haben wir folgende Festlegungen getroffen:

- 1) Der Grund für die Aufnahme eines Patienten in ein operatives Fach ist das Fach selbst. Alle Erlöse und Liegedauern, die auf die Aufnahme des Patienten zurückzuführen sind, werden der operativen Fachabteilung zugeordnet.
- 2) Sekundärleistungen wie physikalische Medizin, Laborleistungen, Röntgenleistungen oder auch intensivmedizinische Behandlungen sind für Patienten nicht entscheidungsrelevant. Hier erzielte Erlöse werden deshalb der primär leis-

tungserbringenden operativen Abteilung zugerechnet.

- 3) Es werden nur solche Fälle berücksichtigt, die nur durch eine Fachabteilung operiert wurden.
- 4) Der LDF – OPF muss Änderungen über die Zeit abbilden können, um längerfristige Entwicklungen und Ergebnisse von Steuerung sichtbar zu machen.
- 5) Die Erlös- und damit systemrelevanten Größen Menge, Dauer und Qualität der Versorgungsprozesse müssen beim LDF-OPF Berücksichtigung finden.
- 6) Mit dem LDF-OPF sollen Auffälligkeiten in den Versorgungsprozessen transparent gemacht werden.
- 7) Der LDF – OPF soll im Benchmarking die Möglichkeiten für einen Effizienzvergleich bzw. einen Vergleich der Effizienzentwicklung zwischen verschiedenen Krankenhäusern erweitern sowie zwischen gleichen Fachabteilungen verschiedener Krankenhäuser und auch verschiedenen Fachabteilungen eines Krankenhauses – selbst wenn sie nach den Vorgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) unterschiedliche Eingangsbedingungen aufweisen. Dafür muss der LDF – OPF auch als Index-Kennzahl zu verwenden sein.

METHODEN UND KALKULATION

Unter den in der Einleitung dargestellten Prämissen ist die „Fallzahl“ aller in einem definierten Zeitraum operativ versorgten Patienten die erste Größe und Ausgangspunkt für die weiteren Kalkulationen. Die Fallzahl je operativer Fachabteilung ist leicht zu ermitteln und lässt sich gut gegen andere, z. B. konservativ versorgte Patienten (die es in operativen Disziplinen auch gibt) abgrenzen.

Für die Kalkulation wird die „Fallzahl“ durch eine für jeden stationären Krankenhausfall vorliegende Information ergänzt, das „Relativgewicht“. Mit dem „Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz FPG)“ vom 23. April 2002 wurden diagnosebasierte Klassen von Behandlungsfällen mit vergleichbarem Ressourcenverbrauch vorgegeben (DRG – Diagnosis Related Group), die seitdem

die Grundlage für eine pauschale Vergütung von Krankenhausleistungen bilden [15]. Jedem Behandlungsfall wird dabei ein „Relativgewicht“ zugeordnet, auch Bewertungsrelation genannt, mit dem der Aufwand, der für die Versorgung dieses Patienten – einschließlich der versorgungsrelevanten Nebendiagnosen und neu aufgetretenen Fallschweresteigerungen (Komplikationen) – durchschnittlich aufgewendet werden muss, abgebildet wird. Verantwortlich für diese Zuordnung ist das oben genannte Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK).

Durch die Zuordnung zum durchschnittlichen Versorgungsaufwand lässt sich mithilfe dieses Relativgewichts die individuelle Fallschwere ökonomisch erfassen. Werden die Relativgewichte aller operierten Patienten addiert, ergibt sich als Summe mit dem „Casemix“ die Fallschwere für die zugrundeliegende Patientengesamtheit. Dies gilt sowohl auf der Ebene einer einzelnen Fachabteilung als auch für die Gesamtheit aller operativ versorgten Patienten eines Krankenhauses. Die damit einhergehende Transparenz bezüglich des Leistungsgeschehens in Fachabteilungen und Krankenhäusern ist von Anbeginn eine Intention der Einführung des pauschalierenden Abrechnungssystems gewesen. Die Möglichkeit von Vergleichen sollte die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung durch Wettbewerb steigern [16].

Für den Parameter „Relativgewicht“, mit dem übergreifend ein großer Teil des operativen Versorgungsprozesses abgebildet und bewertet wird, ist zu berücksichtigen, dass sein Wert der Beeinflussung durch das einzelne Krankenhaus entzogen ist. Dies erfolgt durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Auf Basis durchschnittlicher Leistungsausgaben in den Kalkulationshäusern und aufgrund gesundheitspolitischer Vorgaben werden durch das InEK jährlich neu die Bewertungsrelationen angepasst.

Ebenfalls gut zu verifizieren ist die nächste Größe zur Kalkulation des Leistungsdichtefaktors, die „Schnitt-Naht-Zeit“ für die operativ versorgten Fälle. Auch sie lässt sich entweder für das gesamte Krankenhaus oder je Fachabteilung darstellen. Zum einen bildet die

„Schnitt-Naht-Zeit“ den Nukleus der medizinischen Leistung in operativen Fachabteilungen, die ihrerseits wie oben beschrieben, die Rationale für die medizinische Behandlung in operativen Fachabteilungen begründet. Zum anderen waren schon vor der Einführung moderner Krankenhaus-Informationssysteme (KIS) die Zeitpunkte „Schnitt“ und „Naht“ verpflichtende Bestandteile der OP-Dokumentation. Neben der Therapiesicherung, der Rechenschaftslegung und Abrechnungsinteressen handelt es sich auch aus forensischen Gründen bei diesen Angaben mit um die härtesten Informationen, die für die OP-Prozessdokumentation in allen Krankenhäusern vorliegen. Anders als auf die Höhe der Relativgewichte, die durch das InEK vorgegeben werden, haben operierende Fachabteilungen direkten Einfluss auf die Schnitt-Naht-Zeiten.

Die letzte Größe zur Kalkulation des Leistungsdichtefaktors ist die „Verweildauer“ für die operativ versorgten Patienten. Kein Patient sollte mehr Zeit im Krankenhaus verbringen als medizinisch unbedingt erforderlich. Insofern ist auch die durchschnittliche Verweildauer ein weiteres Element, das die Leistungsstärke im Versorgungsprozess ausdrückt. Maßgeblich gesteuert wird die „Verweildauer“ durch die operative Fachabteilung, die die Aufnahme, die Operation und die Entlassung verantwortet. Da sich Fallschwere, Schnitt-Naht-Zeit und Verweildauer gegenseitig beeinflussen können, wird die Integration dieser Parameter innerhalb des LDF – OPF dieser Beeinflussung gerecht.

Der erste Schritt zur Berechnung des Leistungsdichtefaktors besteht in der Addition der „Relativgewichte“ der operierten Patienten zum „Casemix“. Den zweiten Schritt bildet die Division des im ersten Schritt errechneten „Casemix“ durch die Anzahl der operierten Fälle. Damit erhält man den „Casemix-Index“ für die operierten Fälle. Dieser „Casemix-Index“ wird anschließend durch die durchschnittliche „Schnitt-Naht-Zeit“ pro OP (Angabe in Stunden) dividiert und führt zum Casemix-Index pro Schnitt-Naht-Stunde. Abschließend wird der Casemix-Index pro Schnitt-Naht-Stunde durch die durchschnittliche Verweildauer pro operierten Fall dividiert. Das Resultat ist der Leistungsdichtefaktor LDF – OPF.

Sämtliche Angaben beziehen sich immer auf eine einheitliche Grundgesamtheit. Wenn die Berechnung auf Ebene des gesamten Krankenhauses erfolgt, werden auch Relativgewichte, Casemix, Casemix-Index, durchschnittliche Schnitt-Naht-Zeit und durchschnittliche Verweildauer für das gesamte Krankenhaus zugrunde gelegt. Wird singulär eine Fachabteilung betrachtet, werden die genannten Informationen eben dieser Fachabteilung als Basis verwendet. Die Formel für die Berechnung lautet folgendermaßen:

RG = Relativgewicht
CM = Casemix
FZ = Fallzahl
CMI = Casemix-Index
S-N-Z = Schnitt-Naht-Zeit
VWD = Verweildauer
LDF-OPF = Leistungsdichtefaktor operative Fachabteilungen

- (1) $RG_1 + RG_2 + RG_3 \dots RG_n = CM_{\text{operierte Patienten}}$
- (2) $CM_{\text{operierte Patienten}} / FZ_{\text{operierte Patienten}} [n] = CMI_{\text{operierte Patienten}}$
- (3) $CMI_{\text{operierte Patienten}} / \emptyset \text{ S-N-Z je Fall [h]} = 1,5294 CMI_{\text{operierte Patienten}} / \emptyset \text{ S-N-Z}$
- (4) $CMI_{\text{operierte Patienten}} / \emptyset \text{ S-N-Z je Fall} / \emptyset \text{ VWD}_{\text{operierte Patienten}} [d] = 0,2095 \text{ LDF-OPF}$

Beispielrechnung Klinikum 1 (2018):

- (1) $CM = 24.511,76$, $FZ_{\text{operierte Patienten}} = 19.240$,
 $\emptyset \text{ S-N-Z} = 0,833 \text{ [h]}$, $\emptyset \text{ VWD} = 7,3 \text{ [d]}$
- (2) $24.511,76 \text{ CM} / 19.240 \text{ FZ} = 1,274 CMI_{\text{operierte Patienten}}$
- (3) $1,274 CMI_{\text{operierte Patienten}} / 0,833 \text{ [h]} \emptyset \text{ S-N-Z} = 1,5294 CMI_{\text{operierte Patienten}} / \emptyset \text{ S-N-Z}$
- (4) $1,5294 CMI_{\text{operierte Patienten}} / \emptyset \text{ S-N-Z} / 7,3 \text{ [d]} = 0,2095 \text{ LDF-OPF}$

Ist der „Casemix“ konstant und die „Fallzahl“, die „Schnitt-Naht-Stunden“ oder die „Verweildauer“ steigen, sinkt der Leistungsdichtefaktor. Für das Erreichen der gleichen Leistungsdichte müssen komplexere

Operationen durchgeführt werden, es muss kürzer operiert oder postoperativ schneller versorgt und entlassen werden. Eine alleinige Steigerung der Fallzahl ohne Berücksichtigung der anderen Faktoren führt nicht zwangsläufig zu einer Steigerung des LDF-OPF.

Anders als das „Relativgewicht“, welches vom InEK vorgegeben wird, unterliegen insbesondere die durchschnittliche „Schnitt-Naht-Zeit“, die durchschnittliche „Verweildauer“, und die „Fallzahl“ der Verantwortung der jeweiligen Fachabteilung und damit ihrer Steuerungsmöglichkeit (Die Möglichkeit zur Steuerung des gesamten Leistungsportfolios wird hierbei nicht betrachtet.). Kurze Schnitt-Naht-Zeiten bei gleicher oder zunehmender Fallschwere sowie kurze Verweildauern sind wesentliche leistungssteigernde Elemente und beeinflussen den LDF – OPF unmittelbar positiv. Diese Zusammenhänge werden mit dem Leistungsdichtefaktor abgebildet und die verschiedenen Fachabteilungen innerhalb eines einzelnen Krankenhauses lassen sich – erlösseitig – so miteinander vergleichen. Auch Unterschiede in den gleichen Fachabteilungen von verschiedenen, hier virtuellen, Häusern lassen sich darstellen (**Abbildung 1**).

Eine andere Grundvoraussetzung für die aussagefähige neue Kennzahl – die Transparenz der Änderungen über die Zeit – lässt sich ebenfalls gut darstellen. In der **Abbildung 2** ist der Leistungsdichtefaktor, wiederum virtuell, für das Beispielkrankenhaus 1 im Verlauf der Jahre 2016 – 2018 abgebildet. Ausgehend von einem LDF – OPF von 0,1455 steigert das Haus seinen LDF – OPF über 0,1695 im Jahr 2017 auf einen Wert von 0,2095 im Jahr 2018 (**Abbildung 2**). Das Ergebnis der Steuerung, z. B. durch veränderte Schnitt-Naht-Zeiten, Verweildauern, des Leistungsspektrums oder Änderungen der Relativgewichte lässt sich in einem veränderten Leistungsdichtefaktor ablesen. Externe Einflüsse sowie Einflüsse, die nicht dem Zugriff der Fachabteilungen unterliegen, werden weitestgehend eliminiert.

Auf diese Weise lassen sich auch Entwicklungen unterschiedlicher Krankenhäuser über die Zeit darstellen. Die **Abbildung 3** zeigt die Auswertung für das Beispielhaus 1

ergänzt um zwei weitere virtuelle Beispiele. Die positive Entwicklung, die im Beispielhaus 1 erreicht werden konnte, ist in den beiden anderen Beispielhäusern nicht zu verzeichnen. Beispielhaus 2 steigert seinen LDF – OPF zwischen 2016 und 2017 geringfügig, in 2018 fällt der LDF – OPF ab. Im Beispielhaus 3 stagniert zwischen 2016 und 2017 der LDF – OPF und erreicht in 2018 dann eine leichte Steigerung (**Abbildung 3**). Möglicherweise sind InEK-bedingte unterschiedliche Entwicklungen der Fallschwere in den einzelnen Fachabteilungen hierfür ursächlich.

In den Datenbeständen des Benchmarking-Programms von BDA/DGAI, BDC und VOPM [17] haben einige Krankenhäuser Daten bereitgestellt, mit denen eine Auswertung des LDF – OPF möglich scheint. Insgesamt sind es über die drei exemplarisch ausgewählten Jahre 2016 – 2018 27 Krankenhäuser. Sie verteilen sich über die unterschiedlichen Versorgungsstufen wie folgt:

- Grund- und Regelversorgung: 13 Häuser
- Schwerpunktversorgung: 5 Häuser
- Maximalversorger ohne Universitätsklinik: 3 Häuser
- Universitätsklinik: 4 Kliniken
- Fachkrankenhäuser: 1 Haus
- MVZ/AOZ: 1 Haus

Sofern sich nur eine Einrichtung in einer Gruppe befindet (Fachkrankenhäuser, MVZ/AOZ) erscheint eine weitergehende Analyse wenig sinnvoll. Auch bei den Häusern der anderen Versorgungsstufen (Grund- und Regel-, Schwerpunkt-, Maximalversorger, Universitätsklinik), deren Daten die Kalkulation des LDF – OPF grundsätzlich erlauben, bedarf es vor der Kalkulation des LDF – OPF einer weitergehenden Standardisierung der Daten. Nur wenn sichergestellt ist, dass die gleiche Datenbasis verwendet wird, ist das Ergebnis hinreichend valide. Zu dieser Standardisierung der Datenbasis gehört

1. die Berücksichtigung der operierten Fälle, die in einem Kalenderjahr entlassen wurden **und**
2. eine Beschränkung auf die Fälle, die von nicht mehr als einer operativen Fachabteilung operiert wurden **und**
3. in allen Fällen die bereinigte DRG mit ihrem Effektivgewicht zu verwenden.

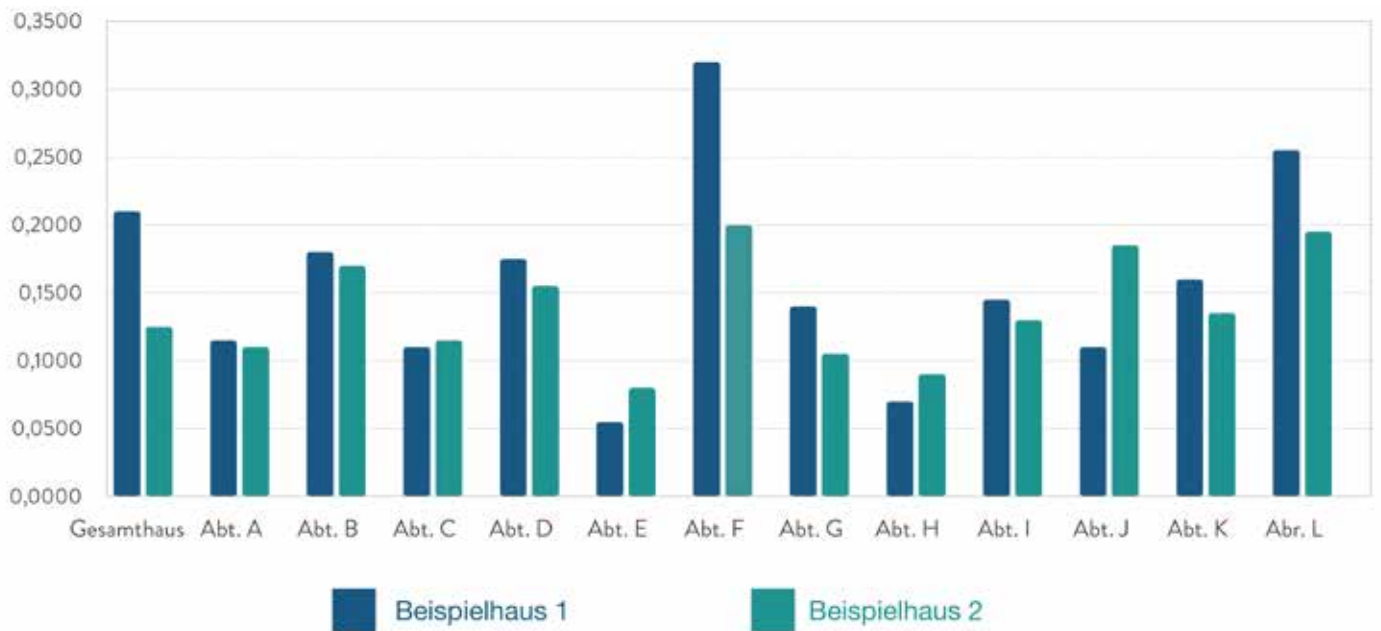


Abb. 1: LDF - OPF je Fachabteilung

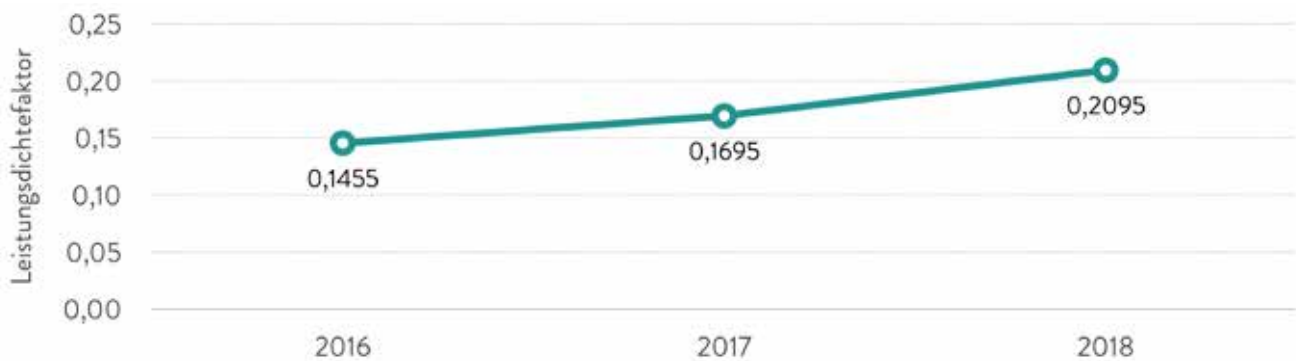


Abb. 2: LDF - OPF 2016 - 2018

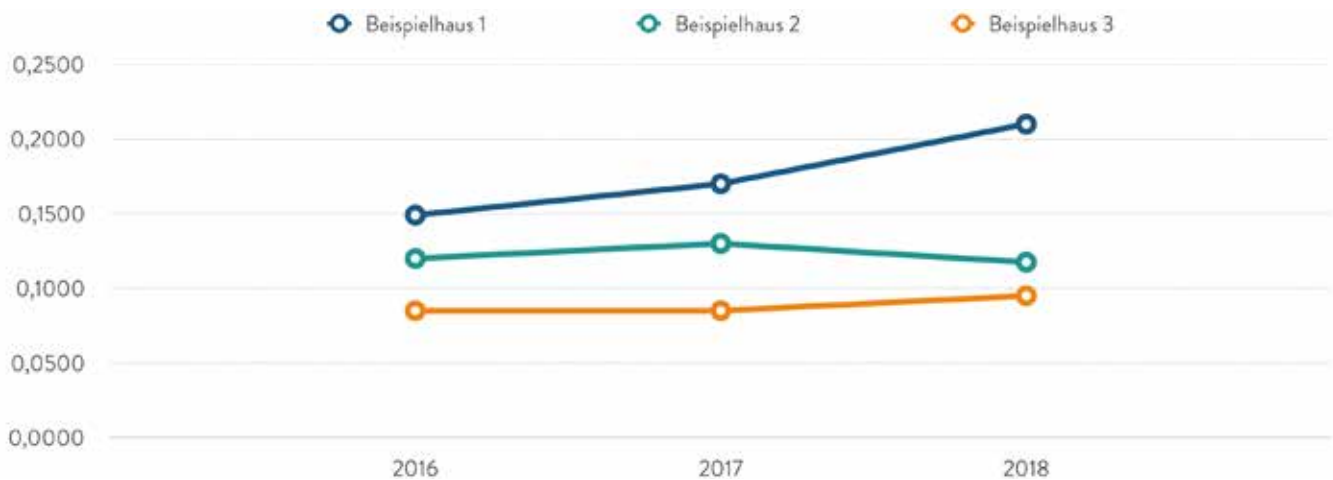


Abb. 3: LDF - OPF 2016 - 2018

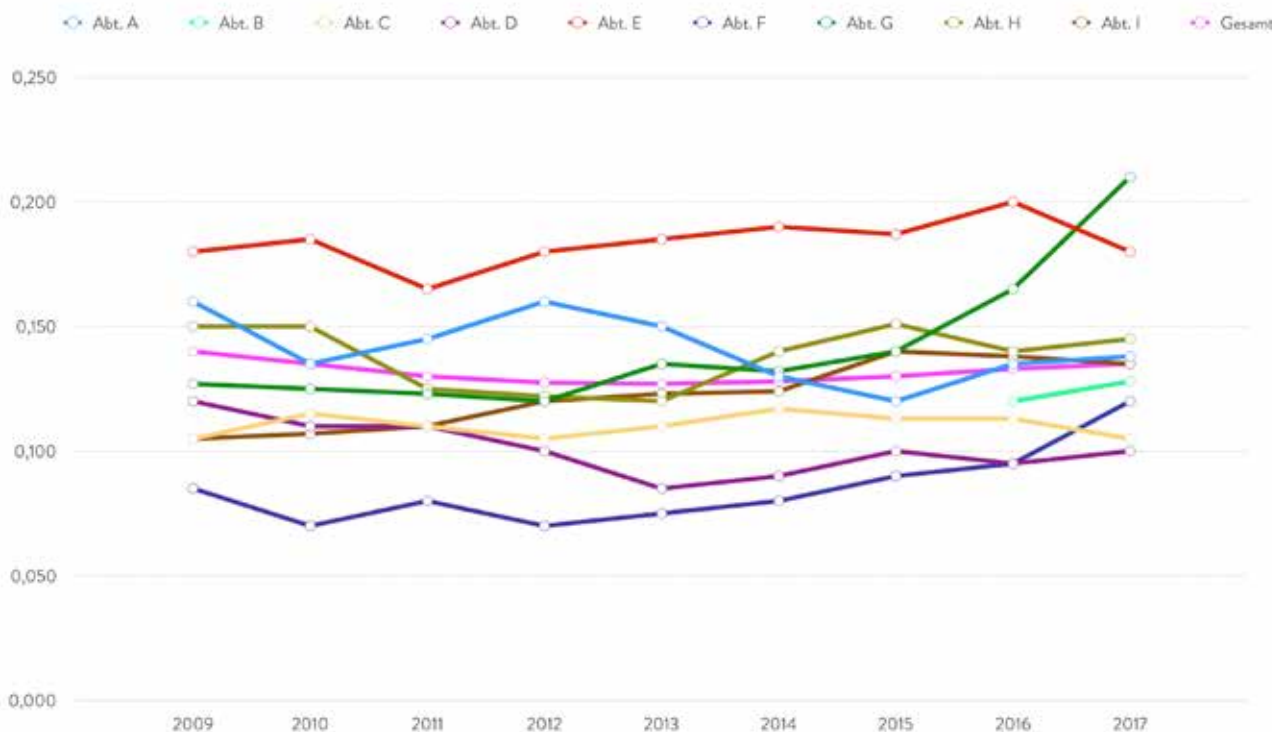


Abb. 4: LDF - OPF je Fachabteilung 2009 - 2017

Erst wenn diese Standardisierung erfolgt ist, können die Daten analysiert werden. Das gilt sowohl für die 27 Häuser, für die bereits Daten vorliegen als auch für alle anderen am Benchmarkingprogramm teilnehmenden Häuser.

Um zu prüfen, ob anhand der standardisierten Datengrundgesamtheit auf Einzelhausebene eine Nutzung des LDF - OPF zur vergleichenden Analyse des operativen Leistungsgeschehens funktionieren kann, wurde für ein Krankenhaus anhand realer Daten retrospektiv für die Jahre 2009 - 2017 diese harte Datenbasis ermittelt. Es kann die Entwicklung des LDF- OPF über die Zeit und damit die Leistungsentwicklung bestimmt werden. Zudem kann der Beitrag der einzelnen Fachabteilung zum LDF - OPF des Gesamthauses über die Zeit bestimmt werden (**Abbildung 4**).

Die Verwendung des LDF - OPF als Index-Kennzahl mit einem frei wählbaren zeitlichen Bezugsrahmen ermöglicht außerdem sowohl die Entwicklung des Gesamthauses als auch die Entwicklung der LDF - OPFs einzelner Fachabteilungen vergleichend zu bestimmen. Durch die Indizierung wird die fachabteilungsspezifische, durch InEK festgelegte

und durch den Leistungserbringer kaum beeinflussbare Gewichtung des einzelnen Faches hinsichtlich der in einer Zeiteinheit zu erreichenden Relativgewichte eliminiert. Erst durch die Nutzung des LDF - OPF als Indexzahl ist ein objektiver Vergleich der Effizienzentwicklung zwischen verschiedenen Fachabteilungen eines Krankenhauses sinnvoll möglich (**Abbildung 5**).

DISKUSSION

Mit den bisher im OP-Management überwiegend genutzten Prozesszeiten und Kennzahlen erfolgte eine erste Ausrichtung auf durchgehende Versorgungsprozesse. Mit den zeitpunkt- und mengenbezogenen Informationen liegen notwendige, aber keinesfalls ausreichende Informationen über das operative Leistungsgeschehen im Krankenhaus vor. In Ergänzung zu beispielsweise dem pünktlichen morgendlichen Beginn oder der durchschnittlichen Wechseldauer zwischen zwei Operationen bedarf es zur besseren Beurteilung der operativen Gesamtleistung der Berücksichtigung weiterer Einflussfaktoren auf den Versorgungsprozess. Mit der durchschnittlichen OP-Dauer sowie der

durchschnittlichen Verweildauer fließen bei der Kalkulation des Leistungsdichtefaktors LDF-OPF zwei qualitätsrelevante Faktoren ein, die der Steuerung durch die verantwortliche Abteilung direkt unterliegen. Sie unterscheiden sich damit von der Fallzahl, die isoliert betrachtet eine Mengenausweitung bewirken kann, ohne die Leistungsdichte und damit die Qualität der erbrachten Leistung zu verbessern. Auch bei einer Steuerung über das gesamte Leistungsportfolio muss außer der Fallzahl und den Relativgewichten die durchschnittliche Schnitt-Naht-Zeit sowie die Verweildauer berücksichtigt werden, um die gewünschte Effizienzsteigerung zu erreichen.

Durch die Festlegung, dass Sekundärleistungen ausnahmslos der primär leistungserbringenden operativen Abteilung zugerechnet werden, wird der Vergleich von Fachabteilungen innerhalb eines Krankenhauses und zwischen Krankenhäusern mit gleichen primären Leistungserbringern, aber unterschiedlichen Infrastrukturmerkmalen bezüglich der sekundären Leistungserbringer ermöglicht.

Weiterhin wird eine relevante Größe, die dem Einfluss der versorgenden Akteure gleichwohl



Abb. 5: LDF - OPF je Fachabteilung 2009 – 2017, indiziert (2009 = 100%)

entzogen ist, in der Kalkulation ebenfalls berücksichtigt. Veränderungen, die sich z. B. aufgrund gesundheitspolitischer Vorgaben oder Neukalkulationen des InEK in veränderten Bewertungsrelationen niederschlagen, werden ebenfalls eingepreist. Sinkt der Case-mix, während die Schnitt-Naht-Stunden oder die Verweildauer gleichbleiben, liegt die Ursache bei unverändertem Behandlungsspektrum außerhalb des Krankenhauses. Für das Erreichen der gleichen Leistungsdichte müssen komplexere Operationen durchgeführt werden, es muss kürzer operiert, oder postoperativ schneller versorgt und entlassen werden.

Auch die räumliche Zuordnung der Leistung ist ein Aspekt, der durch den Leistungsdichtefaktor seine Relevanz verliert. Berücksichtigt wird, welche Leistung für einen Patienten in welcher Zeiteinheit stattfindet. Unabhängig von der Anzahl der zur Verfügung stehenden OP-Säle – die in der Kalkulation keinen Einfluss finden – sprechen hohe Relativgewichte, kurze Schnitt-Naht-Zeiten und eine kurze Verweildauer für eine hohe Leistungsdichte. Diese hohe Dichte wird durch einen hohen Leistungsdichtefaktor ausgedrückt.

Umgekehrt wird der LDF-OPF bei niedrigen Relativgewichten, langen Schnitt-Naht-Zeiten und langen Verweildauern einen geringeren Wert annehmen. Die Verteilung der Leistung auf mehrere OP-Säle oder Konzentration auf einen OP-Saal sind unerheblich. Außerdem eliminiert der LDF-OPF den erheblichen derzeitigen Bias im Kennzahlensystem des OP-Managements zugunsten langer Operationen mit hohen Relativgewichten. Fächer mit kurzen Schnitt-Naht-Zeiten haben ein ungünstiges Verhältnis von Schnitt-Naht-Zeit zu Wechselzeit und damit immer eine niedrigere Auslastung von OP-Sälen. Dies kann jedoch, wie der LDF - OPF zeigt, durch die gleichzeitige Berücksichtigung von Schnitt-Naht-Zeit und Verweildauer kompensiert werden.

Schlussendlich wird durch die beschriebene Kalkulation die innerbetriebliche Diskussion über Verzögerungen aufgrund unzureichender Leistungsprozesse anderer Prozessbeteiligter (z. B. Station, Transport, Anästhesie, Aufwachraum) durch eine von diesen Einflüssen unabhängige Kennzahl auf den Kern der operativen Wertschöpfung im Krankenhaus gelenkt.

Alle diese Zusammenhänge werden mit dem Leistungsdichtefaktor abgebildet. Somit lassen sich Krankenhäuser und einzelne Fachabteilungen miteinander und untereinander hinsichtlich ihrer mittels der vorhandenen Infrastruktur und Prozessorganisation erzielten Erlöse miteinander vergleichen. Auch im Verlauf über Jahre lassen sich Aussagen über die Leistungen der Akteure bei sich verändernden gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen treffen.

Damit erhält das Krankenhaus differenzierte Leistungszahlen aus dem OP-Management, mit denen die Wirkung von Maßnahmen beispielsweise zur Prozessverbesserung überprüft, und strategische Entscheidungen vorbereitet und begründet werden können. Anhand der Leistungsdichte kann eine Diskussion über die Ressourcenallokation auf Basis von Zahlen des gesamten Behandlungsprozesses geführt werden.

Zur weiteren Prüfung der Aussagefähigkeit des Leistungsdichtefaktors bedarf es nun einer größeren Zahl von Krankenhäusern, die die beschriebene Standardisierung ihrer Daten vornimmt. Damit lassen sich Aussagen z. B.

über die Fachabteilungen in Relation zum Gesamthaus treffen. Weiterhin ist eine retrospektive Standardisierung der Daten wünschenswert, um die Abbildung von Zeitreihen zu ermöglichen und Entwicklungen über die Zeit zu vergleichen. Durch diese Evaluation soll auch die Definition des LDF-OPF auf Robustheit überprüft werden. Unter anderem wird zu klären sein, ob die Einflussgrößen Schnit-Naht-Zeit und Verweildauer variabel gewichtet werden sollten, um die interdisziplinäre Vergleichbarkeit zu erhöhen, und welche Faktoren diese Gewichtung beeinflussen.

Bereits jetzt diskutieren wir verschiedene Modifikationen des Leistungsdichtefaktors durch eine Berücksichtigung weiterer Einflüsse, z. B. durch Verwendung von weiteren Prozesskennzahlen im OP oder eine zusätzliche Analytik unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Verweildauern. Für eine noch weitergehende Bewertung der perioperativen Prozesse wäre analog dem LDF-OPF als Kennzahl, die die Erlösseite des Behandlungsprozesses standardisiert, ein Kostendichtefaktor mit Berücksichtigung der jeweiligen Personal- und Sachkosten im Behandlungsprozess wünschenswert.

Grundsätzlich ist es unser Anliegen, das Leistungsgeschehen operativer Fachabteilungen im Gesamtprozess der Leistungserbringung abzubilden. Die im OP-Management bisher ganz überwiegende Fokussierung auf OP-Saal bezogene Prozess- und Mengenanalytik berücksichtigt wesentliche Teile der Qualität der Versorgungsprozesse nicht. Diese Beschränkung ändert und erweitert der LDF – OPF. Er bietet den operativen Fachabteilungen zusätzlich die Möglichkeit, ihre Leistungsfähigkeit über den gesamten Versorgungsprozess und unabhängig von externen Störgrößen zu bestimmen und zu steuern. Darüber hinaus kann in Zeiten, in denen knappe Personalressourcen ein bestimmendes Thema in nahezu jeder einzelnen Organisationseinheit aller Krankenhäuser darstellen, eine LDF – OPF-basierte Allokation von Patienten wesentlich zu einer prozessualen Optimierung und damit zu einer effizienteren Patientenversorgung im Sinne des SGB V beitragen.

LITERATUR

- [1] Bauer M, et al: Glossar perioperativer Prozesszeiten und Kennzahlen. *Anästh Intensivmed* 2008;49:93-105
- [2] Bauer M, et al: Glossar perioperativer Prozesszeiten und Kennzahlen. *Anästh Intensivmed* 2016;57:669-683
- [3] Bauer M, et al: Glossar perioperativer Prozesszeiten und Kennzahlen. *Anästh Intensivmed* 2020;61:516-531
- [4] Messer C, Zander A, Arnolds IV, Nickel S, Schuster M: Wie viele Patientenschleusen braucht mein OP-Bereich? Einfluss der Zahl von OP-Schleusen auf Wartezeiten und Patientendurchsatz im OP – Analyse mithilfe einer Simulation. *Anaesthesist* 2015;56:1058-1066
- [5] Schuster M, Wicha LL, Fiege M, Goetz AE: The influence of resident training on anaesthesia induction times. *Br J Anaesth* 2008;101:640-647
- [6] Schuster M, Pezzella M, Taube C, Bialas E, Diemer M, Bauer M: Delays in Starting Morning Operating Lists. An Analysis of more than 20.000 Cases in 22 German Hospitals. *Dtsch Ärztebl Int.* 2013;110:237-243
- [7] Schuster M, Wicha LL, Fiege M, Goetz AE: Auslastung und Wechselzeit als Kennzahlen der OP-Effizienz. *Anaesthesist* 2007;56:1058-1066
- [8] Baumgart A, Schüpfer G, Welker A, Bender HJ, Schleppers A: Status quo and current trends of operating room management in Germany. *Curr Opin Anaesthesiol* 2010;23:193-200
- [9] Kodali BS, Kim D, Bleday R, Flanagan H, Umann RD: Successful strategies for the reduction of operating room turnover times in tertiary care academic medical center. *J Surg Res* 2014;187:403-411
- [10] Neubauer G: Zur ökonomischen Steuerung der Krankenhausversorgung unter DRG-Fallpauschalen. in Klauber J, Robra BP, Schellschmidt: Krankenhaus-Report 2003;2004;101-119
- [11] Fischer W: DRG-Entwicklungsperspektiven. in Klauber J, Robra BP, Schellschmidt: Krankenhaus-Report 2003;2004;19
- [12] Sozialgesetzbuch V, §12 „Wirtschaftlichkeitsgebot: (1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. (2) Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag. (3) Hat die Krankenkasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage oder entgegen geltendem Recht erbracht und hat ein Vorstandsmitglied hiervon gewußt oder hätte es hiervon wissen müssen, hat die zuständige Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regreßverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.“
- [13] Schmitz H, Platzköster C: Fallkostenkalkulation und Relativgewichte – entscheidende Faktoren der zukünftigen Krankenhausvergütung. in Klauber J, Robra BP, Schellschmidt: Krankenhaus-Report 2003;2004;22-41
- [14] Braun T, Rau F, Tuschen KH: Die DRG-Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht. Eine Zwischenbilanz. in Klauber J, Robra BP, Schellschmidt: Krankenhaus-Report 2007;2008;3-22
- [15] Greß S, Jacobs K, Schulze S, Wasem J: Vertragswettbewerb und die Versorgung mit stationären Leistungen. in Klauber J, Robra BP, Schellschmidt: Krankenhaus-Report 2003;2004;122-136
- [16] Conrad C, Monka M: Der DRG-Methoden-Pretest: Startschuss mit (Neben-)Wirkungen. in Klauber J, Robra BP, Schellschmidt: Krankenhaus-Report 2002;2003;245-256
- [17] Bialas E, Schuster M, Taube C, Diemer M, Bauer M: Fünf Jahre OP-Prozessdaten Benchmarking (2009 – 2013). Der aktuelle Stand des Programms von VOPM, DGA/BDA und BDC. *Anästh Intensivmed* 2014;55:594-613

Honorarbericht der KBV vom 3. und 4. Quartal 2018



Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

Quelle: <http://www.kbv.de/html/honorarbericht.php>

Der Honorarbericht und die Kennzahlen erscheinen quartalsweise. Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (VStG) überträgt der KBV die Aufgabe, einen Bericht über die Ergebnisse der Honorarverteilung, über die Gesamtvergütungen, über die Bereinigungssummen und über den Honorarumsatz je Arzt und je Arztgruppe zu veröffentlichen.

Nunmehr liegt auch der Bericht über die Honorarentwicklung im **dritten und vierten Quartal 2018** im Vergleich zum entsprechenden Vorjahreszeitraum vor.

HIER finden Sie neben den aktuellsten Honorarberichten der KBV Informationen zu weiteren Arztgruppen, Zeiträumen und Kennzahlen.

HIER finden Sie ein PDF zum 3. Quartal 2018

HIER finden Sie ein PDF zum 4. Quartal 2018



Weitere Artikel zum Thema finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen | Vergütung).

Personalia



Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie gratulieren allen Mitgliedern zu den neuen Funktionen, Ernennungen und Auszeichnungen.

Bitte geben Sie uns Bescheid, wenn sich für Sie beruflich etwas ändert. Senden Sie uns einfach eine kurze Nachricht mit Ihrer neuen Funktion und wir veröffentlichen die Neuigkeiten an dieser Stelle. Bitte schreiben Sie an passion_chirurgie@bdc.de.

JANUAR 2021

Dr. med. Thomas Dahm leitet seit dem 01. Oktober 2020 die Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie SLK Kliniken Heilbronn. Er wechselte vom Universitätsklinikum Frankfurt, wo er bis dahin Oberarzt der Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie war.

Dr. med. Frank Fischer, zuvor Oberarzt der Raphaelsklinik Münster, ist seit dem 01. November 2020 Chefarzt am Eduardus Krankenhaus in Köln. Dort leitet er nun die Abteilung Allgemein- und Viszeralchirurgie.

Prof. Dr. med. Thomas Horbach übernahm bereits zum 01. Oktober 2020 die Leitung der Klinik für Adipositas und metabolische Chirurgie am Sana Klinikum Offenbach. Er war zuvor Chefarzt der Fürther Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie der Schön Klinik Nürnberg Fürth.

Dr. med. Stefan Reumuth, langjähriger Chefarzt der Allgemein- Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie des Klinikum Barnim GmbH

am Werner-Forßmann-Krankenhaus, wechselte im Sommer an das Naemi-Wilke-Stift in Guben, wo er zum 01. November 2020 die chefarztliche Leitung der chirurgischen Abteilung übernahm.

Luis Fernando Sanguenza Quintanilla ist seit dem 01. November 2020 Sektionsleiter für Koloproktologische Chirurgie im Evangelischen Krankenhaus in Hamm.

PD Dr. med. Salmai Tural übernahm zum 01. Oktober 2020 die neue Abteilung für Kinderchirurgie, Kindertraumatologie und Kinderurologie am Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R. Tural war zuvor Chefarzt der Klinik für Kinderchirurgie und angeborene Fehlbildungen der HELIOS Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken Wiesbaden.

PD Dr. med. Andrej Udelnow wechselte 2020 von der Gefäß- und Endovaskulären Chirurgie/Phlebologie am Städtischen Klinikum Dessau an die Gefäßchirurgie des Städtischen Klinikum Brandenburg GmbH.



Personalia-Meldungen finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen | Karriere).

**60
CME-
Punkte!**

Hygiene- beauftragter Arzt (HBA)

Geeignet für alle Ärzte



Mit der Smart-Learning-Methode

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) und meduplus haben gemeinsam mit renommierten Krankenhaushygienikern ein kompaktes Angebot zur zertifizierten Qualifikation „Hygienebeauftragter Arzt“ entwickelt.

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

- Zertifizierter Kurs
- Anerkannte strukturierte curriculare Fortbildung gemäß Mustercurriculum der Bundesärztekammer
- 21 Online-Lernmodule
- Nur 2 Tage Präsenzveranstaltung am Wochenende
- Teilnahmebescheinigung
- 2 Jahre Learning Community - Ärzte

Im Gegensatz zu den üblichen 40-stündigen Präsenzkursen zeichnet sich unser Kurs durch einen kombinierten Ansatz aus E-Learning, Abschlusscolloquium sowie einem kontinuierlichen Wissens-Update aus.

Dieses Konzept kommt dem engen Zeitbudget von Ärztinnen und Ärzten entgegen und lässt sich nahtlos in den Klinik- und Praxisalltag integrieren.



Frage & Antwort



Unterzeichnung des Arztbriefs



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

Justitiar BDC
Rechtsanwalt und Fachanwalt für
Medizinrecht
justitiar@bdc.de

Heberer J. F+A: Unterzeichnung des Arztbriefs.
2021 Januar/Februar; 11(01/02): Artikel 04_09.



Weitere Fragen & Antworten finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen |
Recht & Versicherung).

FRAGE:

Ein Oberarzt fragt an, ob ein Arztbrief, der von einem ärztlichen Mitarbeiter im Homeoffice, der nicht in die Behandlung involviert war, nach Diktat des behandelnden Arztes geschrieben wurde, von diesem zu unterzeichnen ist oder vom behandelnden Arzt.

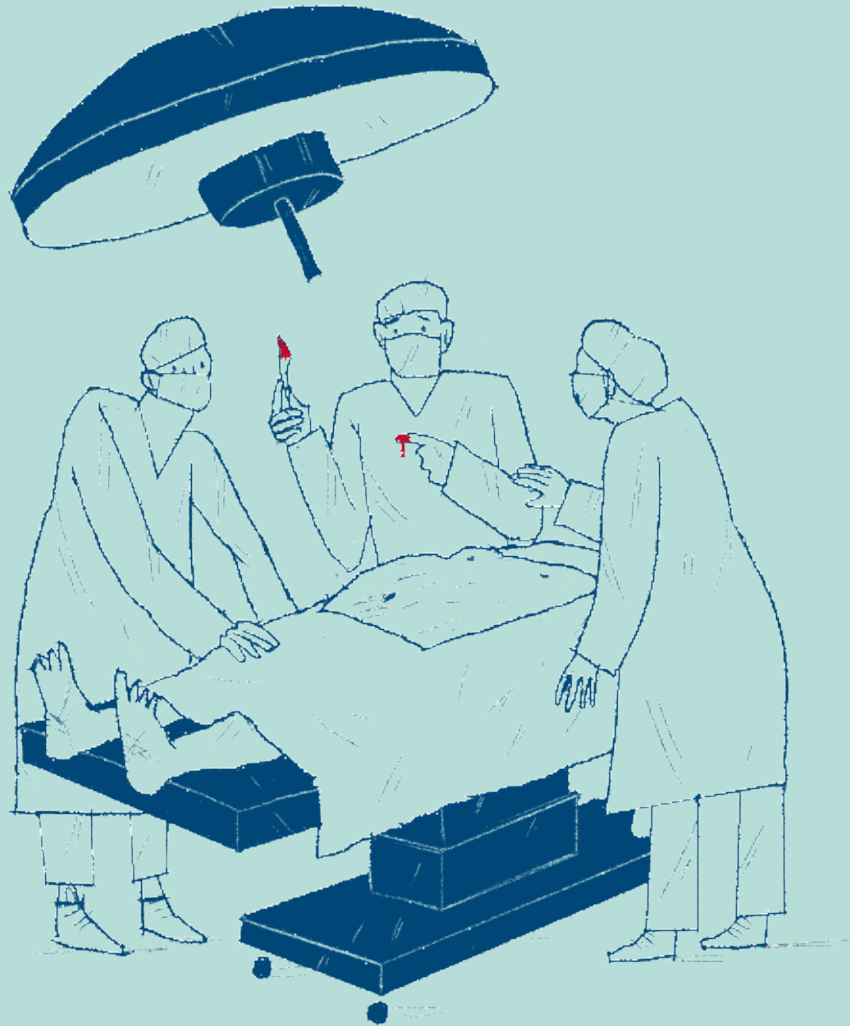
ANTWORT:

Die Verpflichtung zur Erstellung des Arztbriefs trifft den behandelnden Arzt. Allerdings muss die Anfertigung aus Sicht des Verfassers nicht eigenhändig erfolgen, sondern kann vielmehr beispielsweise auf ärztliche Kollegen delegiert werden. Dennoch bleibt der behandelnde Arzt für die ordnungsgemäße Dokumentation, also den Inhalt des Arztbriefs, (haftungsrechtlich) verantwortlich. Auch die übergeordneten Ärzte, insbesondere der Chefarzt, können bei Dokumentationsfehlern aufgrund eines Organisationsverschuldens haften, sofern hieraus ein Schaden beim Patienten entsteht.

Ein solcher Arztbrief gilt in einem Zivilprozess, beispielsweise im Rahmen eines Schadensersatzprozesses wegen Behandlungsfehler, als Urkundenbeweis und damit grundsätzlich als starkes Beweismittel. Die

Patientendokumentation gehört i.d.R. zu den Privaturkunden, die den vollen Beweis dafür begründen, dass die in ihnen enthaltenen Erklärungen von dem Aussteller abgegeben sind. Der Beweiswert einer solchen Urkunde ist jedoch an die strengen Voraussetzungen der Authentizität sowie der Integrität geknüpft. Authentizität bedeutet, dass die Urkunde ihren Aussteller erkennen lassen muss. Unter Integrität versteht man, dass die Urkunde im Nachhinein nicht mehr veränderbar sein darf.

Der Aussteller des Arztbriefes, also nach Meinung des Verfassers der behandelnde und unterzeichnende Arzt, ist damit verantwortlich für die in einem Arztbrief enthaltenen Angaben und Erklärungen, auch wenn er diesen nicht selbst getippt hat. Der im Homeoffice tätige Mitarbeiter würde mit seiner Unterschrift ebenfalls zum Aussteller und damit nach Ansicht des Verfassers auch haftbar für den Inhalt des Arztbriefes. Folglich ist die Frage, ob diese Haftungserweiterung von Seiten der Klinik gewünscht ist. Wenn dies der Fall ist, wäre dies juristisch nicht zu beanstanden. Ansonsten sollte der ärztliche Mitarbeiter, der in die Behandlung nicht involviert war, sondern lediglich den Brief aufgrund des Diktates des behandelnden Arztes geschrieben hat, diesen nicht unterzeichnen. ○



Am Ende braucht jeder einen **Verband.**



**Wir als Berufsverband unterstützen Ihre chirurgische Karriere,
wo Sie es brauchen!**

- Seminare, Webinare und E-Learning für Ihre Fort- und Weiterbildung
- Versicherungen für Ihren Berufseinstieg
- juristische Beratung für Ihre Verträge
- Karriereberatung und Stellenmarkt für Ihre nächsten Schritte
- Vertretung gegenüber der Politik für unsere Interessen



PRAXIS TEST

Konflikte als Katalysator für Selbstorganisation – Der CoToCo-Prozess©

VORWORT

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

denken wir an unsere wechselhaften Jahrzehnte im Krankenhausalltag zurück, so gibt es eine emotionale Konstante, die uns trotz aller System-, Struktur-, Positions- und sonstigen Veränderungen leider nie verlassen hat: Streit. Das Gerangel um Ressourcen und Autarkie, aber auch Einfluss und Bedeutung scheint dem Arztsein so fest inne zu wohnen, dass man meinen könnte, darin eine vergessene Zeile des Hippokratischen Eids zu erkennen. Im Studium wird es nicht gelehrt, und das ist wahrscheinlich auch gut so. Aber an Tag eins im Arbeitsalltag geht es los, und dann hört es mit steigender Erfahrung und Position nicht mehr auf, sondern wird immer schlimmer. Nicht nur viele Neuanfänger sind schockiert, wenn leitende Ärzte und Krankenhausmanager sich wie im Sandkasten die Eimer wegnehmen oder die Schuppe auf den Kopf schlagen. Konfliktfrei im Krankenhaus zu arbeiten erscheint allein wegen der ökonomischen Drucksituation ein hehrer Wunschtraum. Doch Effektivität sollte in der sachlichen Auseinandersetzung Prinzip bleiben. Konflikte als Katalysator für verbesserte Selbstorganisationen zu nutzen wäre sogar ein Fortschritt. „Audiatur et altera pars“ ist dabei nur der erste Teil – die nächsten Schritte kann man lernen. Und vielleicht klappt´s dann ja auch mit dem Nachbarn...

Spannende, erhellende Lektüre wünschen

Prof. Dr. med. C. J. Krones und Prof. Dr. med. D. Vallböhmer

**Korrespondierender Autor:****Sebastian Passow**

Geschäftsführer
Nordlicht Management Consultants
GmbH
Zirkusweg 1
20359 Hamburg
sebastian.passow@nordlicht-
consultants.com

**Dr. Simone M. Ostermann**

Director
Nordlicht Management Consultants
GmbH
Nürnberger Str. 14-15
10789 Berlin
simone.ostermann@nordlicht-
consultants.com

Ostermann S, Passow S: BDC-Praxistest:
Konflikte als Katalysator für Selbstorganisation –
Der CoToCo-Prozess®. Passion Chirurgie. 2021
Januar/Februar; 11(01/02): Artikel 05_01.



Weitere Artikel zum Thema finden Sie auf
BDC | Online unter der Rubrik Wissen |
Fachgebiete.

KONFLIKTE ALS ENTWICKLUNGSCHANCE?

„Konflikte löst man am besten, indem man sie gar nicht erst entstehen lässt.“, formuliert Jerome Anders, ein 1975 geborener Philosoph und Künstler. Insbesondere Beziehungen tragen häufig das Qualitätsprädikat „man streite sich nie“. Kurzum: für persönliche soziale Beziehungen ist die Abwesenheit von Konflikten ein Gütekriterium, dessen Berechtigung sich zu einer verlockenden und zugleich unrealistischen Vorstellung transformiert. Wie ist Ihre Perspektive auf Konflikte? Haben Sie Angst oder zumindest starken Respekt vor Konflikten? Vermutlich ja, denn sonst wären Sie vermeintlich nicht menschlich, formulierte Kohlrieser (2016; S.1). Tendenziell löst der Begriff „Konflikt“ eher Unbehagen als das Gefühl der Möglichkeit aus, sich gemeinsam entwickeln zu können. Dennoch steckt gerade im Zweitgenannten eine inhärente Kraft, die genutzt werden kann, wenn der Rahmen es zulässt und Konfliktparteien (noch) bereit sind, sich auf einen gemeinsamen Weg einzulassen. Doch warum sollte jemand diesen Weg eigentlich gehen?

KONFLIKTE IM ORGANISATIONALEN KONTEXT KRAKENHAUS SIND UNVERMEIDBAR

Gerade der professionelle Kontext in Organisationen ist idealer Nährboden für Konflikte, die sowohl auf der organisational-systemischen, der personal-interindividuellen oder einer Mischung beider Ebenen verortet sind.

Auf organisationaler Ebene entstehen i. d. R. Zielkonflikte durch knappe Ressourcen und den Zugriff auf letztere. Ressourcenknappheit betrifft hierbei nicht nur finanzielle Mittel, sondern auch Zeit, Aufmerksamkeit, die Verfügungsmacht über kompetente MitarbeiterInnen oder Gerätschaften oder auch den Zugang zu EntscheidungsträgerInnen. Im OP-Bereich kann das bspw. der Anspruch auf Saalzeiten, die Nutzung von (besonders kompetenten) OTAs oder auch der Zugang zum OP-Koordinator für die Programmplanung sein.

Die interindividuelle Ebene ergänzt potenzielle Konfliktursachen. Menschen treten in Organisationen nicht als bloße Rollenträger

auf, sondern bringen ihre persönlichen Ziele, Sozialisationshintergründe (was beurteile ich z. B. als gerecht?) und auch die daraus resultierenden Interessendurchsetzungsstrategien ein. So liegen bspw. häufig, je nach Fachdisziplin, unterschiedliche Ansichten über die Dringlichkeit von zu operierenden PatientInnen und damit deren Punkt auf dem morgigen OP-Programm vor.

Zudem gibt es in Organisationen Rollen, die regulierend wirken und spezifisches Praxis-handeln vorgeben, wie z. B. Personalräte, die auf Arbeitszeitverletzungen hinweisen, wenn das Saalprogramm länger als die Regel-arbeitszeit ausgereizt wird.

DAS PROBLEM IST NICHT DER KONFLIKT, SONDERN SEINE TENDENZ ZUR ESKALATION

In der alltäglichen Arbeit ist zwischen Beziehungs- und Aufgabenkonflikten zu unterscheiden. Erstere gehen auf persönliche Differenzen der Beteiligten zurück. Aufgabenkonflikte entstehen durch unterschiedliche Sachperspektiven auf den Prozess der Aufgabenerledigung oder deren Rahmenbedingungen (Zuständigkeiten, Berechtigungen, Prioritäten) [4, S.120f.; 3]. Mit zunehmender Konfliktgeschichte vermischen sich Aufgaben- und Beziehungskonflikte zusehends und drohen potenziell zu eskalieren. So kann aus einer Streiterei um den Zugang zu einem Anästhesieteam (knappe Ressource) schnell ein persönlicher Konflikt werden, in dem sich die KontrahentInnen Egoismus, Inkompetenz und Rücksichtslosigkeit vorwerfen – und zwar (in einer weiteren Konfliktstufe) in allen Lebenssphären über diesen konkreten Fall hinaus.

Um den passenden Mechanismus zur Konfliktlösung zu wählen, ist es wichtig zu wissen, wie weit die Eskalation schon fortgeschritten ist. Hierbei kann das wohl bekannteste 9-stufige Modell zur Beschreibung der Konfliktodynamik Glasls [1] helfen: Demnach wohnt jedem Konflikt eine Win-Win-Situation inne, die erschlossen werden kann, wenn innerhalb der Stufen 1–3 interveniert wird. Dieses kann moderierend aus dem Team

heraus oder durch die Führungskraft erfolgen, da es sich hier NOCH um einen sachlichen Aspekt handelt, der innerhalb funktionieren der Beziehungen geklärt werden kann.

In den Stufen 4–6 geht es um einen Beziehungskonflikt, der vermutlich einen sachlichen Ursprung hatte, nun aber eine Vielzahl an Beteiligten bindet und Positionierungen wichtiger sind als rationale Argumente.

Ab der Stufe 7– den sogenannten „begrenzten Vernichtungsschlägen“ – geht es nur noch darum „den Anderen“ zu schaden, auch unter Billigung eigener Verluste. Ab hier gilt es – aus organisationaler Perspektive – nur noch den Schaden zu begrenzen. Konkret bedeutet dieses die Auflösung von Strukturen, und/oder Umsetzung/Trennung von Konflikttreibern, um weiteren Schaden abzuwenden.

Kurzum lässt sich festhalten, dass Konflikte durch Ziele, Prioritäten und Ressourcenverfügbarkeit strukturinhärent sind. Werden sie nicht gemanagt, drohen sie zu eskalieren – häufig in Situationen in denen komplexe oder krisenhafte Fragen auftreten. Daher braucht es Mechanismen, um systeminhärente Konflikte (a) dauerhaft verhandelbar zu machen und (b) als Quelle systemischer/prozessualer Verbesserungen zu nutzen.

PRAXISPERSPEKTIVE: GEMEINSAME KONFLIKTLÖSUNG ALS SPRUNGBRETT ZU SELBSTORGANISATION – DER COTOCO-PROZESS® (CONFLICT TO COOPERATION)

Gerade institutionelle Konflikte im Krankenhaus brauchen dauerhafte Bewältigungsmechanismen, die verhindern, dass bspw. der „Kampf um Intensivkapazität“ zu einem täglichen, energieraubenden Gefecht wird. Wir als externe Partner von Kundenstrukturen der Gesundheitsversorgung sind vielfach mit solch systemimmanenten Konflikten konfrontiert. Dabei kommt der Anruf in der Regel nicht von den Konfliktparteien selbst, sondern von einer dritten Partei, z. B. der Geschäftsführung, der Pflegedirektion oder auch der Personalentwicklung, die eine „Traditionalisierung“ des Konflikts mit Tendenzen zur Eskalation beobachten.

Erreichen uns solche Anfragen, ist dies für uns Gelegenheit, neben der konkreten Klärung des Konflikts Mechanismen der Selbststeuerung und Aushandlung zu stärken. Unser 5-phasierter CoToCo-Prozess® bietet die Chance, aus einem Konflikt eine konstruktive Zusammenarbeit zu entwickeln bzw. zu revitalisieren.

Anhand eines unserer Praxisfälle möchten wir diesen Prozess demonstrieren.

PHASE 1: DEN KONFLIKT SICHTBAR MACHEN, COMMITMENT ABHOLEN – KONFLIKTÖFFNUNG MIT DEN PARTEIEN

Ziel der ersten Phase ist das Schaffen der passenden Grundlagen für den nachfolgenden Prozess – quasi die Definition der Basiskonfiguration.

Jüngst saßen wir beispielsweise zusammen mit einem Geschäftsführer eines Maximalversorgers in einer mittelgroßen Stadt, der quasi als Sponsor des Themas fungierte sowie seinen ChefärztInnen der Anästhesie, der Allgemein- und Viszeralchirurgie, der Unfallchirurgie, der Gefäßchirurgie sowie der Thoraxchirurgie. Diese betrieben gemeinsam eine operative Intensivstation, die klassischerweise die Engstelle für die Frage bildete, welche und wie viele elektive Eingriffe für wann einbestellt werden können, die (potenziell) intensivpflichtig werden. Während die Anästhesie beklagte, dass der Station regelmäßig mehr PatientInnen, inkl. dem zwangsweisen Notfallgeschäft, zugeführt wurden, als eigentlich behandelbar, waren die ChefärztInnen der schneidenden Fächer wechselseitig darin verhasst zu beklagen, dass sie keinen ausreichenden Zugriff auf die Betten hätten, ihre vorgesehenen Kontingente überschritten, und/oder

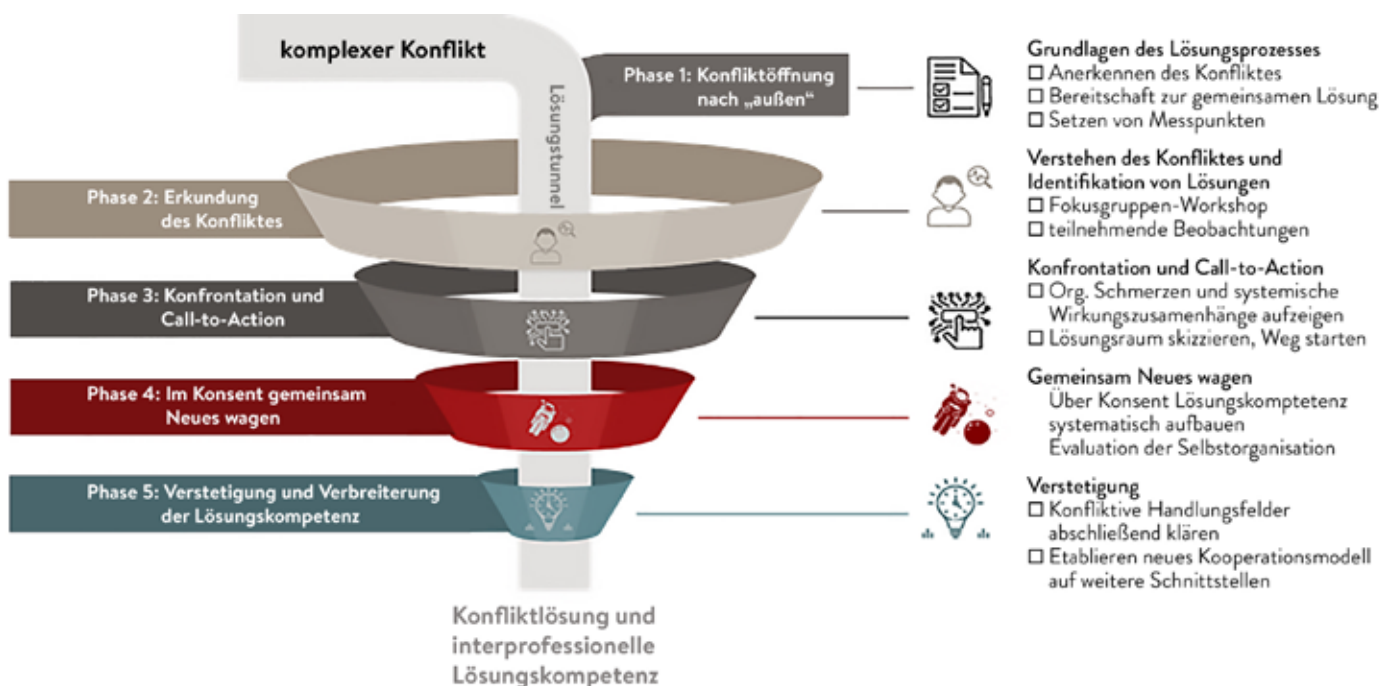


Abb. 1: 5-phasierter CoToCo-Prozess®

elektive PatientInnen kurzfristig abgesagt würden. Es wurde von regelmäßigen Situationen berichtet, wo es auf der ITS hitzig wurde, weil plötzlich postoperative PatientInnen in der Tür standen.

In dieser Phase streben wir an, das Gespräch so sachlich wie möglich zu führen. Gegenseitige Vorwürfe entstehen rasch, sodass wir großen Wert und eine gewisse moderative Strenge legen, jeden Beteiligten sachlich die Situation aus seiner Perspektive schildern zu lassen und die Anderen gewissermaßen zu „zwingen“, einfach zuzuhören, um nicht direkt wieder in das Dramadriek einzusteigen. Am Ende eines solchen Gesprächs steht für uns, Commitment von den Beteiligten in zwei Fragen abzuholen:

1. Wollen Sie den Konflikt gemeinsam angehen? – Nicht selten haben Konflikte auch (irrationale, emotionale) Vorteile und Beteiligte wollen daran festhalten.
2. Sind Sie bereit, sich dem Konflikt zu stellen? Letzteres ist wichtig, da wir jetzt beginnen, den Konflikt genauer auszuleuchten.

PHASE 2: DEN KONFLIKT AUSLOTEN – FOKUSGRUPPEN UND TEILNEHMENDE BEOBACHTUNG

In der zweiten Phase geht es darum den Konflikt, seine katalytischen Elemente sowie Auswirkungen möglichst weitreichend zu verstehen.

Wir gehen mit denen ins Gespräch, die auch Teil des Konfliktes, mindestens Betroffene sind. Dabei kann es durchaus Überraschungen geben, da oftmals die initialen „Streithähne“ gar keine Vorstellung davon haben, wer alles von den Auswirkungen eines Konflikts betroffen ist. Hier beginnen wir mit Fokusgruppeninterviews in den naheliegenden Kerngruppen, in unserem Beispiel also mit den Pflegenden und ÄrztInnen der ITS. Von da arbeiten wir uns – auch nach deren Hinweisen – weiter vor. In diesem Fall sprachen wir auch mit KollegInnen der Holdingarea, ärztlichen KollegInnen der jeweiligen Ambulanzen aber auch mit der

administrativen Patientenaufnahme elektiv. Ferner hospitierten wird (bspw. bei der chirurgischen Morgenrunde, bei der ITS-Visite), um unser Eindrucksset zu komplettieren. Ein positiver (Neben-)Effekt dieser Intervention ist, dass die Betroffenen das Gefühl haben, dass etwas getan wird. Auch sammeln wir in dieser Phase bereits Ideen der Betroffenen ein, was man anders machen könnte. Das hat den Vorteil, dass wir das Lösungspotenzial der Organisation aktivieren und erste Ansatzpunkte für Lösungen generieren, die von den Beteiligten als tatsächlich praktikabel wahrgenommen werden.

PHASE 3: KONFRONTATION UND CALL TO ACTION – SCHMERZ IN HANDLUNG ÜBERSETZEN

In der dritten Phase verdichten wir die Analyseergebnisse und konfrontieren die initiale Gruppe. Häufig erleben wir großes Erstaunen, welche Kreise der Konflikt zieht und welche Blüten er im Alltag treibt

Beispielsweise waren die ChefärztInnen sehr überrascht, in welchem Umgangston die Pflegenden auf der ITS zuweilen angegangen wurden. Auch hier ist große Aufmerksamkeit von uns gefordert, ein Schuldzuweisungsspiel oder eine Ursachenanalyse auf persönlicher Ebene zu vermeiden. Vielmehr gilt es, gezielt nach vorne gerichtetes Commitment für Veränderung zu erzeugen. Dafür ist es übrigens unerheblich, noch mal die genauen Ursachen, und evolutischen Entwicklungen des Konflikts aufzuarbeiten. Wichtig ist nur, den gemeinsamen Willen nach vorne zu haben.

Wir stellen daher die Frage: Wer kann dieses Thema eigentlich lösen? Und wer muss beteiligt werden? Hier geht es darum, den Konflikt nicht wieder dahin zu verlagern, wo er eigentlich nicht gelöst werden kann, also in unserem Beispiel kann der Konflikt nicht dauerhaft gelöst werden zwischen den Pflegenden der ITS und den Anästhesiepflegekräften der Holdingarea (die sich aber immer wieder wechselseitig Druck machen), genauso wenig wie zwischen den AssistentInnen der ACH, UCH und GCH.

PHASE 4: GEMEINSAM NEUES WAGEN – AUSHANDLUNG IM KONSENTVERFAHREN ALS NEUER MODUS DER SELBSTORGANISATION

Sind Verantwortlichkeiten festgestellt und Veränderungswille erreicht, steigen wir mit der Gruppe in einen moderierten Prozess ein, der gewissermaßen die Nagelprobe für einen neuen Modus der Zusammenarbeit ist. In dem hier eine Zusammenarbeit, straff gesteuert und moderiert, eingeübt wird, sollen die Beteiligten lernen, künftig selbst in diesem Modus zu arbeiten. Das beginnt damit, dass wir initial Spielregeln festhalten (z.B. „Wir reden nicht im kategorischen Imperativ“, „Wir tragen nur Ideen vor, auf die wir selbst Einfluss haben.“), auf die wir rigoros verweisen. Wichtig ist dabei die Einführung des sogenannten Konsentprinzips, dem Entscheidungsmodus der Soziokratie, in dem alle Entscheidungsträger als gleichberechtigt begriffen werden. Konsent bedeutet dabei, dass Entscheidungen getroffen werden, wenn keiner der Beteiligten einen schwerwiegenden Einwand hat.

Im zweiten Schritt entwickeln wir mit den Beteiligten eine gemeinsame Landkarte von Handlungsfeldern. In unserem konkreten Beispiel waren das u. a. die Themen „Interdisziplinäre Belegung der ITS – Verteilungsmodus“, „Abflussgestaltung aus OP/Holding Area/Aufwachraum“, „Disziplinübergreifendes Einbestellungsmanagement“, „Interdisziplinäre prästationäre und präoperative Vorbereitung“ etc.

Dann loten wir aus, wen die Gruppe als interne ExpertInnen dazu ziehen will. Insgesamt arbeiten wir in einem agilen Modus, d. h., wir nehmen uns ein Handlungsfeld vor und erarbeiten in Lösungssprints Ideen für seine Veränderung. Input hierfür sind, neben den Lösungsideen der Fokusgruppen aus Phase 2, der Input der internen ExpertInnen, die erarbeitete Lösungsideen gleich einem Realitycheck unterziehen. Gibt es eine konsentfähige Lösung, d. h. eine Lösung, die zunächst ohne schwerwiegende Einwände testbar ist, wird diese erprobt. Nach

vier Wochen wird evaluiert und ggf. nachgeschärft und dann das nächste Handlungsfeld mit dem nächsten internen ExpertInnenkreis bearbeitet. Nicht nur werden durch diesen Modus, sprichwörtlich, Betroffene zu Beteiligten gemacht. Auch lernen die Konfliktparteien, konstruktiv, natürlich auch durch die Gesprächsregeln, gemeinsam Lösungen zu finden. Wertvoll ist dabei der Modus des „agilen Arbeitens“, also das Arbeiten in „gut genügenden Lösungen zum Ausprobieren“. Durch die jederzeitige Reversibilität lassen sich Brücken bauen, Dinge auszuprobieren, selbst wenn sich einzelne Beteiligte damit zunächst unwohl fühlen mögen.

PHASE 5: VERSTETIGUNG

Wenn dieser Arbeitsmodus erprobt und etabliert ist – und dabei darf es zwischendrin ruhig noch mal krachen, um dessen Belastbarkeit zu erproben – ziehen wir uns sukzessive zurück. Statt uns kommt immer eine der (ehemaligen) Streitparteien rotierend in die Verantwortung, den Aushandlungsprozess zu moderieren, auf die Einhaltung der Spielregeln zu achten und insbesondere das Konsentverfahren zu leiten. Wenn die identifizierten Handlungsfelder abgearbeitet sind, kann sich die Runde auflösen. Wir haben aber die Erfahrung gemacht, dass a) bei dieser Art von Konflikten immer mal wieder Reibungspunkte entstehen, sodass

es empfehlenswert ist, die Runde – gewissermaßen im Standby-Modus – aufrechtzuerhalten. Und b) bewährt sich die Runde als generelles Entscheidungsmedium für strittige operative Alltagsfragen häufig so gut, dass die Zusammenarbeit in diesem Kreis einfach routinehaft aufrecht erhalten bleibt. Beispielsweise hat es sich in unserem Fall, allerdings zugegebenermaßen erst nach Wochen der Annäherung, etabliert, dass ACH, UCH, GCH und TCH einmal die Woche ein gemeinsames „Elektivboard“ machen, wo sie Kapazitäten für elektive Eingriffe im Konsentverfahren so verteilen, dass möglichst jeder in der kommenden Woche das Programm fahren kann, was – bei durchschnittlicher Notfallbelastung – möglich ist.

AUSBLICK: DER KONFLIKT ALS AUSGANGSPUNKT FÜR KOOPERATIVE, SELBSTORGANISIERTE ZUSAMMENARBEIT?

Zugegeben, aus einer – möglicherweise lange Jahre währenden – Konfliktkonstellation den Sprung in eine lösungsorientierte und selbstorganisierte Zusammenarbeit zu machen, ist kein Selbstläufer. Es braucht, allen Differenzen zum Trotz, Mut, grundsätzlichen Veränderungswillen und Frustrationstoleranz der Beteiligten. Rückschläge gibt es in diesem Prozess immer wieder und gerade das Übergehen der Verhaltensregeln in Fleisch und Blut der Beteiligten braucht Zeit. Langfristig

bietet unser Verfahren die Chance, genau an die Punkte im Krankenhaus zu kommen, an denen es immer schon geschmerzt hat, um diese einem dauerhaften, effektiven Verhandlungsmodus zuzuführen. Wir sagen bewusst „Verhandlungsmodus“, denn institutionelle Konflikte bringen immer wieder Themen hervor. Sie lassen sich – per definitionem – nicht lösen, wohl aber zum Gegenstand von Verhandlung machen, in denen für Einzel-sachverhalte Lösungen gefunden werden. Hierdurch entstehen im klinischen Alltag dauerhaft weniger Reibungsverluste.

LITERATUR

- [1] Glasl, Friedrich (1999). Konfliktmanagement. Ein Handbuch für Führungskräfte, Beraterinnen und Berater (6. Aufl.), Bern.
- [2] Kohlrieser, George (2018): How to manage conflict: Six essentials; From hostage negotiations to the boardroom, these tips work; in: Perspectives for Managers (2018) N 1-18.
- [3] Rüttinger, B., & Sauer, J. (2000): Konflikt und Konflikt lösen. Kritische Situationen erkennen und bewältigen (3. Aufl.), Leonberg.
- [4] Solga, Marc (2014): Konflikte in Organisationen; in Nerdinger/Blickle/Schaper: „Arbeits- und Organisationspsychologie“, Berlin; S. 119-132. 

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

AUS DER
DGCH

Ab sofort veröffentlichen wir regelmäßig eine Auflistung „Klinische Studien“, die rekrutierende multizentrische chirurgische Studien vorstellt. Details und Hintergrund dazu im Beitrag: Wente MN et al. (2007) Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland. Chirurg 78: 362–366.

Die Tabelle enthält Informationen über laufende Studien, die aktuell rekrutieren und daher zur Teilnahme von interessierten Chirurgen offen sind. Die Liste hat selbstverständlich nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Neuregistrierungen sind über das Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) möglich.

KONTAKT

Dr. Solveig Tenckhoff
Studienzentrum der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie
T: 06221/56-36839
F: 06221/56-6988
Solveig.Tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
www.sdgc.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: BariSurg₁* Registriernummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. B.P. Müller	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m ² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m ²	FPI: 27.11.2013	–	Prof. Dr. B.P. Müller Universitätsklinikum Heidelberg Chirurgische Klinik Sektion Minimalinvasive Chirurgie T: 06221/56-8641 F: 06221/56-8645 E: beat.mueller@med.uni-heidelberg.de
	Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP	136 von 248 Patienten	Kein Fallgeld	
	Kontrollgruppe: Magenbypass-OP			
Studientitel: BIOLAP₂* Registrierungsnummer: DRKS00010178				
Prof. Dr. med. M. Heiss	Primäre bilaterale Leistenhernien			Dr. J. Knievel IFOM – Institut für Forschung in der Operativen Medizin Fakultät für Gesundheit, Department für Human- medizin Universität Witten/Herdecke Ostmerheimer Str. 200, Haus 38 51109 Köln 0221 98957-24 0221 98957-30 Judith.Knievel@uni-wh.de
	Laparoskopische Operation bilateraler Leistenhernien unter Verwendung von synthetischen und biologischen Netzen. Die Studienteilnehmer werden keiner Gruppe zugeordnet; jeder Patient erhält auf einer Seite das biologische und auf der anderen Seite das synthetische Netz. Jeder Patient stellt somit seine eigene Kontrolle dar.	17.08.2017 431 von 496 Patienten	DFG 750 € / Patient	

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: ESOPEC₃* Registrierungsnummer: NCT02509286, DRKS00008008				
Prof. Dr. Jens Höppner	Adenokarzinom des Ösophagus und des gastroösophagealen Übergangs (AEG) Experimentelle Gruppe: Perioperative Chemotherapie (FLOT) und Tumorresektion Kontrollgruppe: Neoadjuvante Radiochemotherapie (CROSS) und Tumorresektion	09.02.2016 438 von 438 Patienten Rekrutierung beendet	DFG 1.500 € / Patient	Prof. Dr. med. Jens Höppner Universitätsklinikum Freiburg Department Chirurgie Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie T: 0761/270-26970 F: 0761/270-90711 E: jens.hoepfner@uniklinik-freiburg.de
Studientitel: HULC₄* Registrierungsnummer: DRKS00017517				
PD Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilamenten Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen-Netz Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilamenten Faden in Small-Stitches-Technik	08.08.2019 142 von 812 Patienten	DFG 500,00 € / Patient	Dr. Solveig Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) Marsilius-Arkaden Turm-West Im Neuenheimer Feld 130.3 69120 Heidelberg 06221-56-36839 06221-56-33850 solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: IOWISI₅* Registrierungsnummer: DRKS00012251 EudraCT 2017-000152-26				
PD Dr. med. Daniel Reim	offene abdominalchirurgische Eingriffe Experimentelle Gruppe: Spülung des subkutanen Gewebes nach Faszienverschluss mit Intervention 1: 0,04%iger Polyhexanidlösung Intervention 2: 0,9%iger NaCl-Lösung Kontrollgruppe keine Wundspülung	20.09.2017 441 von 540 Patienten	DFG 400 € / Patient	PD Dr. med. D. Reim Klinik und Poliklinik für Chirurgie Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München (TUM) Ismaninger Str. 22 81675 München T: 089/4140-5019 E: daniel.reim@tum.de
Studientitel: iPEP₆* Registrierungsnummer: NCT02478996				
Prof. Dr. Ines Gockel, MBA	histologisch gesichertes Adenokarzinom des Ösophagus oder des gastroösophagealen Übergangs Typ I und II nach Siewert-Klassifikation bei männlichen Patienten im Alter von 18–75 Jahren mit geplanter abdomino-thorakaler Ösophagusresektion mit Schlauchmagenhochzug und intrathorakaler oder zervikaler Anastomose Interventionsgruppe: Web-basiertes perioperatives Trainingsprogramm 8–12 Wochen vor und bis 12 Wochen nach der OP Kontrollgruppe: Standardtherapie	07.08.2015 48 von 80 Patienten	Barrett-Initiative e.V. Kein Fallgeld	Prof. Dr. Ines Gockel, MBA Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Leipzig AöR 04103 Leipzig 0341/97-17200 0341/97-17209 chi2@medizin.uni-leipzig.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: PERCOG₇* Registrierungsnummer: DRKS00009451; EudraCT: 2015-005219-34				
PD Dr. med. Daniel Reim	Experimentelle Gruppe: Die Patienten der Gruppe 1 erhalten ab Beginn der neoadjuvanten Chemotherapie präoperativ täglich jeweils supportiv (d.h. zusätzlich zur normalen oralen Ernährung) 600kcal parenterale Ernährung verabreicht. Sollte der Patient seinen täglichen Kalorienbedarf nicht durch orale Nahrungsaufnahme gedeckt haben, wird dem Patienten der fehlende Kalorienbedarf zusätzlich zu diesen 600kcal parenteral zugeführt.	24.05.2019	-	PD Dr.med. Daniel Reim Ismaninger Straße 22 81675 München
	Kontrollgruppe: Alleinige neoadjuvante Chemotherapie vor chirurgischer Resektion ohne parenterale Ernährung. Sollte der Patient seinen täglichen Kalorienbedarf nicht durch orale Nahrungsaufnahme decken können nach Abschluss der ersten Hälfte der präoperativen Chemotherapie, wird dem Patienten der fehlende Kalorienbedarf zusätzlich parenteral zugeführt.	3 von 150 Patienten	400 € / Patient	089/4140-5019 089/4140-2184 daniel.reim@tum.de
Studientitel: PONIY₈* Registrierungsnummer: DRKS00006199				
Dr. med. Rebekka Schirren	Elektiver offener kolorektaler Eingriff			
	Experimentelle Gruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels postoperativem Wundinzisions-Unterdrucktherapie System (PIUT) für 5-7 Tage postoperativ. Kontrollgruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels sterilem Verbandsmaterial für 5-7 Tage postoperativ.	23.10.2017 158 von 340 Patienten	KCI USA, Inc. 50 € / Patient	Dr. med. R. Schirren Chirurgische Klinik und Poliklinik Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München T: 089/4140-5138 E: rebekka.schirren@tum.de
Studientitel: RELY₉* Registrierungsnummer: NCT01073358				
PD Dr. N. N. Rahbari	Patienten zur geplanten R0-Resektion von kolorektalen Lebermetastasen	FPI: 09.03.2010	-	PD Dr. N. N. Rahbari Chirurgische Klinik Universitätsmedizin Mannheim T: 0621/383-3591 F: 0621/383-3809 E: nuh.rahbari@umm.de
	Experimentelle Gruppe: Resektion der kolorektalen Lebermetastasen mit hilärer Lymphadenektomie Kontrollgruppe: Resektion der kolorektalen Lebermetastasen ohne hiläre Lymphadenektomie	366 Patienten Rekrutierung beendet	Kein Fallgeld	

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: WOPP₁₀* Registrierungsnummer: NCT01855464				
Prof. Dr. T. Walles, FETCS Prof. Dr. J. Neudecker (Stellvertreter Studienleiter)	Patienten (15–40 Jahre) mit Rezidiv eines primären Spontanpneumothorax (PTX) oder therapierefraktärem PTX Erstereignis Experimentelle Gruppe: Lungenkeilektomie mit parietaler Pleurektomie Kontrollgruppe: Alleinige parietale Pleurektomie	FPI: 19.11.2013 314 von 360 Patienten	DFG 525 €/Patient	Prof. Dr. T. Walles, FETCS Abteilung Thoraxchirurgie Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R T: 0391/67-21905 E: Thorsten.Walles@med.ovgu.de Studienbüro: Esther Meyer T: 0391/67-24903 E: Esther.meyer@med.ovgu.de Stellvertretender Studienleiter: Prof. Dr. J. Neudecker Charité – Universitätsmedizin Berlin Campus Charité Mitte Campus Virchow-Klinikum Chirurgische Klinik Chirurgisches Regionalzentrum Berlin des CHIR-Net T: 030/450-622125 E: Jens.Neudecker@charite.de

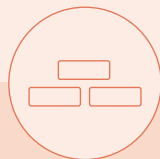
- [1] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial
- [2] Biologisches versus synthetisches Netz bei der laparoskopischen Hernienversorgung – eine randomisierte multizentrische, prospektive, selbst-kontrollierte klinische Studie
- [3] Perioperative Chemotherapie (FLOT) im Vergleich zur neoadjuvanten Radiochemotherapie (CROSS) bei Patienten mit Adenokarzinom des Ösophagus
- [4] Hernia reduction following laparotomy using small stitch abdominal wall closure with and without mesh augmentation - HULC
- [5] Intraoperative wound irrigation to prevent surgical site infection after laparotomy
- [6] Internet-based Perioperative Exercise Program in Patients With Barrett's Carcinoma Scheduled for Esophagectomy
- [7] Parenterale Ernährung unter neoadjuvanter Chemotherapie beim lokal fortgeschrittenen Magenkarzinom/Karzinom des ösophagogastralen Übergangs zur Reduktion der postoperativen Morbidität
- [8] Postoperative negative pressure incision therapy following open colorectal surgery: a randomized-controlled trial
- [9] Eine randomisierte, kontrollierte Studie zur Lymphknotenentfernung bei Resektion kolorektaler Lebermetastasen
- [10] Pulmonary wedge resection plus parietal pleurectomy (WRPP) versus parietal pleurectomy (PP) for the treatment of recurrent primary pneumothorax

* Diese Studie wird im Verbund des chirurgischen Studiennetzwerkes Deutschland CHIR-Net durchgeführt.

Stand: Juli 2020

SPENDENAUFRAF

Langenbeck-Virchow-Haus



Das Langenbeck-Virchow-Haus wurde nach erfolgreicher „Revitalisierung“ am 01.10.2005 offiziell seiner Bestimmung übergeben. Der historische Hörsaal, die Eingangshalle und der Treppenaufgang sind stilgerecht renoviert, die Büroräume nach dem Auszug der Charité der neuen Nutzung angepasst. Unsere Gesellschaft hatte dabei einen erheblichen Eigenanteil zu tragen. Weitere Belastungen brachte die aufwendige Restaurierung des Gründerbildes. Die Geschäftsstelle, unsere Bibliothek und das Archiv sowie Hallen und Flure des Hauses bedürfen einer verbesserten Ausstattung. Die Mieterlöse, die beiden Trägergesellschaften zugute kommen, werden für die langfristige Refinanzierung benötigt. Das Präsidium unserer Gesellschaft hat auf seiner Sitzung am 07.10.2005 beschlossen,

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

Mit „Bausteinen“ **in Bronze (ab 500 €), in Silber (ab 1.500 €) und Gold (ab 5.000 €)**, in Form von Plaketten seitlich im Eingangsfloor angebracht, würdigen wir die Spender. Sie werden auch in der Mitgliederzeitschrift *PASSION CHIRURGIE* bekannt gegeben.

Überweisungen mit Angabe von Namen und Adresse des Spenders werden erbeten auf das Konto der DGCH bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Berlin, IBAN DE54 3006 0601 0005 2983 93, BIC DAAEDEDXXX unter dem Kennwort „Baustein LVH“. Eine Spendenbescheinigung wird Ihnen umgehend zugesandt.

Wir würden uns über eine rege Spendenbeteiligung als Ausdruck der Identifikation unserer Mitglieder mit ihrem traditionsreichen Haus sehr freuen.



Prof. Dr. med. Dr. med. dent. M. Ehrenfeld
Präsident

Prof. Dr. med. Dr. h.c. H.-J. Meyer
Generalsekretär

Prof. Dr. med. J. Werner
Schatzmeister

Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

**Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie dankt Spendern,
die mit ihren Bausteinen zur Ausgestaltung und zum Unterhalt
des Langenbeck-Virchow-Hauses beigetragen haben.**

BAUSTEIN IN GOLD

Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen
Herr Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Peiper, Göttingen
in memoriam Prof. Dr. med. Herbert Peiper, Berlin und Mainz
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karl-Walter Jauch, München
in memoriam Prof. Dr. med. Georg Heberer, München
Herr Prof. Dr. med. Reiner Gradinger, München
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.
in memoriam Prof. Dr. med. Jens Witte
AO Deutschland, Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen,
Berlin
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Axel Haverich, Hannover
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Markus Büchler, Heidelberg
DGTHG – 1971 mit Dank an die Gründungsmitglieder
Herr Prof. Dr. med. Joachim Jähne, Hannover
in memoriam Manfred und Helmi Jähne, Essen
Herr Prof. Dr. med. Uwe Klinge, Aachen
Herr Prof. Dr. med. Erhard Kiffner, Karlsruhe
in memoriam Prof. Dr. med. W. Brendel, Prof. Dr. med. R. Zenker,
Dr. med. R. Kiffner
AIOD Deutschland e. V., Düsseldorf

Familie und Freunde Dr. Schreiter, Hamburg
in memoriam Dr. med. Friedemann Schreiter
Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau, Bochum
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und
Ästhetischen Chirurgen e.V.
Herr Dr. med. Ernst Derra und Frau Dr. med. Hildegard
Derra-Henneke, Düsseldorf und München
in memoriam Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Ernst Derra, Düsseldorf
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Roland Hetzer, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Roderich Schwarz, Bristol, Indiana, USA
in memoriam Prof. Dr. med. Wilhelm Müller, Rostock und
Prof. Dr. med. Egbert Schwarz, Erfurt
Herr Prof. Dr. med. Jürgen Ennker und
Frau PD Dr. med. Ina Carolin Ennker, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Henning Putzki, Hannover
in memoriam
Prof. Dr. Peter-Christian Alnor, Braunschweig
Prof. Dr. Horst Heymann, Hannover
Vereinigung Niederrheinisch- Westfälischer Chirurgen
Herr Dr. med. Wolfgang Schneider

BAUSTEIN IN SILBER

Herr Prof. Dr. med. Leonhard Schweiberer, München
 Herr Prof. Dr. med. Klaus Junghanns, Ludwigsburg
 Herr Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, Neuötting
 Herr Prof. Dr. med. Hendrik Dienemann, Thoraxklinik Heidelberg
 Herr Prof. Dr. med. habil. Dr.-Ing. Dr. med. h.c. Michael Ungethüm,
 Tuttlingen
 Herr Prof. Dr. med. Hartmut Siebert, Schwäbisch-Hall
 Herr Prof. Dr. med. Karl Herbert Welsch, München
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Wysocki, Heidelberg
 Herr Dr. med. Jürgen Meier zu Eissen, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Post, Mannheim
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Mutschler, München
 Frau Prof. Dr. med. Ursula Schmidt-Tintemann, Vaterstetten
 Herr Prof. Dr. med. Matthias Rothmund, Marburg
 Herr Prof. Dr. med. Christian H. Siebert, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Volker Bühnen, Murnau
 Herr Dr. med. Abdullah Mury, Heide
 Herr Dr. med. Andreas Ungeheuer, München
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Schellerer, Bamberg
 Herr Prof. Dr. med. Tilman Mischkowsky, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Hans-Joachim Wiendl, Bamberg
 Herr Prof. Dr. med. Klaus Roosen, Würzburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Gert Carstensen, Mülheim
 Herr Prof. Dr. med. Peter M. Vogt, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Fritz L. Ruëff, München
 Herr Prof. Dr. med. Karl-Joseph Paquet, Bad Kissingen
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Volker Schumpelick, Aachen
 Herr Prof. Dr. med. Yoshiki Hiki, Tokio/Japan
 Herr Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith, Konstanz
 Herr Dr. med. Goswin von Mallinckrodt, München
 Herr Prof. Dr. med. Lothar Kinzl, Ulm
 Frau Ingrid und Herr Dr. med. Robert Raus, Riedlingen
 Frau Dr. med. Ursula Engel, Hamburg
 Enddarm-Zentrum Bietigheim,
 Herr Dr. med. Wolfgang Pfeiffer,
 Herr Dr. med. Markus Piro-Noack,
 Herr Dr. med. Edgar Kraft
 Herr Prof. Dr. med. Thomas Rüedi, Maienfeld/Schweiz
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Chur/Schweiz
 Herr Prof. Dr. med. Gert Specht, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Henning Weidemann, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Otto Scheibe, Stuttgart
 in memoriam Prof. Dr. med. Helmut Remé, Lübeck
 Herr Prof. Dr. med. Stephan Langer, Mönchengladbach
 Herr Dr. med. José Luis Narro, Köln
 Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Ulf Wayand, Linz
 Herr Prof. Dr. med. Werner Grill, Starnberg
 Herr Prof. Dr. med. Fritz Kümmerle, Mainz
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Friedrich Stelzner, Bonn
 Herr Prof. Dr. med. Günther Vetter, Bad Vilbel
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Bernhard Sprung, Dresden

Frau Dr. med. Eva Böhlau, Bad Soden
 1991–2011 DGT in memoriam
 Prof. Dr. med. Ingolf Vogt-Moykopf zum 80. Geburtstag
 Herr Prof. Dr. med. Gerhard Krönung, Wiesbaden
 in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke,
 Regensburg
 Herr Prof. Dr. med. Alois Fürst
 Herr Dr. med. Arthur Heiligensetzer
 Herr Dr. med. Peter Sauer
 Herr Dr. med. Bernfried Pikal
 Herr Dr. med. Johannes Winfried Pruy
 in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke,
 Regensburg
 Herr Prof. Dr. med. Christian Müller, Hamburg
 Herr Dr. med. Friedrich Klee, Heidelberg
 Herr Prof. Dr. med. Karl Dinstl, Wien
 in memoriam Prof. Dr. med. K. Keminger
 Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim
 Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen
 Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
 Herr Dr. med. Helge Hölzer, Stuttgart
 in memoriam Prof. Dr. med. Gerhard Köveker, Sindelfingen und
 Böblingen
 Herr Dr. med. Friedemann Schreiter, Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler, Linden
 Herr Dr. med. Frank U. Zittel, Frankenthal
 in memoriam Prof. Dr. med. Richard Xaver Zittel
 Herr Prof. Dr. med. Wulf Brands, Karlsruhe
 in memoriam Dr. med. Hartmut Wirth, Mannheim
 Herr Prof. Dr. med. habil. Dieter Bokelmann, Essen
 in memoriam Dr. med. Ottmar Kohler, Idar-Oberstein
 Herr Prof. Dr. med. Hermann Bünthe, Münster
 Frau Dr. Eva Appel, Frankfurt/Main
 in memoriam Prof. Dr. med. Alexander Appel
 Herr Prof. Dr. med. Gerhard Schönbach, Freiburg
 Frau Prof. Dr. med. Dorothea Liebermann-Meffert, Freiburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Basel
 Herr Dr. med. Andreas Dörmer, Frankfurt/Main
 Herr PD Dr. med. habil. Klaus H. Fey, Berlin
 in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Linder, Heidelberg,
 Prof. William P. Longmire Jr., Los Angeles
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Köle, Graz
 in memoriam Prof. Dr. med. Adolf Winkelbauer und
 Prof. Dr. med. Franz Spath
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Helmut Wolff, Berlin
 Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Rehbein
 Herr Prof. Dr. med. E. Ulrich Voss, Karlsruhe
 in memoriam Herr Prof. Dr. med. Jörg F. Vollmar
 Herr Dr. med. Christoph Bubb, Landshut

Herr Dr. med. Bernhard Arlt, Herne
 Herr Prof. Dr. Axel Laczkovics, Bochum
 in memoriam Prof. Waldemar Kozuschek, Bochum
 Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau, Bochum
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans Hellmuth Hirsch
 Herr Prof. Dr. med. Otto-Andreas Festge, Greifswald, Herr Dr. med.
 Reinhold Festge, Oelde, Frau Dr. med. Brigitte Festge, Greifswald
 in memoriam Dr. med. Otto Festge
 Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
 Herr Prof. Dr. med. Horst Hamelmann, Kiel
 Herr Prof. Dr. med. Paul Hahnloser, Zürich
 in memoriam Prof. Dr. med. Åke Senning
 Herr Dr. med. Christoph Schüürmann, Bad Homburg
 Dres. med. Hermann und Beate Sons, Kassel
 in memoriam Dr. med. Paula Rotter-Pool, Berlin

Herr Prof. Dr. med. Rolf Schlumpf, Zürich
 Herr Prof. Dr. med. Reinhart T. Grundmann, Burghausen
 in memoriam Margarethe Grundmann, Burghausen
 Herr Prof. Dr. med. Helmut Witzigmann
 von seinen Mitarbeitern der Chirurgischen Klinik
 Dresden-Friedrichstadt
 Herr Dr. med. Claus Müller, Dresden
 Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Hartig, Leipzig
 Herr Dr. med. Klaus Schellerer, Bamberg
 in memoriam Dr. med. Heinrich Schellerer und
 Prof. Dr. med. Gerd Hegemann
 Prof. Dr. med. Dieter Rühland, Singen
 Herr Dr. med. Jürgen Hofmann, Innsbruck
 in memoriam Dr. med. Werner Pfafferott und
 Dr. med. Hermann Wiesinger

BAUSTEIN IN BRONZE

Herr Dr. med. Holger Barenthin, Celle
 Herr Prof. Dr. med. Gernot Feifel, Homburg
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Lamesch, Gotzingen/Luxemburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jakob R. Izbicki, Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Hans Zwipp, Dresden
 Herr Dr. med. Dusan Dragojevic, Isernhagen
 Herr Prof. Dr. med. G. Heinz Engelhardt, Wuppertal
 Proktologische Praxis Kiel,
 Herr Dr. med. Johannes Jongen,
 Herr Dr. med. Hans-Günter Peleikis,
 Herr Dr. med. Volker Kahlke
 Herr Dr. med. Wolfgang Hermes, Bremen
 Herr Dr. med. Wolf-Dieter Hirsch, Grimma
 Herr Dr. med. Holger Herzing, Höchststadt/Aisch
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke, Plettenberg
 Herr Dr. med. Winfried Hölter, Monheim
 Herr Dr. med. Matthias Becker, Possendorf
 Frau Dr. med. Martina Mittag-Bonsch, Crailsheim
 Zur Erinnerung an den Virchow-Schüler Paul Langerhans,
 Berlin und Madeira. Seine Familie
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Riedl, Göppingen
 Herr Dr. med. Gerwin Alexander Bernhardt, Voitsberg/Österreich
 Herr Dr. med. Georgios Adamidis, Pirmasens
 Herr Dr. med. Orhan Özdemir, Herborn
 Herr Dr. med. Marcus Giebelhausen, Paderborn
 Herr Prof. Dr. med. Matthias Richter-Turtur, Münsing
 Herr Dr. med. Michael Eckert, Speyer
 in memoriam Prof. Dr. med. Kurt Spohn
 Herr Prof. Dr. med. Rudolf Bedacht, München
 Herr Dr. med. Hans-Joachim Wigro, Bielefeld
 Herr Dr. med. Ingolf Hoellen, Backnang
 Herr Dr. med. Konrad Prenner, Salzburg
 Herr Dr. med. Nikolaos Mastragelopoulos, Heinsberg
 „Primum non nocere.“

Herr Dr. med. Radovan Stojanovic, Kassel
 Herr Dr. med. Jörg Kluge, Erfurt
 in memoriam Dr. med. habil Werner Kluge, Dresden
 Herr Dr. med. Roland Kluge, Dresden
 in memoriam Dr. med. habil. Werner Kluge, Dresden
 Frau Dr. med. Ricarda E. Sieben, Braunschweig
 Herr Dr. med. Peter Gilsdorf, Mainz
 Herr PD Dr. med. Friedrich Thielemann, Villingen-Schwenningen
 Herr Dipl.-Ing. H. - F. Bär, Werl
 Herr Dr. med. Albert Schreiber, Neumarkt
 in memoriam Dr. med. Claus Wiedmann
 Frau Dr. med. Waltraud von Kothén, Tegernsee
 Herr Dr. med. Jürgen Friedrich, Essen
 Herr Dr. med. Arnd Siegel, Stade
 in memoriam Prof. Dr. med. Rudolf Nissen
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke, Plettenberg
 in memoriam Prof. Dr. med. E.H. Farthmann
 Saarländische Chirurgenvereinigung e.V., Saarbrücken
 Herr Dr. med. Johannes Zeller, Laufenburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Manfred Schmolke, Düsseldorf
 Herr Prof. Tomislav Stojanovic
 Dr. med. Radovan Stojanovic, Wolfsburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Heinz Becker, Göttingen
 Herr Dr. med. Jürgen Benz
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Joachim Streicher
 Frau Dr. med. Frauke Eleonore Meyer-Wigro, Bielefeld
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Berger, Deutschlandsberg
 Herr Prof. Dr. med. Roland Eisele, Göppingen
 Herr Dr. Joachim Casper, Überlingen
 Herr Dr. med. Thomas Friess
 in memoriam Prof. Dr. med. Klaus Reichel
 Herr Dr. med. Arne Bautz, Kiel
 Herr Dr. med. Jochen Peter, Mainz

DGCH-PRÄSIDIUM

ab 1. Oktober 2020



KORRESPONDENZADRESSE

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V.
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
Tel.: 030/28876290
info@dgch.de
www.dgch.de

REDAKTION

MITTEILUNGEN DER DGCH

Prof.Dr.med.Dr.h.c.H.-J.Meyer (V.i.S.d.P.),
info@dgch.de
Dipl.-Kffr. Canan Kilci,
referentin@dgch.de

VORSTAND

Präsident	M. Ehrenfeld, München
1. Vizepräsident	T. Schmitz-Rixen, Frankfurt
2. Vizepräsident	H. Lang, Mainz
3. Vizepräsident	A. Seekamp, Kiel
Schatzmeister	J. Werner, München
Generalsekretär	H.-J. Meyer, Berlin

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	W. O. Bechstein, Frankfurt am Main
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie/Vertreter Allgemeine Chirurgie	K. Ridwelski, Magdeburg
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin	F. Adili, Darmstadt
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	U. Rolle, Frankfurt
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	J. Hoffmann, Heidelberg
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	R. Goldbrunner, Köln
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	B. Kladny, Herzogenaurach
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen	L. Prantl, Regensburg
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	J. Gummert, Bad Oeynhausen
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	H.-S. Hofmann, Regensburg
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	D. Pennig, Köln
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.	J.-A. Rüggeberg, Bremen
Perspektivforum Junge Chirurgie	T. Fritz, Homburg

WEITERE MITGLIEDER

Leitender Universitätschirurg	S. Fichtner-Feigl, Freiburg
Leitender Krankenhauschirurg	C. Krones, Aachen
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik	N.N.
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung	M. Mille, Erfurt
Niedergelassener Arzt für Chirurgie	R. Lorenz, Berlin
Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland	R. Rosso, Comano/Schweiz
Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung	C. Bruns, Köln

FRÜHERE PRÄSIDENTEN

T. Pohlemann, Homburg	2017
J. Fuchs, Tübingen	2018
M. Anthuber, Augsburg	2019

SPRECHER DER SENATOREN

N. P. Haas, Berlin
J. Jähne, Hannover

SENATOREN

H.-J. Peiper, Göttingen
H. Hamelmann, Kiel
W. Hartel, Ulm
G. Hierholzer, Duisburg
H. Bauer, Altötting
D. Rühland, Singen
A. Encke, Frankfurt
K. Schönleben, Ludwigshafen
J. R. Siewert, München
N. P. Haas, Berlin
B. Ulrich, Düsseldorf
M. Rothmund, Marburg
H. D. Saeger, Dresden
H. U. Steinau, Bochum
K. Junghanns, Ludwigsburg
R. Arbogast, Pforzheim
V. Schumpelick, Aachen
R. Gradinger, München
A. Haverich, Hannover
M. Büchler, Heidelberg
K.-W. Jauch, München
J. Jähne, Hannover
P. Vogt, Hannover
G. Schackert, Dresden

MEINE DATEN HABEN SICH GEÄNDERT


☐ Mitgliedsnummer DGCH

☐ Mitgliedsnummer BDC

Titel

Name und Vorname

Klinik/Krankenhaus/Praxis

Abteilung

Klinik-Anschrift

Telefon dienstlich

Privat-Anschrift

Telefon privat

Mobiltelefon

E-Mail-Adresse

Postsendungen bitte an die

☐ Praxis-/Klinikadresse

☐ Privatadresse

☐ Ich lebe im Ruhestand seit

☐ Meine Bankverbindung hat sich geändert. Bitte senden Sie mir ein SEPA-Formular zu.

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE e.V., Luisenstr. 58/59, D – 10117 Berlin

Tel.: 030 28 87 62 90 | Fax: 030 28 87 62 99 | E-Mail: info@dgch.de

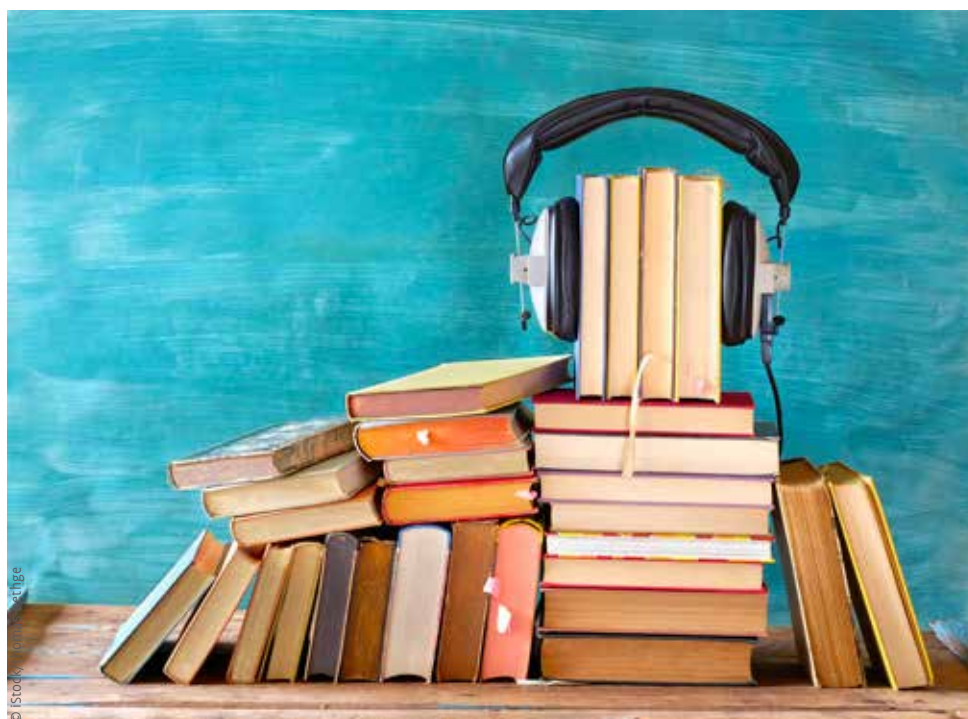
AUS DEM
BDC

NEUE PODCASTREIHE DES BDC

KOMPAKTES WISSEN TO GO!

Fortbildung mit Kontakteinschränkungen – das geht. Gerade in der Chirurgie ist es wichtig, am Ball zu bleiben. Der BDC hat jetzt seine erste **Podcastreihe** veröffentlicht. In enger Kooperation mit chirurgischen Experten wurde eine sechsteilige Podcast-Serie zum Thema „Perioperative Medizin“ für alle chirurgischen Fachdisziplinen produziert und steht auf der BDC-Fortbildungsplattform eAkademie kostenfrei zur Verfügung.

Ziel des Formats ist es, vor allem AssistenzärztInnen in Weiterbildung durch diese Lernmethode auf ihrem Weg zum Facharzt für Chirurgie zu unterstützen. Denn insbesondere Podcasts bieten die Möglichkeit „on the Go“ Wissen zu übermitteln mit großer zeitlicher und räumlicher Flexibilität.



[Zu den BDC-Podcasts...](#)

BDC-SEMINAR



NOTFALLMANAGEMENT IM BEREITSCHAFTSDIENST

NOCH PLÄTZE FREI!

Das Seminar für Berufseinsteiger vermittelt interdisziplinäre Basisfertigkeiten und Kenntnisse für eine sichere Bewältigung von Bereitschaftsdiensten. Die Teilnehmer lernen an zwei Tagen zudem die Grenzen der eigenen Kompetenz kennen, lernen wann sie einen Facharzt hinzuziehen müssen und wie die Zeit bis Hilfe eintrifft zu überbrücken ist.

Das Seminar gehört zum Curriculum Basischirurgie. Nach Teilnahme an einem Common Trunk-Seminar sowie Durchführung eines weiterführenden Seminars bzw. Workshops, verleiht die BDC|Akademie das BDC-Zertifikat Basischirurgie.

Online-Veranstaltung vom 04.03. bis 06.03.2021

Seminarleiter: Prof. Dr. med. Ehrhardt Weiß

[Anmeldung und mehr Information...](#)

BUCHVERÖFFENTLICHUNG



CHIRURGINNEN

Klimpel, Volker: Chirurginnen

Kaden Verlag Heidelberg. 2021, 17 x 24 cm, gebunden, 188 Seiten

EUR 24,80 (inkl. MwSt.)

ISBN 978-3-942825-87-0

Frauen war es Jahrhunderte lang verwehrt, ärztlich und erst recht chirurgisch tätig zu sein. Sie mussten in Vergangenheit und Gegenwart viele Zurücksetzungen erfahren und brachten häufig persönliche Opfer, um gleichberechtigt mit ihren Kollegen zu sein. Der Chirurg Volker Klimpel beschreibt in seinem Buch CHIRURGINNEN erstmals ausführlich die wechselvolle Geschichte der weiblichen Emanzipation auf diesem Gebiet. Zugleich portraitiert er über 100 Chirurginnen von der Antike bis in die Neuzeit und erweist ihnen so die längst zustehende Reverenz.

[Das Buch bestellen...](#)



Weitere Artikel finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik
BDC|News).

Protokoll der BDC-Mitgliederversammlung 2020

Ort:	Videokonferenz als Zoom-Meeting
Datum:	28.11.2020
Zeit:	09:00 – 10:30 Uhr

TOP 3 GENEHMIGUNG DER TAGESORDNUNG

Die Tagesordnung wird genehmigt.

TOP 1 BEGRÜSSUNG

Der Präsident, Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, begrüßt alle digital anwesenden Mitglieder und erläutert vorab die technischen Rahmenbedingungen.

TOP 2 FESTSTELLUNG DER BESCHLUSSFÄHIGKEIT

Der Präsident stellt die Beschlussfähigkeit fest.

TOP 4 BERICHT DES PRÄSIDENTEN

Herr Prof. Meyer würdigt zunächst das 60-jährige Jubiläum des BDC und erinnert in einem Rückblick u. a. an die Gründungssitzung (23.04.1960) mit 40 anwesenden Chirurgen im Rahmen des 77. Chirurgenkongresses und die Wahl von Herrn Professor Kilian als ersten BDC-Vorsitzenden. Im Jahr 1968 wurden die Landesverbände gegründet, die Anzahl der Mitglieder betrug 1.433. In diesem Jahr hat der Verband insgesamt 17.600 Mitglieder und

Stummheit Video beenden Sicherheit Teilnehmer Überfragen Neue Freigabe Freigabe unter Kommentieren Fernbedienung Mehr

2020 • FOLIE 49

Sie befinden sich in der geschützten Bildschirmnutzung

Stoppen

Der Präsidium empfiehlt der Mitgliederversammlung, die Änderung der Beitragssatzordnung ab 01.01.2021 wie folgt zu beschließen:

Dienststatus	Beitrag ab 1.1.2021 einschließlich Versicherung in Euro	Aktuell ein Versicherter
Chefärzte, Ärztliche Direktoren, Sektionsleiter	285	
Niedergelassene (Selbständige), MVZ- und BAG-Gesellschafter (auch angestellt)	245	
Oberärzte, gehobenes Management	185	
Angestellte Fachärzte in Klinik/MVZ/Praxis/BAG (ohne Leitungsfunktion/Gesellschafterstatus), Sonstige Angestellte	135	
Assistenzärzte in Weiterbildung (bis Erreichen der Facharzt-Prüfung; maximal 5 Jahre)	112	
Studierende	20	

→ Beitragssatzsteigerung um insgesamt 14%

www.bdc.de



Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)
Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin
praesident@bdc.de, h-jmeyer@dgch.de



Dr. med. Friederike Burgdorf, M. Sc.

Geschäftsführerin
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
burgdorf@bdc.de

Meyer HJ, Burgdorf F: Protokoll der BDC-Mitgliederversammlung 2020. Passion Chirurgie. 2021 Januar/Februar; 11(01/02): Artikel 03_07_02.



Alles über den BDC finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de).

entwickelt sich zu einem der größten Chirurgengemeinschaften in Europa.

Leider hat das „Corona-Jahr“ 2020 Absagen von Veranstaltungen mit sich gebracht. Trotz der Pandemie verzeichnet der BDC aber weiterhin eine hohe Anzahl an Neumitgliedschaften. Insbesondere das Programm der Akademie war von den Corona-bedingten Einschränkungen betroffen. Jedoch hat der BDC die Krise als Chance begriffen und Wege in die Digitalisierung beschritten. Zahlreiche Veranstaltungen und Seminare wurden digitalisiert; dies soll auch zukünftig beibehalten und ausgebaut werden. In diesem Kontext hebt der Präsident die Entwicklung der neuen eAkademie mit einem umfassenden digitalen Kursangebot hervor, die im November 2020 online gegangen ist.

Der BDC als Interessenvertretung auf Bundes- und Landesebene hat 2020 die politische Arbeit wie auch die Pressearbeit intensiviert. Allein zum Thema der Pandemie wurden fünf Pressemitteilungen veröffentlicht. Zudem wurden unterschiedliche Stellungnahmen zu laufenden Gesetzgebungsverfahren an das Bundesministerium für Gesundheit adressiert. Zum Themenspektrum gehörten die Wiederaufnahme elektiver Operationen, das Testen auf Corona vor elektiven ambulanten Eingriffen, der Gebrauch von Schutzmasken, die neue Approbationsordnung, das Krankenhauszukunftsgesetz und das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz.

Auf der Website des BDC wurde bereits im März 2020 ein Online-Infocenter für Mitglieder zur Covid-19-Pandemie (u. a. Abrechnung, Organisation, Recht) eingerichtet.

Als gemeinsame Aktivität der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und des BDC wurde der Newsletter mit dem Fokus auf politische Nachrichten fortgesetzt sowie die Publikation der Passion Chirurgie als mittlerweile bestens etablierte gemeinsame Mitgliederzeitschrift.

Eine Mitgliederumfrage 2020 zeigte eine erfreulich positive Einstellung der BDC-Mitglieder zu ihrem Verband. Die höchste Zufriedenheit zeigte sich mit den Seminar- und Versicherungsangeboten, der Passion

Chirurgie, der Rechtsberatung, der Beteiligung am DCK, den Logbüchern und den Nur-Mut-Workshops. Für die weitere strategische Ausrichtung des BDC priorisieren die Mitglieder die Bereiche Kommunikation, Lobbyarbeit und Ökonomie. Insgesamt würden 93% den BDC weiterempfehlen.

Die Nachwuchsarbeit ist und bleibt ein wichtiger Baustein im Portfolio des BDC und wird stetig ausgebaut. Dazu zählen die inhaltliche Weiterentwicklung der Website und die Konzeption neuer Lernformate (Prüfungssimulation) sowie die verstärkte Präsenz in Social Media als PR-Instrument.

Zur Weiterbildungsordnung informiert der Präsident, dass diese mittlerweile in nahezu allen Ärztekammern umgesetzt wurde. Weitere Kriterien zur Erteilung der Weiterbildungs Ermächtigung werden noch im Einzelnen definiert, die Teilnahme am Seminar „Train the Trainer“ soll Pflicht werden.

Auf europäischer Ebene ist der Vorstand der Section Surgery in diesem Jahr geschlossen zurückgetreten. Ein neuer Vorstand wird noch gewählt.

Zum Abschluss des Berichtes des Präsidenten erfolgt in einer Schweigeminute die Totenehrung; die Auflistung der verstorbenen Mitglieder wird eingeblendet.

TOP 5 BERICHT DES SCHATZMEISTERS

Herr Dr. H. Mayer spricht seinen Dank aus an das Präsidium, die Geschäftsführerin und das Team für die geleistete Arbeit. Der Schatzmeister weist auf die nahezu stabile Beitragsentwicklung trotz der Einschränkungen durch die Pandemie hin. Bei der Rechtsschutzversicherung halten sich Einnahmen und Ausgaben im erwarteten Rahmen. Während eine Senkung der Kosten im Bereich des Vorstandes zu verzeichnen war, sind im Bereich der Beratungsverträge gestiegene Kosten zu verzeichnen. Die Rechtsberatung ist in der Bilanz konstant. Der Schatzmeister richtet seinen besonderen Dank in diesem Zusammenhang an Herrn Rechtsanwalt Dr. Heberer. Kostensteigerungen resultierten insbesondere aus der neuen eAkademie und

der Modernisierung der IT-Infrastruktur in der BDC-Geschäftsstelle (Datenschutz, IT-Sicherheit). Zudem wirkt sich der „Corona-Effekt“ durch die Absage von Seminaren auf die Bilanz im Jahr 2020 aus. Eine Beitragserhöhung habe es zuletzt 2013 (Angleichung Ost/West) gegeben, für das gesamte Bundesgebiet zuletzt vor ca. 20 Jahren. Bei einem steigenden Lebenshaltungskostenindex von über 25 Prozent in den letzten 20 Jahren empfiehlt das Präsidium eine Beitragserhöhung zum 01.01.2021 um insgesamt 14 Prozent.

TOP 6 ANTRAG AUF ENTLASTUNG DES VORSTANDES

Frau Prof. Dr. J. Seifert und Herr PD Dr. H. Fuchs stellen den Antrag auf Entlastung des Vorstands. Daraufhin erfolgt eine Abstimmung.

ABSTIMMUNGSERGEBNIS

95% stimmen den Vorschlag auf Entlastung zu. Der Vorstand ist entlastet.

TOP 7 NACHWAHL VON PRÄSIDIUMSMITGLIEDERN

Mit großer Mehrheit werden Frau Dr. Leschber als Leiterin des Fachreferats *Thoraxchirurgie*, Herr PD Dr. Fuchs als Leiter des Themenreferats *Oberärzte* und Frau Dr. Fitze-Büttner als Leiterin des Themenreferats *Familie und Beruf* gewählt. Die neuen Stellvertreter werden ebenfalls vorgestellt und in ihren Ämtern begrüßt. Auch den scheidenden ReferatsleiterInnen, Frau Prof. Schlosser und Herrn Dr. Hennes, wird für ihr jahrelanges Engagement herzlich gedankt.

WAHLERGEBNISSE (ZUSTIMMUNG)

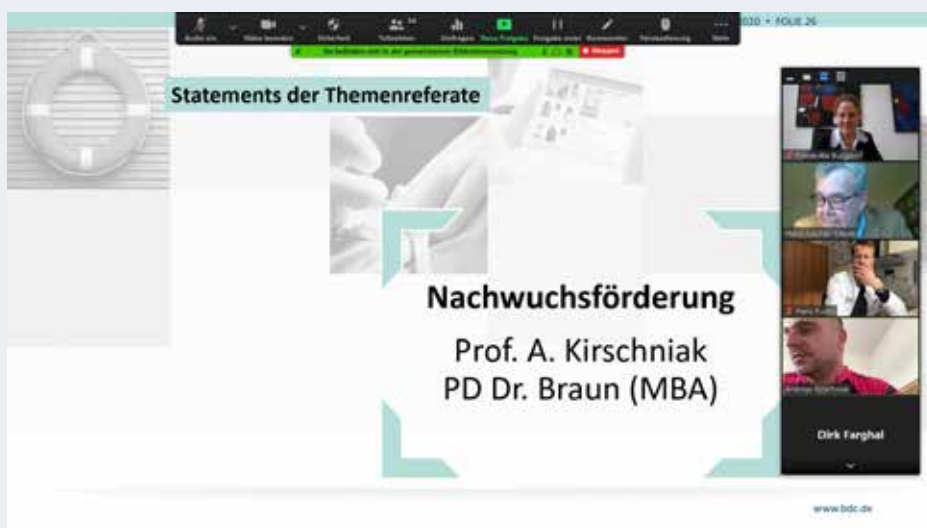
Frau Dr. Leschber: 97 %
Herr PC Dr. Fuchs: 95 %
Frau Dr. Fritze-Büttner: 92 %

TOP 8 BESCHLUSSFASSUNG: VERTRÄGE FÜR DEN VORSTAND

Das BDC-Präsidium empfiehlt der BDC-Mitgliederversammlung, den Abschluss der Anstellungsverträge zwischen BDC e. V. und dem Präsidenten, den beiden Vizepräsidenten

Tab. 1: Übersicht zu den Neuwahlen

	LeiterIn	StellvertreterIn
Fachreferat Thoraxchirurgie	Dr. Gunda Leschber	Prof. Dr. Erich Stoelben
Themenreferat „Leitende Krankenhausschirurgen“		Prof. Dr. Daniel Vallböhmer
Themenreferat „Oberärzte“	Priv.-Doz. Dr. Hans Fuchs	PD Dr. Martin K. H. Maus
Themenreferat „Familie und Beruf“	Dr. Frauke Fritze-Büttner	Dr. Markus Mille
Stellv. Akademieleiterin		Prof. Dr. Julia Seifert
Stellv. Akademieleiter		Prof. Dr. Michael Paul Hahn



und dem Akademieleiter rückwirkend zum 01.01.2020 zu beschließen. Der Justiziar, Dr. jur. J. Heberer, erläutert, dass die Umstellung auf sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse aus formalen Gründen empfohlen werde. Die Mitgliederversammlung beschließt den Abschluss der Verträge rückwirkend zum 01.01.2020 wie vom Präsidium empfohlen und durch den Justiziar vorgegangen. Hierzu erfolgte eine Abstimmung.

ABSTIMMUNG

Zustimmung: 84 %
Enthaltung: 16 %

TOP 9 BESCHLUSSFASSUNG: BEITRAGSERHÖHUNG

Das BDC-Präsidium empfiehlt der Mitgliederversammlung die Änderung der

Beitragsordnung gemäß der Tabelle (s. u.) zum 01.01.2020. Herr Dr. Mayer erläutert zum einen die strukturellen Anpassungen. Zum anderen wird nochmals dargelegt, dass die Mitgliedsbeiträge zuletzt 2013 (Angleichung Ost) und zuvor 2002 (Ost und West) angehoben wurden. Die Beitragssatzsteigerung um insgesamt 14 Prozent über alle Beitragsklassen spiegelt primär den allgemein gestiegenen Lebenshaltungskostenindex wider. Hinzu kommen gestiegene Anforderungen an die IT-Infrastruktur sowie der Ausbau und die Erneuerung von Service-Angeboten des BDC, insbesondere im Bereich Fortbildung.

ABSTIMMUNG BESCHLUSSFASSUNG BEITRAGSERHÖHUNG

Ja: 82 %
Nein: 5 %
Enthaltung: 13 %

Tab. 2: Angepasste Beitragsordnung für 2021

Neue Beitragsklassen	Beitrag ab 01.01.21 einschließlich Versicherung
I. Chefarzte, Ärztliche Direktoren, Sektionsleiter	285,00
II. Niedergelassene (Selbständige), MVZ- und BAG-Gesellschafter (auch angestellt)	245,00
III. Oberärzte, gehobenes Management*	185,00
IV. Angestellte Fachärzte in Klinik/MVZ/Praxis/BAG (ohne Leitungsfunktion/Gesellschaftsterstatus), Sonstige Angestellte	135,00
V. Assistenzärzte in Weiterbildung (23 Euro Rabatt von IV. für max. 5 Jahre)	112,00
VI. Studierende	20,00
VII. Rentner/Elternzeit**	30% des vorherigen Beitrags

*z. B. Angestellte in sonstigen Gesundheitsorganisationen ** auch Arbeitslose und Berufsunfähige

TOP 10 BERICHT DES JUSTITIARS

Herr Dr. Heberer berichtet über die umfassenden juristischen Beratungsleistungen, welche den BDC-Mitgliedern auch 2020 zu Gute gekommen sind. Er berät die Mitglieder seit gut 20 Jahren. Neben dem üblichen Spektrum habe die Corona-Pandemie eine

hohe Bandbreite weiterer Anfragen mit sich gebracht. Die Anfragen verteilen sich auf folgende Gebiete: 30 Prozent Arbeitsrecht, 20 Prozent Strafrecht, 30 Prozent allgemeines Zivilrecht, 10 Prozent Fragen aus der Geschäftsstelle, 10 Prozent sonstiges. Bei den Beratungen der Mitglieder unterstützen weitere Anwälte aus der Kanzlei Dr. Heberer. Zum

Schluss gilt sein Dank der Geschäftsführerin sowie dem gesamten Team der Geschäftsstelle für die geleistete Arbeit.

TOP 11 AKTUELLE PROBLEME IN DER BERUFSPOLITIK (OPTIONAL)

Diskutiert wurde über das Arbeitszeitgesetz sowie teilweise ungünstige Tarifabschlüsse des Marburger Bundes, welche sich in der Umsetzung im Krankenhaus als schwierig erweisen. Ein weiteres Thema war die IT-Sicherheitsrichtlinie, welche derzeit durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung entwickelt wird und insgesamt positiv bewertet wird.

TOP 12 VERSCHIEDENES

Der Präsident schließt die Mitgliederversammlung mit einem Dank an die Geschäftsführerin und Herrn Dr. Kalbe für die technische Unterstützung bei dieser Sitzung. Ein weiterer Dank gilt den Teilnehmern einschließlich der geführten Diskussion. ○

Werde
RestauratorIn

Kein Durchschnittsjob:
ChirurgIn

www.chirurg-werden.de

BDC | Landesverbände

BDC | Westfalen-Lippe

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Waldemar Uhl, MHSA

Stellv. Vorsitzender und Regionalvertreter NL
Jerzy Wielowiejski

BDC | Bremen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Heiner Wenk

Regionalvertreter NL
Dr. med. Björn Ackermann

BDC | Hamburg

Vorsitzender
Dr. med. Christopher Wenck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Mansfeld

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Kemnitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gerd Fass

BDC | Schleswig-Holstein

Vorsitzender
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Michael Müller

Regionalvertreter NL
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Bertram Wittrin



DER BDC IN DEN BUNDESLÄNDERN

Der BDC ist in allen Regionen Deutschlands tätig und bietet Ihnen lokale Ansprechpartner. Suchen Sie sich den Landesverband, der für Ihre Arbeitsadresse zuständig ist, heraus. Auf der nebenstehenden Abbildung finden Sie die Namen der Mandatsträger aus Ihrem BDC|Landesverband. Die Kontaktdaten der Mandatsträger finden Sie auf BDC|Online (s. u.).

Sprecher der Landesvertreter
Dr. Ralf Wilhelm Schmitz, Kiel
Stellv.: Prof. Dr. Michael Schäffer, Stuttgart
Stellv.: Dr. med. Ralph Lorenz, Berlin

www.bdc.de/bdc-landesverbände

BDC | Nordrhein

Vorsitzender
Dr. med. Jüßen Klein

1. Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Bertil Bouillon

2. stellv. Vorsitzender
PD Dr. med. habil. Peter Fellmer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Werner Boxberg

stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Sven Gregor

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Jürgen Klein

BDC | Hessen

Vorsitzender
Frank Forst

1. Stellvertr. Vorsitzender
Dr. med. Christoph Schüürmann

2. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Alexander Buia

Regionalvertreter NL
Dr. med. Detlev Grapentin

BDC | Rheinland Pfalz

Vorsitzender/Regionalvertreter Pfalz
Dr. med. Jörg Fischböck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Stefan Studier-Fischer

Regionalvertreter Rheinland
Dr. med. Andreas Herzog

Regionalvertreter Rheinland
Dr. med. Lutz Riedel

BDC | Saarland

Vorsitzender
Dr. med. Peter Bongers

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Daniel Bastian

BDC | Baden-Württemberg

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Schäffer

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph W. Jaschke

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Szabo

Regionalvertreter NL
Christoph W. Jaschke



Weitere Informationen finden Sie auf BDC|Online
im Bereich DER BDC

BDC | Mecklenburg

Vorsitzender
PD Dr. med. Lutz Wilhelm

Regionalvertreter NL
Dr. med. Andreas Oling

Regionalvertreter NL
Dr. med. Thomas Nowotny

BDC | Berlin

1. Vorsitzender
Dr. med. Ralph Lorenz

2. Vorsitzende
Ira Klink

3. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Stoffels

Regionalvertreter NL
Dr. med. Frank-Joachim Peter

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. Max Freiherr von Seebach

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gunnar Peters

BDC | Brandenburg

Vorsitzender
Prof. Dr. med. habil. F. Marusch

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Martin Kruschewski

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christian Federlein

BDC | Sachsen-Anhalt

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski

1. Vorsitzender
Prof. Dr. med. habil. Jörg Fahlke

2. Vorsitzender
Dr. med. Matthias Krüger

Regionalvertreter NL
Dr. med. Dirk Arbter

BDC | Sachsen

Vorsitzender
Dr. med. Ehrhardt Weiß

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Jörg Hammer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Hammer

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Ingo Menzel

BDC | Thüringen

Vorsitzender
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Lutz Künanz

Regionalvertreter NL
Dr. med. Arndt Voigtsberger

BDC | Niedersachsen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Guido Schumacher

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Frank Siebert

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Ulf Culemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Frank Siebert

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Ramin Barmaki Pour

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Raymond Young

BDC | Bayern

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Matthias Anthuber

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Hubert Mayer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Axel Neumann

Stellv. Regionalvertreter NL
Dirk Farghal

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Rainer Woischke



BDC-Pressemitteilungen und das Medienecho
finden Sie auf BDC|Online im Bereich Presse.



Presse-Kontakt BDC:
Claudia Kunze, Ingrid Mühlwinkel
Telefon 030/28004-200
presse@bdc.de

Termine BDC | Akademie

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
04.03.2021	06.03.2021	online	2021-21520	Seminar: Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Prof. Dr. med. Ehrhardt Weiß	100,00 €	200,00 €
22.04.2021	24.04.2021	Berlin	2021-21503	Praktisches Seminar - Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00 €	600,00 €
08.05.2021	09.05.2021	Regensburg	2021-21515	5. Kurs Fundamental Critical Care Support	Dr. med. Hans Fischer; Dr. med. Kornelius Fuchs	400,00 €	600,00 €
28.05.2021	29.05.2021	Potsdam	2021-21512	Workshop: Intensivmedizin & Reanimation	Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch; Dr. med. Torsten Schröder; Dr. med. Michael Deponte; PD Dr. med. Dirk Pappert	500,00 €	700,00 €
10.06.2021	11.06.2021	Berlin	2021-21509	Basischirurgie: Praktisches Seminar - Orthopädie und Unfallchirurgie	Dr. med. Thomas Stoffels; PD Dr. med. Dr. med. habil. Denis Gümbel	300,00 €	500,00 €
21.06.2021	24.06.2021	Tuttlingen	2021-21663	Common Trunk	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	400,00 €	600,00 €

FACHARZTVORBEREITUNG							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
10.02.2021	12.02.2021	online	2021-23691	Facharztseminar Gefäßchirurgie	Prof. Dr. med. Andreas Greiner	250,00 €	450,00 €
03.03.2021	05.03.2021	online	2021-22570	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller	250,00 €	450,00 €
25.03.2021	27.03.2021	online	2021-23920	Facharztseminar Plastische Chirurgie	Prof. Dr. med. Heinz-Herbert Homann; Prof. Dr. med. Ulrich Kneser	250,00 €	450,00 €
26.04.2021	30.04.2021	online	2021-23820	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großerlinden	250,00 €	450,00 €
7.06.2021	11.06.2021	Erfurt	2021-23670	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Albrecht Stier	350,00 €	550,00 €
16.06.2021	18.06.2021	Erlangen	2021-23711	Facharztseminar Thoraxchirurgie	Prof. Dr. Dr. h.c. Horia Sirbu	350,00 €	550,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
18.02.2021		online	2021-24631	Vorbereitungswebinar: Roboterassistierte Chirurgie am oberen Gastrointestinaltrakt	PD Dr. med. Hans Fuchs	75,00 €	90,00 €
16.03.2021	17.03.2021	Berlin	2021-24630	Update Robotische Chirurgie	PD Dr. med. Hans Fuchs	300,00 €	400,00 €
19.03.2021	20.03.2021	online	2021-23685	Viszeralchirurgie Kompakt: Beckenbodenchirurgie	PD Dr. med. Annett Gauruder- Burmester	300,00 €	500,00 €
16.04.2021		online	2021-23633	Kindertraumatologie für D-Ärzte	Dr. med. Werner Boxberg	100,00 €	140,00 €
16.04.2021		online	2021-25850	Rehabilitationsmedizin / -Management	Dr. med. Werner Boxberg	80,00 €	120,00 €
29.04.2021	30.04.2021	online	2021-23612	Osteosyntheseverfahren an der oberen Extremität	Prof. Dr. Michael Paul Hahn	400,00 €	600,00 €
05.05.2021	07.05.2021	Aachen	2021-23680	Spezielle Unfallchirurgie Teil I	Prof. Dr. med. Frank Hildebrand	300,00 €	500,00 €
05.05.2021	07.05.2021	Berlin	2021-23671	Viszeralchirurgie Kompakt: Hepatobiliäre Chirurgie	Prof. Dr. med. Johann Pratschke; PD Dr. med. Moritz Schmelzle; Prof. Dr. med. Robert Öllinger; Prof. Dr. med. Wenzel Schöning	300,00 €	500,00 €
06.05.2021	07.05.2021	Berlin	2021-23679	Viszeralchirurgie Kompakt Adipositaschirurgie	Dr. med. Oliver Stumpf	300,00 €	500,00 €
07.05.2021	08.05.2021	Mannheim	2021-23675	Viszeralchirurgie Kompakt: Proktologie	Prof. Dr. med. Dieter Bussen; Prof. Dr. med. Alexander Herold; Dr. med. Andreas K. Joos	300,00 €	500,00 €
08.06.2021	10.06.2021	Berlin	2021-23681	Viszeralchirurgie Kompakt: Endokrine Chirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller; Dr. Mechthild Hermanns	300,00 €	500,00 €
08.06.2021	09.06.2021	Berlin	2021-23678	Viszeralchirurgie Kompakt: Kolonrektale Chirurgie	Dr. med. Oliver Haase; Prof. Dr. med. Martin Kreis; Prof. Dr. med. Johann Pratschke	300,00 €	500,00 €
10.06.2021	11.06.2021	Köln	2021-23677	Viszeralchirurgie Kompakt: Oberer Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. med. Christiane Bruns; Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder; PD Dr. med. Hans Fuchs	300,00 €	500,00 €
11.06.2021	12.06.2021	Templin OT Groß Dölln	2021-23682	12. Brandenburger Viszeralchirurgisches Update	Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch; Prof. Dr. med. Hubertus J. C. Wenisch	30,00 €	50,00 €
12.06.2021		Berlin	2021-25810	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung	Dr. med. Werner Boxberg	300,00 €	500,00 €

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
27.02.2021	28.02.2021	online	2021-24712	Abschlusscolloquium Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		
7.05.2021	8.05.2021	Berlin	2021-24707	Abschlusscolloquium Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
11.02.2021		online	2021-24714	G-DRG Update 2021	Prof. Dr. med. Thomas Auhuber	150,00 €	220,00 €
16.04.2021	17.04.2021	online	2021-27837	Praxis-Optimierung	Dr. med. Peter Kalbe	350,00 €	500,00 €
17.04.2021		online	2021-27706	Abrechnungsseminar EBM	Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg	50,00 €	80,00 €
23.04.2021	24.04.2021	Berlin	2021-26535	Führungsseminare: Modul 5 - Mission Karriere: Spielregeln für den Klinikalltag	Dr. med. Gunda Leschber; Dr. med. Frauke Fritze-Büttner; Sabine Schicke	450,00 €	650,00 €
24.04.2021		Berlin	2021-27834	EDV-Unterstützung für den niedergelassenen Chirurgen	Dr. med. Peter Kalbe; Dirk Farghal	200,00 €	300,00 €
08.05.2021		Berlin	2021-25590	Der Chirurg als Gutachter im Behandlungsfehlerprozess	Prof. Dr. med. Heiner Wenk	250,00 €	400,00 €
10.06.2021		online	2021-24715	Der ökonomische Notfallkoffer für Chirurgen	Prof. Dr. med. Thomas Auhuber	200,00 €	400,00 €

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

Tel: 030/28004-120, Fax: 030/28004-108 oder per E-Mail: akademie@bdc.de

oder über BDC|Online unter www.bdc.de, Rubrik BDC|Akademie | Alle Veranstaltungen



Kompaktkurs – geeignet für alle Ärzte

Hygienebeauftragter Arzt (HBA)

Mit der Smart-Learning-Methode

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

- Zertifizierter Kurs
- Anerkannte strukturierte curriculare Fortbildung gemäß Mustercurriculum der Bundesärztekammer
- 21 Online-Lernmodule
- Nur 2 Tage Präsenzveranstaltung am Wochenende
- Teilnahmebescheinigung
- 2 Jahre Learning Community - Ärzte

BDC  **AKADEMIE**
Einfach starten!

meduplus 

60
CME-
Punkte!



 Jetzt anmelden:
www.bdc-eakademie.de

SPONSOREN DER BDC|AKADEMIE

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) definiert traditionell chirurgische Weiter- und Fortbildung als eine seiner Kernaufgaben. Das Angebot der BDC|Akademie hat sich in den letzten Jahren stetig erweitert und folgte der karrierebedingten Gliederung vom Berufseinstieg des chirurgischen Nachwuchses bis hin zu den praxis-orientierten Anforderungen an klinisch tätige Chirurgeninnen und Chirurgen.

Die Umsetzung dieses umfassenden Programms ist ohne die finanzielle und materielle Unterstützung der medizintechnischen und pharmazeutischen Industrie heutzutage gerade unter den erschwerten Rahmenbedingungen nicht denkbar. Dieses betrifft neben dem Gesamtprogramm der Akademie auch immer wieder die gezielte Förderung ein-

zelner zukunftsorientierter Projekte mit innovativen und modernen Lernkonzepten. Der konstruktive Dialog, der hier zwischen der BDC|Akademie und den einzelnen Industrieunternehmen entstanden ist und intensiv gepflegt wird, ist Ausdruck dieser engen Kooperation. Dabei bleiben die Inhalte der ärztlichen Fortbildung unabhängig von wirtschaftlichen Interessen. Das wissenschaftliche Programm jeder Veranstaltung wird auch weiterhin produkt- und dienstleistungsneutral gestaltet.

Die BDC|Akademie dankt allen Sponsoren für die vertrauensvolle Zusammenarbeit und für ihr professionelles Engagement in der chirurgischen Weiter- und Fortbildung.



App.in.den.OP®!



App.in.den.OP®

Chirurgischer Stellenmarkt als kostenlose App für Smartphones und Tablets

App.in.den.OP® ist die Stellenplattform des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC e.V.) in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Ärzteblatt.



- Jederzeit und überall Zugriff auf die aktuellsten Stellenanzeigen.
- Erleichterte Suche durch treffsichere Filterung.
- Kontaktmöglichkeit und Weiterleitungsoptionen direkt aus der App.in.den.OP®

Erhältlich im App Store



Kostenlos im App Store und auf Google Play erhältlich!

Jetzt installieren!

GET IT ON Google play



LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Januar/Februar 2021

%

25 %



AMAPUR: 25 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

20 %



FITBIT: 20 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

20 %



HALLHUBER: 20 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

25 %



ODLO: 25 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

Alle Service-Angebote für BDC-Mitglieder finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Leistungen | Lifestyle-Angebote. Bitte halten Sie Ihre Zugangsdaten bereit. Sollten Sie sie nicht zur Hand haben, stehen wir Ihnen gern unter mail@bdc.de oder telefonisch unter 030/28004-100 für Fragen zur Verfügung.

PANORAMA

Digitale Trans- formation

Neues aus der Telematikinfrastuktur





Dr. med. Amin-Farid Aly
Referent Telemedizin und Telematik
Dezernat 5
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
amin-farid.aly@baek.de

Aly AF: Neues aus der Telematikinfrastruktur.
Passion Chirurgie. 2021 Januar/Februar;
11(01/02): Artikel 09.



Diesen Artikel finden Sie auf
BDC | Online (www.bdc.de) unter
der Rubrik Wissen | Panorama.

Nach mehr als 15 Jahren und vielen Ankündigungen sollen dieses und nächstes Jahr endlich auch erste medizinische Anwendungen der Telematikinfrastruktur für Patienten und Ärzte ausgerollt werden. In diesem Artikel wollen wir diese Anwendungen und das dafür notwendige Equipment kurz vorstellen und eine Einschätzung zur Funktionalität geben. Dazu wird zunächst auf die in Deutschland geplante Telematikinfrastruktur eingegangen und der Zugangsschlüssel für den Arzt, der elektronische Heilberufsausweis (eHBA) vorgestellt. Anschließend werden kurz die medizinischen Anwendungen, die innerhalb dieser Infrastruktur laufen sollen, vorgestellt und welche Voraussetzungen es bedarf an den einzelnen Anwendungen teilzunehmen. Im letzten Abschnitt wird etwas ausführlicher auf die Planungen der elektronischen Patientenakte (ePA) eingegangen.

WAS IST DIE TELEMATIKINFRASTRUKTUR?

Das Ziel des Gesetzgebers bei der Errichtung einer Telematikinfrastruktur (TI) ist, alle Beteiligten im Gesundheitswesen (Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Apotheken, Krankenkassen und Patienten¹) sicher untereinander zu verbinden. Damit soll ein Austausch zwischen den Kommunikationspartnern auf dem aktuellen Stand der Technik erfolgen und somit den gängigen Sicherheitsanforderungen an sensible, personenbezogene Daten genügen. Darüber hinaus sollen Medizinische Informationen, die für die Behandlung von Patienten benötigt werden, schneller und einfacher verfügbar gemacht werden.

Der Zugang zum bundesweiten digitalen Gesundheitsnetz – der Telematikinfrastruktur – erfolgt über einen Konnektor. Er ist eine Art Router für das Gesundheitswesen, der allerdings auf einem deutlich höheren Sicherheitsniveau arbeitet als ein herkömmlicher Router. Er stellt ein sogenanntes virtuelles privates Netzwerk (VPN) zum Gesundheitsnetz her, das eine Kommunikation – unter Einsatz moderner Verschlüsselungstechnologien – völlig abgesichert vom Internet ermöglicht. Der Konnektor ist mit den stationären E-Health-Kartenterminals der Praxis sowie dem Praxisverwaltungssystem über das lokale Netzwerk verbunden.

Mit dem bisherigen Funktionsumfang der Konnektoren war lediglich ein Online-Abgleich der Versichertenstammdaten

(VSDM) auf der elektronischen Gesundheitskarte mit den Informationen bei den Krankenkassen möglich. Über ein Software-Update wird nun aus dem Konnektor ein sogenannter E-Health-Konnektor. Das Gerät muss dabei nicht ausgetauscht werden.

Der E-Health-Konnektor ist erforderlich, um zukünftig den Notfalldatensatz und den E-Medikationsplan auf der elektronischen Gesundheitskarte speichern, lesen und bei Bedarf aktualisieren zu können.

Darüber hinaus unterstützt der E-Health-Konnektor – zusammen mit dem elektronischen Heilberufsausweis – die qualifizierte elektronische Signatur, die für den Notfalldatensatz, E-Arztbriefe und nach aktueller Gesetzeslage ab 01.01.2021 für die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung benötigt wird.

Drei digitale Startanwendungen der Telematikinfrastruktur sollen künftig die ersten Formate für den strukturierten ärztlichen Austausch medizinischer Informationen bieten. Das Notfalldatenmanagement (NFDm), der elektronische Medikationsplan (eMP) als Datensatzformate und die Kommunikation im Medizinwesen (KIM) als eine Art sicherer E-Mail-Dienst. Für die Nutzung dieser medizinischen Anwendungen durch den Arzt macht der Gesetzgeber hierbei eine grundsätzliche Vorgabe: den elektronischen Arzt ausweis. Damit wird sichergestellt, dass nur berechtigte Personen auf die medizinischen Daten des Versicherten zugreifen können.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird ausschließlich die männliche Form verwendet. Sie bezieht sich auf Personen aller Geschlechter.

Mit dem elektronischen Rezept und der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) stehen weitere Anwendungen vor ihrer bundesweiten Einführung. Auch für diese beiden Anwendungen wird der elektronische Arztausweis, auch elektronischer Heilberufsausweis genannt, auf Seiten des Arztes gebraucht.

ELEKTRONISCHER HEILBERUFS-AUSWEIS (HBA)

Damit erhält der elektronische Heilberufsausweis (HBA), der je nach Anwendung zur Authentifizierung, zum Signieren oder zum Verschlüsseln benötigt wird, eine zentrale Bedeutung beim Zugriff auf die Telematikinfrastruktur.

Neben der grundsätzlichen gesetzgeberischen Vorgabe sind es die Funktionen des eArztausweises, die seinen Einsatz im Rahmen der Anwendungen sinnvoll und notwendig machen. Insbesondere ist dies die qualifizierte elektronische Signatur (QES), mit der medizinische Dokumente (beispielsweise der Notfalldatensatz oder ein elektronischer Arztbrief) rechtsgültig elektronisch unterschrieben werden. Die QES ist rechtlich einer eigenhändigen Unterschrift des Arztes in der analogen Welt gleichgestellt.

MEDIZINISCHE ANWENDUNGEN AUF DER EGK

Der **Notfalldatensatz** ist für Versicherte eine freiwillige Anwendung auf der elektronischen Gesundheitskarte. Er soll Ärzte bei der Anamnese nicht bekannter Patienten im Notfall oder in notfallähnlichen Situationen unterstützen – also in Momenten, in denen keine ausreichenden Informationen zu Vorerkrankungen des Patienten vorliegen, trotzdem aber zügig eine Therapieentscheidung getroffen werden sollte. Wird ein Patient beispielsweise mit einem Polytrauma in ein Krankenhaus eingeliefert, erhalten die Ärzte dort über die Notfalldaten hilfreiche Informationen zum Beispiel über mögliche (Arzneimittel-)Allergien bzw. Unverträglichkeiten oder Implantate des Patienten. Der Zugriff auf den Notfalldatensatz kann in solchen Situationen dann ohne Eingabe einer PIN erfolgen.

Der Inhalt des Notfalldatensatzes wurde von der Bundesärztekammer in einem gemeinsamen Projekt mit dem Universitätsklinikum Münster mit Unterstützung des Landes Nordrhein-Westfalen und der Ärztekammer Westfalen-Lippe validiert.

Ergänzend zum Notfalldatensatz können Patienten auch Informationen auf der Gesundheitskarte ablegen, wo persönliche Erklärungen wie Organspendeausweis, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung aufbewahrt werden. Das soll im Bedarfsfall den Suchaufwand für den Arzt verringern.

Wünscht ein Versicherter die Anlage eines Notfalldatensatzes auf seiner Karte, sind Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, die Daten auf der Karte zu speichern und gegebenenfalls zu aktualisieren.

Der **eMedikationsplan (eMP)** ist die digitale Weiterentwicklung des im Oktober 2016 eingeführten bundeseinheitlichen Medikationsplans (BMP). Auf der elektronischen Gesundheitskarte können – auf freiwilliger Basis – die Informationen, die auf dem BMP liegen, abgelegt werden. Damit enthält der eMedikationsplan alle notwendigen Informationen über die Arzneimittel, die ein Patient einnimmt – vorausgesetzt, diese wurden von den behandelnden Ärzten und den Apothekern (Selbstmedikation) eingetragen und der Patient erlaubt den Zugriff auf seine Medikationsdaten. Ferner kann der eMedikationsplan medikationsrelevante Informationen, wie Alter, Gewicht, Kreatininwerte mit Datum oder Allergien enthalten, die wichtig für die Berechnung der genauen Dosis von Arzneimitteln sind, oder um mögliche Kontraindikationen zu vermeiden. Da auf dem eMP mehr Platz ist als auf einem BMP, können auch Informationen zu Arzneimitteln abgelegt werden, die der Patient früher einmal eingenommen hatte (Arzneimittelhistorie).

Patienten haben einen gesetzlichen Anspruch auf den eMedikationsplan, wenn sie mindestens drei verordnete, systemisch wirkende Arzneimittel gleichzeitig einnehmen oder anwenden und diese zulasten der gesetzlichen Krankenkassen gehen. Das betrifft einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen.

Mit dem **Kommunikationsdienst KIM** können vertrauliche Nachrichten, Daten und weitere Dokumente wie eArztbriefe, Abrechnungen und elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sektorenübergreifend über die Telematikinfrastruktur versendet und empfangen werden. An KIM können sich – neben Praxen, Krankenhäuser und Apotheken – auch weitere Organisationen des Gesundheitswesens anschließen, wie beispielsweise Kassenärztliche Vereinigungen oder Krankenkassen.

KIM funktioniert wie ein E-Mail-Programm – dabei wird jedoch jede Nachricht und jedes Dokument verschlüsselt und erst beim Empfänger wieder entschlüsselt. Um KIM nutzen zu können, bedarf es einer KIM-E-Mailadresse. eArztbriefe werden seit dem 01.07.2020 nur noch vergütet, wenn sie über den Kommunikationsdienst KIM übermittelt werden. Anbieter des sogenannten KIM-Fachdienstes befinden sich derzeit ebenfalls im Zulassungsverfahren der Gematik. So hat kv.dox von der KBV die Zulassung im Dezember 2020 erhalten.

TECHNISCHE VORAUSSETZUNGEN UND WEITERE ENTWICKLUNGEN BEI NFD, EMP UND KIM

Die technische Grundlage für NFD, eMP und KIM sind geschaffen, sobald in Praxen das Update zum E-Health-Konnektor aufgespielt und das Praxisverwaltungssystem angepasst ist.

Eine bundesweit gültige Zulassung für einen eHealth-Konnektor haben seit der zweiten Jahreshälfte 2020 die CompuGroup Medical (CGM), die Firma Secunet und die Firma RISE.

ELEKTRONISCHE ARBEITSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNG (EAU)

Ab dem 01. Oktober 2021 ändert sich das Verfahren der Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU). Nach wie vor erhält der Versicherte eine AU als Papiausdruck, den er an seinen Arbeitsgeber weiterreicht. Die Zuleitung der AU an die Krankenkasse übernimmt dann aber nicht mehr der Versicherte selbst, sondern der ausstellende

Arzt. Er übermittelt über die Telematikinfrastruktur die elektronische AU, die mit dem elektronischen Arztausweis signiert wird, an die zuständige Krankenkasse. Die Übermittlung findet mittels KIM statt. Dieses neue Verfahren gilt auch für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, die im Zuge des Entlassmanagements durch stationär tätige Ärzte ausgestellt werden.

ELEKTRONISCHES REZEPT

Das elektronische Rezept (eRezept) soll eine der am meisten genutzten Anwendungen in der Telematikinfrastruktur werden. Es löst ab Mitte 2021 nach und nach das rosa Papierrezept („Muster 16“) ab, das als ärztliche Verordnung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels die Funktion einer Urkunde hat. Ab 2022 ist die Nutzung des eRezeptes bundesweit verpflichtend.

Für die Patienten soll es zur Nutzung des eRezeptes eine App geben, mit der sich das eRezept direkt auf dem Smartphone anzeigen lässt. Die App speichert einen sogenannten Token. Dieser besteht aus einer Art Verweis und einem Schlüssel, um das eRezept einlösen zu können.

Alternativ zum eRezept auf dem Smartphone können Patienten – wenn sie es wünschen – einen Papiausdruck in der Arztpraxis erhalten und in der Apotheke vorlegen. Der Papiausdruck des Rezepts ist mit einem 2D-Barcode und Informationen zu den verschriebenen Arzneimitteln versehen.

Sobald der Patient das eRezept auf seinem Smartphone oder auf dem Papiausdruck mit dem 2D-Barcode vorliegen hat, kann er dieses wie gewohnt in der Apotheke einlösen. Der Apotheker liest den 2D-Barcode auf dem eRezept ein und händigt dem Patienten die verordneten Medikamente aus. Patienten können das eRezept über die App auch direkt einer Apotheke ihrer Wahl zuweisen, um das Arzneimittel später dort abzuholen.

ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE (ePA)

Mit der elektronischen Patientenakte (ePA) erhalten Patienten einen transparenten

Tab. 1: Anwendungen der Telematikinfrastruktur

Anwendung		Einsatz HBA	Start
NFDM	Notfalldatenmanagement	Signatur	ab sofort
eMP	elektronischer Medikationsplan	Zugriff	ab sofort
ePA	elektronische Patientenakte	Zugriff	2021
eRezept	elektronisches Rezept	Signatur	ab Mitte 2021
KIM	Kommunikation im Gesundheitswesen	Zugang	ab sofort
eAU	elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	Signatur	01. Oktober 2021

Überblick über ihre Gesundheitsdaten. Die Akte ist freiwillig und ein Service von Krankenkassen für ihre Versicherten, welcher von deren Mitgliedsbeitrag finanziert wird.

Die Akte ist versichertengeführt. Patienten können die ePA zukünftig nutzen, um alle ihre Gesundheitsdaten zusammenzuführen. Dafür sollen die Daten bundesweit, einrichtungs- und sektorenübergreifend in einem einheitlichen Format verfügbar gemacht werden. Ärzte hätten dann die Möglichkeit, diese Daten behandlungsbezogen einzusehen.

Medizinische Daten können auf verschiedene Weise aus unterschiedlichen Quellen in die Akte eingestellt werden:

- Patienten können selbst Dokumente hochladen
- medizinisches Personal kann Daten aus der aktuellen oder einer vorhergehenden Behandlung einstellen
- Krankenkassen können Abrechnungsdaten zur Verfügung stellen
- Daten aus Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) können eingespielt werden

Die Krankenkassen müssen hierfür ihren Versicherten sichere Zugangswege (beispielsweise eine App) anbieten. Darüber hinaus kann medizinisches Personal die Daten in der ePA ergänzen. Wenn der Patient vorher sein Einverständnis gegeben hat, kann das auch erfolgen, ohne dass der Patient dabei anwesend sein muss. Das erspart dem Patienten beispielsweise nach einer Blutabnahme, für die Übermittlung der Laborergebnisse in die ePA erneut in die Praxis oder ins Krankenhaus kommen zu müssen.

Die ePA soll zukünftig in ihren verschiedenen Ausbaustufen weitere Daten und Dokumentationen enthalten wie etwa: Befunde (u. a. Allergologie- und Laborbefunde), Diagnosen, den Impfpass, das Kinderuntersuchungsheft etc. Die Akte soll zudem die Übernahme von Informationen aus einer digitalen Gesundheitsanwendungen (z. B. sogenannten Apps auf Rezept, den Digitalen Gesundheitsanwendungen – DiGA) unterstützen.

Gesetzliche Krankenkassen sind ab 01.01.2021 verpflichtet, ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen. Für Arztpraxen und Krankenhäuser wird dann ein weiteres Konnektor-Update notwendig. Der Termin ist stark risikobehaftet, weil die benötigten technischen Komponenten (Konnektor-Update, angepasstes PVS etc.) zu diesem Zeitpunkt flächendeckend noch nicht vorhanden sind.

Die ePA ist patientengeführt. Das bedeutet, dass Patienten darüber entscheiden, was in die Akte eingestellt wird und wer diese Informationen sehen darf. Nur wenn ein Patient Dokumente auch freigegeben hat, können Ärzte diese im Behandlungskontext einsehen.

SUCHEN UND FINDEN VON DOKUMENTEN IN DER EPA

Bei einer großen Menge an Dokumenten, die sich langfristig in der ePA ansammeln werden, werden suffiziente Suchmöglichkeiten immer wichtiger. Vorher festgelegte Begriffe, die für die Suche nach Informationen verwendet werden, sogenannte Metadaten, sollen die Suche nach Dokumententypen

Tab. 2: Dokumentenkategorien ePA (Stand Dezember 2020)

1.	Hausarzt/Hausärztin
2.	Krankenhaus
3.	Labor und Humangenetik
4.	Physiotherapeuten
5.	Psychotherapeuten
6.	Dermatologie
7.	Urologie/Gynäkologie
8.	Zahnheilkunde und Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
9.	Weitere Fachärzte/Fachärztinnen
10.	Weitere nicht-ärztliche Berufe

(beispielsweise „orthopädischer Arztbrief“) erleichtern.

Wenn Ärzte für Ihre Patienten ein Dokument einstellen, sollen Sie eine Fachkategorie als Metainformation für eine Suche aus einer Liste aus zehn Begriffen (**Tabelle 2**) eingeben. Die Kategorien in der Liste sind allerdings nicht disjunkt, daher können Dokumente in mehrere Kategorien fallen. Leider kann nur eine Information eingegeben werden.

Diese Liste wurde von der Gematik in Abstimmungsrunden mit KBV, KZBV, DKG sowie Patientenvertretern erstellt. Für die Informationssuche ungünstig gesetzte Metadaten können aber Fallstricke für die Patientensicherheit sein, weil dann einzelne Dokumente unter Umständen nicht gefunden werden können, der Patient aber davon ausgeht, der Arzt wäre informiert.

RECHTEKONZEPT DER EPA

Zunächst wird die ePA in ihrer Entwicklungsstufe 1.1 eingeführt. Patienten können über eine App oder einen Tablet-Computer selbst bestimmen, welche medizinischen Einrichtungen Zugriff auf die ePA erhalten. Allerdings können Patienten nur eine

Zugriffsberechtigung auf Basis von zwei „Dokumentenkörben“ – ärztliche Dokumente und vom Versicherten eingestellte Dokumente – gesamthaft erteilen. Dieses „Ganz oder gar nicht“ ist dem Bundesdatenschutzbeauftragten zu grob, sodass entsprechende Verfeinerungen angemahnt wurden.

Das Vergeben von Zugriffsberechtigungen auf einzelne Dokumente durch den Patienten ist nach dem Stand der aktuellen Planung erst ab 2022 mit der Entwicklungsstufe 2.0 möglich. Dann können diese entscheiden, wer Zugriff erhält und welche Ärzte welche Befunde einsehen dürfen. Neben Befunden, Arztberichten oder Röntgenbildern lassen sich dann auch der Impfausweis, der Mutterpass, das gelbe Untersuchungsheft für Kinder und das Zahnbonusheft in der elektronischen Patientenakte speichern.

Ob die gewählte Technik: „Gewährung von Zugriffsrechten durch den Patienten mittels dessen Smartphone“ in der Wirklichkeit von den Patienten gelebt und bewältigt werden kann, ist offen.

Durch eine Verwendung von Rechtemanagement und Zuteilung von Kategorien wird die Verwaltung und das Management der Akte durch den Patienten sehr anspruchsvoll. Es steht zu befürchten, dass hier erheblicher Erklärungsaufwand und Hilfestellung durch Praxen erforderlich werden, zumal das Patientendatenschutzgesetz (PDSG) explizit die Nutzung der Infrastruktur der Praxen für die Verwaltung der Akte vorsieht.

Ein weiterer neuer Aspekt der ePA ist die Möglichkeit der sogenannten Datenspende. Mit dem PDSG erhalten Versicherte die Möglichkeit, Daten ihrer elektronischen Patientenakte freiwillig der medizinischen wissenschaftlichen Forschung zur Verfügung zu stellen. Mit der Regelung wird eine Rechtsgrundlage für die freiwillige Datenfreigabe zu unter anderem zu wissenschaftlichen

Forschungszwecken geschaffen. Der Gesetzgeber erhofft, hierdurch eine umfangreiche Datengrundlage für die wissenschaftliche Forschung und für das Training von Algorithmen der künstlichen Intelligenz in Deutschland zu generieren. Auf dieser Grundlage sollen medizinische Zusammenhänge untersucht und innovative Behandlungsansätze gefunden werden und somit wieder der medizinischen Versorgung der Allgemeinheit zugutekommen. Dabei lässt der Gesetzgeber Vorsicht walten. Eine Datenspende soll über eine Vertrauensstelle in je nach Möglichkeit anonymisierter oder pseudonymisierter Form erfolgen. Durch Mustererkennung und künstliche Intelligenz können aber aus Massendaten trotzdem sensible Daten über einzelne Personen abgeleitet werden. Daher sollte überlegt werden, ob es grundsätzlich verantwortbar ist, Gesundheitsdaten für die oben genannten Zwecke zusammenzuführen oder ob es bessere Möglichkeiten durch neue Algorithmen gibt, die auf kleineren lokalen Datensätzen arbeiten können und das generierte Wissen anschließend zusammenführen.

Geht es nach den Vorstellungen des Gesetzgebers, so wird die digitale Transformation des Gesundheitswesens in den kommenden Jahren einen großen Schub bekommen und darüber Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung zunehmen. Bis auf den Notfalldatensatz gab es aber keine Evaluation, inwiefern die auf den Weg gebrachten Formate tatsächlich den Anwendern der Gesundheitsversorgung helfen können. Dazu kommt noch die Frage, wie die Industrie die Anwendungen letztlich in den Praxis- und Krankenhausssystemen umsetzt. Beim Bundesmedikationsplan waren die Umsetzungen meist weniger anwenderfreundlich. Daher bleibt abzuwarten, ob der jetzige Ansatz zielführend ist. Vorstellbar ist, dass noch an vielen Stellen Änderungen und Anwendungserleichterungen folgen müssen und dass es Zeit braucht bis sich das ganze System zurechtrückt. ○



TachoSil® – ruhig Blut!

Durch die Kraft der Natur.



Auch als
Pre-rolled TachoSil®

TachoSil® Versiegelungsmatrix

Zusammensetzung: 1 cm² enthält: Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,0 I.E. Sonstige Bestandteile: Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E101), Natriumchlorid, Natriumcitrat, L-Argininhydrochlorid.
Anwendungsgebiete: TachoSil® wird bei Erwachsenen zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebeversiegelung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie angewendet, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie zur unterstützenden Versiegelung der Dura Mater, um postoperative Liquorleckagen nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** Intravasculäre Anwendung, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen kann es zu Hypersensitivität oder allergischen Reaktionen kommen (inklusive Angioödem, Brennen und Stechen an der Applikationsstelle, Bronchospasmus, Schüttelfrost, Flush, generalisierte Urtikaria, Kopfschmerz, Nesselausschlag, Hypotonie, Lethargie, Übelkeit, Ruhelosigkeit, Tachykardie, Engegefühl in der Brust, Kribbeln, Erbrechen, keuchende Atmung), die in Einzelfällen bis zur schweren Anaphylaxie führen. Derartige Reaktionen können insbesondere bei wiederholter Anwendung oder bei Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegenüber einem der Bestandteile des Präparates auftreten. Antikörper gegen Komponenten von Fibrinkleberprodukten können in seltenen Fällen auftreten. Häufigkeit nicht bekannt: Anaphylaktischer Schock, Überempfindlichkeit, Thrombose, Darmverschluss (in der Bauchchirurgie), Adhäsionen. **Wechselwirkungen sowie weitere Hinweise:** siehe Fachinformation. **Verschreibungspflichtig. Chargendokumentationspflichtig. EU-Zulassungsinhaber:** Takeda Austria GmbH, A-4020 Linz, Österreich **Kontaktadresse d. pharm. Unternehmens in Deutschland:** Takeda GmbH, Byk-Gulden-Str. 2, 78467 Konstanz, Tel.: 0800 8253325, medinfo@takeda.de, Stand: 03/2016