

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

KVAPPRADAR.DE
INFORMATIONEN
UND AUSTAUSCH ZU
GESUNDHEITS-APPS

im Fokus

DIGITALISIERUNG
IN DER CHIRURGIE

05 | 2021

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



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. Matthias Krüger MA
Leiter Themen-Referat Chirurgie,
Ökonomie & Zukunftsfragen im BDC
Gesundheitsökonom, klinischer
Risikomanager(DI/Ocert)
ZB Proktologie/Notfallmedizin
Unseburger Straße 7
39122 Magdeburg
machirurg@yahoo.de

Digitalisierung in der Chirurgie

Sehr geehrte Leserin,
sehr geehrter Leser,

ich bin ein begeisterter Verfechter und Unterstützer der digitalen Transformation. Die digitale Transformation im Gesundheitswesen ist weit mehr als Robotik. Sie ist digitale Pflege, Telechirurgie, digitales Patienten-, Dokumenten- und Prozessmanagement sowie fachspezifisches Informationsmanagement, um nur einige Schlagwörter zu nennen. Aber eines ist auch klar, aus schlechten analogen Prozessen werden keine guten digitalen Prozesse. Das Einscannen von per Fax erhaltenen Dokumenten als PDF-Datei in die ePatientenakte oder das klinische Dokumentationssystem hat nichts mit Digitalisierung zu tun. Die Robotik mag spektakulär sein, aber wir Ärzte müssen uns auch um die anderen Bereiche kümmern. Aber nicht alles muss digitalisiert werden, nur weil es zurzeit modern, schick und innovativ klingt.

Die Digitalisierung ist zu einem „Gamechanger“ gerade in der Medizin und im Gesundheitswesen geworden. Als Gamechanger wird eine Person oder eine Idee bezeichnet, die das herkömmliche Vorgehen radikal verändert. Sie revolutionieren umfassende Bereiche in der Wirtschaft sowie Gesellschaft und damit auch das Gesundheitswesen. Leider hinkt das Gesundheitswesen in Deutschland diesbezüglich ein wenig hinterher. Smart Hospital, das eRezept und das Fiasko um die ePatientenakte, aber auch, dass immer noch viele Praxen mit dem Fax und 24-Nadel-Drucker arbeiten, zeigen uns sehr deutlich, dass eine gute Idee durch eine

suboptimale und viel zu langsame Umsetzung ihr Potenzial nicht entfalten kann. Vielfach reibt man sich in bürokratischen Diskussionen und Kämpfen auf Nebenschauplätzen auf. Die starke Regulierung des deutschen Gesundheitswesens ist hier Fluch und Segen zugleich. Ich hatte in den letzten Monaten und Wochen zahlreiche Kontakte zu jungen Menschen und digitalen Projekten im Bereich des Gesundheitswesens. Vielfach war ich über deren Elan und Zukunftsvision erstaunt und begeistert. Ich fragte mich mitunter:

- Warum ist uns Ärzten diese Idee nicht gekommen?
- Warum treiben wir dieses Feld nicht voran?
- Wo ist unsere Begeisterung geblieben?

Es scheint so zu sein, dass wir Ärzte zu tief in den eigenen Strukturen und mitunter veralteten Prozessen verhaftet sind.

Aber auch die noch deutliche Zurückhaltung der Ärzte in den Kliniken und Praxen ist ein Ausdruck für diese Entwicklung. Zur Wahrheit gehört aber auch, dass Digitalisierung finanzieller Investition und personeller Ressourcen bedarf. Diese sind mitunter nicht gänzlich in den Vergütungsstrukturen medizinischer Leistungen abgebildet. Digitalisierung kostet Geld, gerade weil wir sie in der Vergangenheit zu sehr vernachlässigt haben. Es gibt noch zu wenige digitale Hub-Initiativen oder Innovations-Labs an deutschen Kliniken. Hier müssen wir besser und schneller werden. Die Wirtschaft und andere Bereiche machen es uns erfolgreich vor. Das Potenzial haben wir allemal.



Krüger M: Editorial Digitalisierung in der Chirurgie. Passion Chirurgie. 2021 Mai; 11(05): Artikel 01.



Mehr zur Digitalisierung in der Chirurgie finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete | Fachübergreifend.

In der Zeit der Pandemie haben wir aber auch neue Modelle der medizinischen Fort- und Weiterbildung durch den Wegfall von Präsenzkongressen erfahren dürfen. In Zukunft werden wir sogenannte Hybridkongresse mit Präsenz- und Onlineveranstaltungen erleben. Und ja, dies ist aus meiner Sicht ein enormer Fortschritt, den wir der Pandemie zu verdanken haben. Das digitale Logbuch wird in der Weiterbildung endlich Einzug halten und steht bereit. Eine Beurteilung der technischen Umsetzung diesbezüglich ist abschließend noch nicht möglich. Ich hoffe, dass hier eine Ärztekammer übergreifende, landesweit gute, machbare und interoperable sowie anwenderfreundliche Lösung finden wird.

In dieser Ausgabe möchten wir Ihnen wieder ein wenig die digitale Welt näherbringen. Die Entwicklungen sind rasant und scheinen uns mitunter auch in der Fülle zu überfordern. Es gibt aber auch sehr positive und ermunternde Ideen und Projekte.

Ich glaube, dass es uns in dieser Ausgabe wieder gelungen ist, eine breite Themenwahl zur Digitalisierung aufzuzeigen. Zwei Start-ups aus dem medizinischen Bereich berichten über ihre Erfahrungen und Ideen. Die Pandemie hat uns gezeigt, dass das digitale Lernen, die digitale Vorlesung richtig eingesetzt ein brauchbares Tool in der Medizinausbildung sein kann. Hierzu wird uns in dieser Ausgabe der bvmd die studentische Perspektive und die Erfahrungen mit dem digitalen Studium und deren Potenzial berichten. Ich freue mich sehr, dass der Vizepräsident des BDC, Dr. Kalbe, über den Stand der praktischen Digitalisierung in der Praxis berichten wird. Ich wünsche mir sehr, dass die Themenauswahl Ihr Interesse weckt.

Abschließend möchte ich Sie aufrufen: Werden auch Sie ein Gamechanger in der digitalen Chirurgie und fragen sich regelmäßig, wie man Tätigkeiten anders machen kann, führen Sie Gespräche mit inspirierenden Menschen, gern auch abseits der eigenen Profession. Versuchen Sie quer zu denken. Nichts

ist unmöglich, vieles machbar. Seien Sie disruptiv. Folgen Sie in den sozialen Netzwerken Zukunftsforschern und versuchen Sie Ihre berufliche Zukunft durch starke emotionale Bilder zu visualisieren.

Ich bin der festen Überzeugung, dass wir Ärzte, und besonders Chirurgen, die Taktgeber und Macher der digitalen Transformation im Gesundheitswesen sein müssen. Wir wissen, was möglich, notwendig und erforderlich ist.

Freuen Sie sich aber auch auf eines der nächsten Themenhefte zur Digitalisierung, in dem wir uns mit modernen technischen Lösungen z. B. Blockchain- und Cloudlösungen sowie künstlicher Intelligenz und Virtual Reality in der Medizin und insbesondere in der Chirurgie beschäftigen werden.

Viel Spaß beim Lesen, Ihr

Matthias Krüger

Leiter Ressorts Zukunft, Ökonomie und Digitalisierung in der Chirurgie



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



IMPRESSUM

CHIRURGIE

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 Digitalisierung in der Chirurgie M. Krüger

8 SCHAUFENSTER

10 CHIRURGIE

im Fokus

10

DIGITALISIERUNG IN DER
CHIRURGISCHEN PRAXIS:
DER FRUST GEHT UM

P. Kalbe

16

DIE ZUKUNFT DES DIGITALEN IM
CHIRURGISCHEN TRAINING –
GOOD PRACTISE SHARING

W. Korb, P. Gernerth Mautner Markhof, K. Frank

21

DIE DIGITALISIERUNG IM BEREICH DER
CHIRURGIE HAT GROSSE CHANCEN

E. Lang, A. Martin

24

IT-SICHERHEITS-RICHTLINIE DER KBV

P. Kalbe



26 CHIRURGIE⁺

26 WIEVIEL DIGITALISIERUNG VERTRÄGT DAS MEDIZINSTUDIUM?

M. Lüdtkke, D. Bechler, S. Schayan-Araghi

- 30 Vorankündigung Webinare
- 31 „Fragt mich alles!“ – BDC-Nachwuchsbeauftragter Benedikt Braun stellt sich den Fragen einer internationalen Community *B. Braun*
- 33 **Hygiene-Tipp:** Masken in der Medizin – eine kleine Geschichte *W. Popp, L. Jatzwauk, R. Schmithausen, W. Kohnen*
- 36 Personalia

38 RECHT

- 38 F+A: Fortbildungsverpflichtung von Klinikärzten *J. Heberer*
- 39 F+A: Datenschutz mit dem Krankenhausinformationssystem (KIS) *J. Heberer*

41 GESUNDHEITSPOLITIK

- 41 BDC-Praxistest: Video-Sprechstunden in der Chirurgie *W. Schröder, A. Urbanski*

51 INTERN

51 DGCH

- 51 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland *S. Tenckhoff*
- 55 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 59 DGCH-Präsidium ab 1. März 2021
- 61 Meine Daten haben sich geändert

63 BDC

- 63 BDC|News
- 64 BDC|Landesverbände
- 66 Termine BDC|Akademie
- 70 Lifestyle-Angebote im Mai 2021

72 PANORAMA

72 DAS PORTAL KVAPPRADAR.DE – INFORMATIONEN UND AUSTAUSCH ZU GESUNDHEITS-APPS

L.E. Kroll

SVR-Gutachten zur Digitalisierung im Gesundheitswesen



Der Sachverständigenrat Gesundheit (SVR) hat im März 2021 sein Gutachten "Digitalisierung für Gesundheit" dem BMG übergeben, das es förmlich an Bundestag und Bundesrat weiterleiten wird und in der Bundespressekonferenz vorgestellt.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen formuliert der Rat in seinem Gutachten konkrete Empfehlungen zur patientenwohl dienlichen Ausgestaltung der elektronischen Patientenakte (ePA) ebenso wie zur treuhänderisch kontrollierten Nutzung von Gesundheitsdaten für die Forschung. Das Gutachten erörtert ferner die Nutzung und Kostenerstattung von digitalen Gesundheitsanwendungen und die

Steigerung digitaler Gesundheitskompetenz in den Heilberufen im Besonderen und bei den Bürgerinnen und Bürger im Allgemeinen. Es skizziert die normativen, rechtlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen der Digitalisierung und die strategischen Schritte, die auf ein dynamisch lernendes Gesundheitssystem hin zu tun sind.

Das Gutachten wurde dem Bundestag und Bundesrat zugeleitet und am 17. Juni 2021 im Rahmen eines Symposiums mit der Fachöffentlichkeit diskutiert.

Zum Gutachten...

S3-LEITLINIE ZUR EKIT-HÜFTE VERÖFFENTLICHT



Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) hat die S3-Leitlinie „Evidenz- und konsensbasierte Indikationskriterien zur Hüfttotalendoprothese bei Coxarthrose (EKIT-Hüfte)“ veröffentlicht.

Die Implantation einer Hüfttotalendoprothese (Hüft-TEP) ist der häufigste endoprothetische Eingriff in Deutschland. Es bestehen allerdings deutlich regionale Unterschiede in der Versorgungshäufigkeit und zudem sind trotz überwiegend sehr guter Ergebnisse auch Risiken mit diesem Eingriff verbunden. Die korrekte Indikationsstellung hat deshalb sowohl für die individuellen Patient:innen als auch gesundheitsökonomisch eine sehr hohe Relevanz für das deutsche Gesundheitssystem.

Mehr lesen...

ÄRZTESTATISTIK 2020

Nachwuchsförderung hat höchste Priorität



„Die Corona-Pandemie zeigt, wie wichtig Ärztinnen und Ärzte für ein funktionierendes Gesundheitswesen und damit für unser gesamtes gesellschaftliches Wohlergehen sind. Die konsequente ärztliche Nachwuchsförderung und bessere Ausbildungsbedingungen gehören deshalb dringend auf die politischen Agenden von Bund und Ländern.“ Das sagte Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt anlässlich der Vorstellung der aktuellen Ärztestatistik. Nach den Daten der Bundesärztekammer stieg zwar die Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte (+1,7%) sowie die der Facharztanerkennungen (+0,6%), jedoch fiel der Zuwachs deutlich geringer aus als in den Vorjahren. Bei den jungen Ärztinnen und Ärzten aus dem Inland, die sich erstmalig bei einer (Landes-)Ärztekammer anmeldeten, verzeichnet die Statistik sogar einen Rückgang um 1,1 Prozent...

[Mehr lesen...](#)



IM FOKUS

Digitalisierung





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

Digitalisierung in der chirurgischen Praxis: Der Frust geht um

Wenn man wie unsere Praxis zu den Ersten gehörte, die sich im Dezember 2017 an die Telematik Infrastruktur (TI) angeschlossen haben, muss man heute resigniert feststellen, dass man davon bisher keinen Mehrwert hatte, sondern nur Kosten, organisatorischem Aufwand und Ärger. Schade eigentlich, denn wir gehören durchaus zu den „EDV-affinen“ ärztlichen Kollegen.

Zwar ist der befürchtete Gau an der Anmelde-theke ausgeblieben, weil der Stammdatenabgleich mit den Krankenkassen (VSDM) meist reibungslos funktioniert und sich die TI im Vergleich zu den ersten Monaten deutlich stabilisiert hat. Jedoch der ist Nutzen für die Praxis aus dieser ersten praktischen Anwendung der TI gleich Null. Man hat darüber hinaus noch den Aufwand mit dem Handling der ungültigen oder defekten Versichertenkarten. Meine Hoffnung, dass mit der TI die Kommunikation im Gesundheitswesen (KIM) verbessert werden könnte, dümpelt leider nur so vor sich hin. Die ersten KIM-Dienste sind zwar zertifiziert, jedoch haben dies die Anbieter von Praxisverwaltungssystemen wieder zum Anlass genommen, die Praxen mit zusätzlichen Lizenz- und Softwarepflege-Gebühren zu belasten. Die Kompatibilität des Hersteller-unabhängigen KIM-Dienstes kv-dox der KBV wird dem Vernehmen nach angezweifelt. Also leider zunächst einmal wieder nichts mit der Hoffnung, endlich einen Vorteil für die Praxis aus der TI zu ziehen und den anachronistischen Fax-Versand loszuwerden.

Als weitere Dienste der TI wurden 2020 der elektronische Medikationsplan (eMP) und das Notfalldaten-Management (NFDm) freigeschaltet. Diese eigentlich sinnvolle Anwendung

dürfte allerdings wegen des bürokratischen Aufwands für die Befüllung wenig Akzeptanz finden. Trotzdem empfehle ich allen Kollegen, eine Lizenz dafür zu kaufen, zumindest einmal einen Notfalldatensatz zu erstellen und dann die EBM-Ziffer 01641 abzurechnen. Für die abschließende digitale Signatur des NDFS brauchen Sie allerdings auch Ihren elektronischen Arztausweis. Haben Sie schon? Sind Sie sicher, dass der auch geeignet ist? Wenn Sie auch zu den Pionieren der TI gehörten, haben Sie diesen Ausweis vielleicht schon vor einigen Jahren erhalten. Aber sorry, der ist jetzt nicht mehr aktuell. Sie brauchen einen E-Arztausweis (eHBA) der zweiten Generation. Also müssen Sie die ganze Beantragung inkl. Post-Ident-Verfahren etc. noch einmal durchlaufen. Immerhin werden wenigstens die Kosten für den alten Ausweis angerechnet. Warum empfehle ich Ihnen trotzdem, dies zu machen und bis zu drei Monate auf die Ausfertigung des E-Arztausweises zu warten? Weil die Abrechnung der Nr. 01641 (und einer KV spezifischen Ziffer für die Betriebsbereitschaft für eMP und NFDm) die Voraussetzung dafür ist, dass Sie weitere Kartenlesegeräte für Ihre Praxis finanziert bekommen. Wofür braucht man die?

Nun, unser Gesundheitsminister hat enge zeitliche Vorgaben für die Implementierung weiterer digitaler Dienste auf den Weg gebracht, für die man sämtlich den eHBA einlesen muss. Von denen die Ärzte und die Praxen allerdings, Sie ahnen es, zunächst einmal wieder nur den Aufwand und die Kosten haben (Tabelle 1). So sollen noch in diesem Jahr die eAU, die elektronische Patientenakte (ePA) und das e-Rezept verpflichtend werden, obwohl viele Praxen noch nicht über ein Update ihrer Konnektoren und einen eHBA verfügen.

Kalbe P: Digitalisierung in der chirurgischen Praxis: Der Frust geht um. Passion Chirurgie. 2021 Mai; 11(05): Artikel 03_01.



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

Tab. 1: Einführung verschiedener Dienste der Telematik Infrastruktur (TI) ab 2020. Alle Dienste benötigen zuvor ein Update des Konnektors, ein kostenpflichtiges Zusatzmodul des PVS und den Einsatz des eHBA 2.0.

Dienst	NFDM	eMP	eArztbrief	eAU	ePA	e-Rezept
Start	Vorhanden	Vorhanden	Vorhanden	01.10.2021	01.1.2021	01.7.2021
KIM Dienst	–	–	+	+	+	+
Digitale Arzt-Signatur	+	–	+	+	+	+

Um die Verunsicherung noch zu steigern hat die gematik in ihrem aktuellen „Whitepaper“ schon die zweite Generation der Telematik Infrastruktur (TI 2.0) angekündigt [1]. Und dies, man mag es kaum glauben, als reine Software-Lösung ohne den Hardware-Konnektor, der bisher als unverzichtbar für die Datensicherheit gepriesen wurde. Offenbar setzt sich in der gematik jetzt doch die Erkenntnis durch, dass man eine umfassende Vernetzung aller Player in der Gesundheitsversorgung mit der sperrigen Konnektor-Lösung nicht realisieren kann. Sie brauchen aber nach meiner Einschätzung nicht zu befürchten, schon morgen Ihren gerade erst für viel Geld installierten Konnektor auf den Elektronik-Schrott werfen zu müssen. In Anbetracht der Umsetzungsgeschwindigkeit bisheriger Projekte der TI dürften viele der jetzt installierten Konnektoren noch ihre Laufzeit von fünf Jahren erleben, bevor auf die Version 2.0 umgestellt wird.

Gibt es denn nicht auch Lichtblicke? Einen praktischen Nutzen könnte ich mir vorstellen durch den in Planung befindlichen elektronischen Impfpass. Dies allerdings unter der Voraussetzung, dass er auch flächendeckend zum Einsatz kommt und regelmäßig aktualisiert wird. Sie erleben sicher, so wie ich, den täglichen Kampf um die Frage des Tetanusimpfschutzes. Eine umfassende elektronische Dokumentation könnte da helfen. Dies auch im Hinblick darauf, dass sich demnächst nicht nur die Frage nach dem Impfschutz gegen Tetanus, sondern vor allem auch gegen COVID-19 stellen wird.

Welchen Nutzen wird uns die elektronische Patientenakte (e-PA) bringen? Da wartet leider die nächste Frustration auf uns. Die Illusion einer möglichst sektorenübergreifenden und stets aktuellen Dokumentation

aller relevanten Gesundheitsdaten in einer strukturierten und leicht durchsuchbaren Form müssen wir leider erst einmal verschieben. Ich hoffe allerdings, dass wir dies nicht ganz ad acta legen müssen, denn dies ist die Hauptattraktion für das ganze TI-Projekt. Was allerdings jetzt gemäß der gesetzlichen Verpflichtung von den Krankenkassen als e-PA angeboten wird kann diesem Anspruch in keiner Weise gerecht werden. Somit kritisiert der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (SVR) in seinem jüngsten Gutachten [2] diese Lösung mit einem „mehrfachen Opt-In-Verfahren für die Befüllung und Freigabe“ völlig zu Recht als zu kompliziert für die Versicherten. Darüber hinaus ist für die behandelnden Ärzte kein Gewinn an Informationen aus einem Sammelsurium von unstrukturiert eingestellten pdf-Dokumenten zu erwarten. Zumal man noch nicht einmal die Gewissheit hat, dass der Patient nicht vielleicht wesentliche Informationen „ausgegraut“ hat.

Haben Ihre Patienten Sie schon einmal um die Verordnung einer Digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) gebeten? Damit müssen Sie demnächst rechnen. Es gibt nämlich eine DiGA für unser Fachgebiet: Die von BfArM als Medizinprodukt (vorläufig) zugelassene App „Vivira“ bietet Unterstützung bei der konservativen Behandlung von Verschleißleiden der Wirbelsäule und der großen Gelenke: <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/387>. Für die Verordnung einer dauerhaft gelisteten DiGA rechnen Praxen die Gebührenordnungsposition (GOP) 01470 (18 Punkte/2 Euro) ab. Die Verordnung erfolgt auf dem Arzneimittelrezept (Muster 16). Die GOP kann auch abgerechnet werden, wenn die Verordnung im Rahmen einer Videosprechstunde erfolgt.

Die vom BfArM geprüften und zugelassenen zehn Apps machen aber nur einen Bruchteil

der ca. 3.300 beim ZI registrierten Gesundheits-Apps aus. Wenn Sie sich an deren Beurteilung beteiligen wollen können Sie sich beim ZI auf der Homepage <https://www.kvapp radar.de/> registrieren.

Im Rahmen der Corona-Pandemie haben die verschiedenen technischen Anwendungen für Video-Sprechstunden einen regelrechten Boom erlebt. Für bestimmte Bereiche der Chirurgie sind diese zweifellos gut einzusetzen, wie die Beiträge in dieser Passion Chirurgie zeigen. Die von der KBV veröffentlichten Anwenderzahlen sind aber vorsichtig zu bewerten. Die genaue Analyse zeigt nämlich, dass die Mehrzahl der chirurgischen Anwender die zugehörige EBM-Ziffer nur ein- bis fünfmal pro Quartal angesetzt haben und dass die Leistungshäufigkeit im Quartal 3/2020 im Vergleich zum zweiten Quartal 2020 schon wieder rückläufig war. Es dürften sich also viele Kollegen bei der ersten Corona-Welle bei der KV registriert, Online-Sprechstunden aber nur selten durchgeführt haben.

Lassen Sie mich mit einem etwas optimistischeren Ausblick auf die Zukunft der Digitalisierung in den chirurgischen Praxen schließen. Zum Glück gibt es viele sinnvolle digitale Anwendungen neben der Telematik-Infrastruktur, welche die Praxisabläufe verbessern und vereinfachen können: Die Online Terminvergabe, webbasierte Dienstplanung und Arbeitszeiterfassung, das digitale Dokumentenmanagement, die digitale Bildgebung etc. Einen Überblick darüber bieten wir Ihnen mit unserem neuen BDC-Seminar „EDV-Unterstützung für niedergelassene Chirurgen und Chirurgen“ (Webinar am 24. April 2021), dass wir nach Abklingen der Corona-Pandemie wieder als Präsenz-Veranstaltung anbieten werden.

Außerdem habe ich die Hoffnung, dass auch die Dienste der Telematik Infrastruktur in gewissem Umfang den Gesetzen des Marktes unterliegen. Wenn kaum einer die ePA in der jetzigen Ausgestaltung nutzen wird – und davon gehe ich aus – wird man um eine Anpassung in eine praktikable Form nicht umhinkommen.

Also bleiben Sie stark und vor allem gesund!

LITERATUR

- [1] gematik (2020): Arena für digitale Medizin. Whitepaper Telematikinfrastruktur 2.0 für ein föderalistisch vernetztes Gesundheitssystem Hrsg.: gematik GmbH, Friedrichstraße 136, 10117 Berlin
- [2] Sachverständigenrat im Gesundheitswesen SVR (2021): Digitalisierung für Gesundheit. Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems. Gutachten 2021

PRAXISBAROMETER DIGITALISIERUNG 2020

**DIGITALE AMBULANTE VERSORGUNG:
FEHLERANFÄLLIGKEIT UND SICHERHEIT
DER IT-SYSTEME SORGEN ÄRZTE UND
PSYCHOTHERAPEUTEN**

Etwas mehr als ein Drittel der ärztlichen und knapp 80 Prozent der psychotherapeutischen Praxen bieten mittlerweile Videosprechstunden an oder beabsichtigen dies. In der Zeit vor Beginn der Pandemie waren es bei den Ärzten lediglich zehn Prozent und bei den Psychotherapeuten drei Prozent, die per Videosprechstunde mit ihren Patienten kommunizierten. Schutz des Praxisteam und der Patienten vor Covid-19 nennen 87 Prozent der Praxen als Treiber dieses Digitalisierungsschubes. Aber auch verstärkte Nachfragen von Patienten waren für 25 Prozent der Praxen der Anlass.

Das zeigt eine repräsentative bundesweite Befragung von knapp 2.200 Arzt- und Psychotherapeutenpraxen für das **PraxisBarometer Digitalisierung** der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), das regelmäßig Wissenschaftler des IGES Instituts erstellen. Es erscheint bereits in dritter Auflage und analysiert die Digitalisierung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Die Befragung lief in den Sommermonaten und zeigt den Stand bis zum Juli 2020.

**Immer mehr Ärzte sehen den Nutzen von
Videosprechstunden**

Praxen schätzen den Nutzen von Videosprechstunden für sich und ihre Patienten auch deshalb, weil sie Arbeitszeiten flexibler machen, das Besucheraufkommen reduzieren und Patienten leichteren Zugang verschaffen. Vor zwei Jahren werteten noch 18 Prozent den Mehrwert von Videosprechstunden als eher oder sehr hoch. Aktuell sind es rund 30 Prozent. Allerdings rückt auch die telefonische Beratung wieder stärker in den Fokus, als technisch einfachere Alternative zur internetabhängigen Bildübertragung. Besprechungen, etwa über Untersuchungsergebnisse, seien auch darüber sehr gut möglich.

Vor allem größere Praxen bieten digitale Angebote

Bei weiteren digitalen Angeboten sind vor allem größere Praxen führend: Während nur 18 Prozent der Einzelpraxen etwa eine Online-Terminvereinbarung ermöglichen, sind dies bei Praxen mit fünf und mehr Ärzten oder Psychotherapeuten rund 34 Prozent. Auch eine Online-Rezeptbestellung ist in jeder zehnten Einzelpraxis, hingegen in jeder vierten der großen Praxen möglich. Auch der Grad der Digitalisierung der Patientendokumentation ist abhängig von der Praxisgröße: Unter den großen Praxen mit fünf und mehr Ärzten/Psychotherapeuten haben mehr als zwei Drittel (67 Prozent) die Patientendokumentation nahezu komplett digitalisiert, bei den Einzelpraxen dagegen lediglich rund ein Drittel (34 Prozent).

Klagen über störanfällige Telematikinfrastruktur (TI)

Das PraxisBarometer Digitalisierung untersucht erstmals die aktuellen Erfahrungen der Praxen mit der Telematikinfrastruktur (TI). Danach sind inzwischen knapp 90 Prozent der ärztlichen Praxen angeschlossen. Doch das System scheint sehr fehleranfällig zu sein: Mehr als ein Drittel der Praxen berichtet, dass es mindestens einmal pro Woche

Störungen gibt. Diese betreffen den Konnektor, das Kartenterminal oder den Netzwerkzugang.

Sorge und Informationsbedarf beim Thema IT-Sicherheit

Sorge bereitet den Praxen die Administration und Sicherheit ihrer IT: Mehr als 80 Prozent sehen dies als Hemmnis der weiteren Digitalisierung. Was den Praxen fehlt, sind eigenen Aussagen zufolge vor allem verbindliche Checklisten oder Leitlinien zur Sicherheit. Dabei gilt die Sorge ihrer Verantwortung für patientenbezogene Daten, sobald diese durch neue digitale Anwendungen den Praxisbereich verlassen.

Kaum Fortschritte beim Datenaustausch mit anderen Leistungserbringern

Beim digitalen Austausch zwischen Praxen und auch Krankenhäusern klaffen Wunsch und Realität noch immer weit auseinander. Rund 59 Prozent aller Praxen erwarten etwa von der digitalen Übertragung von Arztbriefen große Unterstützung im Praxisalltag. Aber knapp ein Viertel der Arztpraxen empfängt derzeit noch immer keinerlei digitale Daten von anderen ambulanten Einrichtungen. Ausnahmen bleiben – wie schon in den PraxisBarometern der Vorjahre gezeigt – Labordaten, die 70 Prozent der Arztpraxen digital empfangen. Bei den Hausärzten sind es sogar 90 Prozent.

Digitale Wüste ist weiterhin die schriftliche Kommunikation mit Krankenhäusern. Bei 95 Prozent der Praxen läuft diese noch immer überwiegend in Papierform ab. Dabei wünschen sich 70 Prozent der Praxen, Entlassbriefe ihrer Patienten nach einem Klinikaufenthalt digital zu empfangen. Real treffen diese Berichte derzeit nur bei fünf Prozent elektronisch ein.

Quelle: iges.com

Hier geht es zur Studie „PraxisBarometer Digitalisierung 2020“...



DR. WEIGERT

Hygiene mit System

Hier geht's zum
Kennenlernangebot

Vertrauen Sie
den **Profis**,
wenn es um die
Aufbereitung
Ihrer **Instrumente**
geht.

www.drweigert.de







Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. Werner Korb

CEO

MYSEBASTIAN

Gänsbichlstraße 10

5400 Hallein/Österreich

werner.korb@mysebastian.at

Philipp Gernerth Mautner Markhof

F/E, UX & Training

MYSEBASTIAN

philipp.gernerth@mysebastian.at

Dr. Karl Frank

Leitung Softwareentwicklung

MYSEBASTIAN

karl.frank@mysebastian.at



MYSEBASTIAN,

Plattform für Management von
chirurgischem Fachwissen

www.mysebastian.com

Gernerth Mautner Markhof P, Frank K, Korb W:
Die Zukunft des Digitalen im chirurgischen
Training – Good Practise Sharing. Passion
Chirurgie. 2021 Mai; 11(05): Artikel 03_02.



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

Die Zukunft des Digitalen im chirurgischen Training – Good Practise Sharing

Nicht erst seit der Coronakrise hat sich der Vormarsch digitaler Technologien auch in der Chirurgie gezeigt. Schon seit einigen Jahren werden für Kongresse, Messen, Tagungen oder Symposien, innovative Web-Applikationen und Tools eingesetzt.

Für das Training in der Chirurgie wurden bis dato nur wenige digitale Tools oder Konzepte entwickelt, bzw. gibt es unseres Wissens noch keine Anwendung, welche sich nachhaltig in der Community durchsetzen konnte. Die Herausforderung der Fusion digitaler Möglichkeiten mit dem handwerklichen und kognitiven Training bei der Ausbildung der Chirurgie sind nachvollziehbar, jedoch komplex zu lösen.

Diesen Herausforderungen haben sich die Autoren in dem Projekt „Sebastian“, das im Januar 2019 gestartet wurde und durch die österreichische Forschungsförderungsgesellschaft (FFG) gefördert wird, angenommen.

FORSCHUNGSPROJEKT „SEBASTIAN“ – DIGITALES TRAINING UND EXPERTISEMANAGEMENT

Seit 20 Jahren forscht Prof. Dr. Werner Korb an der Schnittstelle zwischen Mensch und Technik im Operationssaal. Der Mission konsequent folgend, die Chirurgie sicherer zu machen, wurden seitdem einige Projekte ins Leben gerufen, um Chirurgen und Chirurginnen Möglichkeiten zu schaffen, komplexe Prozeduren sicherer zu trainieren. In seiner Forschungsgruppe an der Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur (HTWK) Leipzig wurde u. A. die Simulationsanwendung *RealSpine*, eine hochrealistische Kunststoffsimulation für das Training in der Wirbelsäulenchirurgie, entwickelt. 2019 führten

die Forschungsaktivitäten dazu, eine digitale Plattform zu entwickeln welche eine Ergänzung und Erweiterung zum analogen Training sein sollte. Eine Technologie, die sich den ungelösten Fragen im chirurgischen Training annimmt: *Kann man Training messen? Wie kann Trainings-erfolg in den OP transferiert werden? Wie kann man Training systematisieren?*

Aus den Fragen ergibt sich der Titel des Projekts: *Sensor based surgical training – integrated system and analytics* (= Sebastian).

In der Luftfahrt wurden im Laufe der Zeit Ausbildungsformate entwickelt, die Training ohne echtes Risiko ermöglichen. In der Chirurgie werden demgemäß chirurgische Eingriffe zuerst am Präparat, am Tier, oder am Simulator trainiert, bevor junge Chirurgen und Chirurginnen das erste Mal selbst am Patienten Hand anlegen.

Für die vielen digitalen Trainingskonzepte (*Virtual Reality, Augmented Reality, Mixed Reality*), welche das Operieren am lebenden Menschen in einer virtuellen Umgebung simulieren, blieb ein nachhaltiger Erfolg aus. Vor allem die fehlende Haptik und ein OP-fremdes Szenario, ausbleibende Transfer-effekte und somit ausbleibender Kompetenz-zuwachs bzw. hohe Anschaffungskosten sind Gründe dafür.

Auch die Versuche, klassisches, bis spielerisches eLearning für die Chirurgie neu auszurichten, blieben bis dato weitgehend erfolglos.

Training in der Chirurgie kann also durch digitale Möglichkeiten nicht substituiert oder grundlegend verändert werden, sondern eher vereinfacht, ergänzt und systematisiert.

FELDANALYSE – MIT CHIRURGISCHEN EXPERTEN UND EXPERTINNEN IM OP

In der ersten Forschungsphase des *Sebastian*-Projekts wurde analysiert, wer die Beteiligten im Training sind und wo die Verantwortlichkeiten liegen. Für bessere Qualität und letztendlich Sicherheit der Patienten und Patientinnen ist es notwendig, dass junge auszubildende Chirurgen und Chirurginnen nach wie vor von den älteren und erfahreneren Vorgesetzten lernen können. Wie zuvor erläutert, kann die Chirurgie – ein hochspezialisiertes Handwerk – nur analog, im „Szenario“, vom und mit dem Meister gelernt werden. Das seit Jahrhunderten etablierte Meister-Lehrlings-Prinzip „*See One – Do One – Teach One*“ kann trotz diverser Kritik (vgl. Rodrigue-Paz et al., 2009) nicht ersetzt werden (vgl. Hupp, 2018) und bildet in erweiterter Form die didaktische Grundlage des Projekts. Im ersten initialen Entwicklungsschritt wurde demgemäß ein Paradigmenwechsel für die Konzeption einer digitalen Lehr-Lern Umgebung vollzogen, um den unveränderlichen Ausbildungsbedingungen der Chirurgie gerecht zu werden.

Der Experte bzw. die Expertin wird ins Zentrum gerückt, weil gute Lehre letztendlich von der Ambition der Lehrenden bestimmt ist. In dieser Annahme sollten intelligente Tools den Herausforderungen der Lehrenden entgegen treten. Einzigartig ist, dass es in der Chirurgie, anders als in anderen Risikodomänen, keine speziell ausgewiesenen Lehrenden gibt. Die Chirurgen und Chirurginnen stehen viel eher pausenlos im OP. Für fachlich und pädagogisch qualitätsvolle Ausbildung des Nachwuchses muss nebenher gesorgt werden.

Unsere Studie *Surgical Training in a World of limited Resources* (Korb & Gernerth Mautner Markhof, 2019) hat neben dem Zeitproblem noch andere Herausforderungen des chirurgischen Trainings aus Experten- und Expertinnensicht aufgeschlüsselt. In der internationalen Studie wurden acht erfahrene Lehrende befragt und die Interviews mittels der *Kognitiven Taskanalyse* (vgl. Militello & Hutton, 1998), ausgewertet und interpretiert. Es konnte festgestellt werden, dass die fehlende Zeit bzw. strukturelle und finanzielle



Abb. 1: Training am Simulator, ein Ergebnis der Forschungsgruppe rund um Prof. Korb

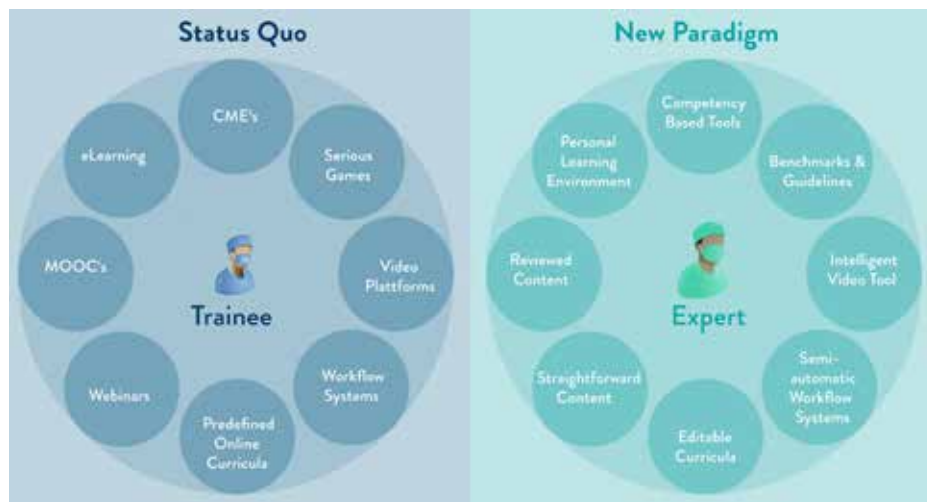


Abb. 2: Paradigmenwechsel: Fokus vom Trainee hin zum Experten

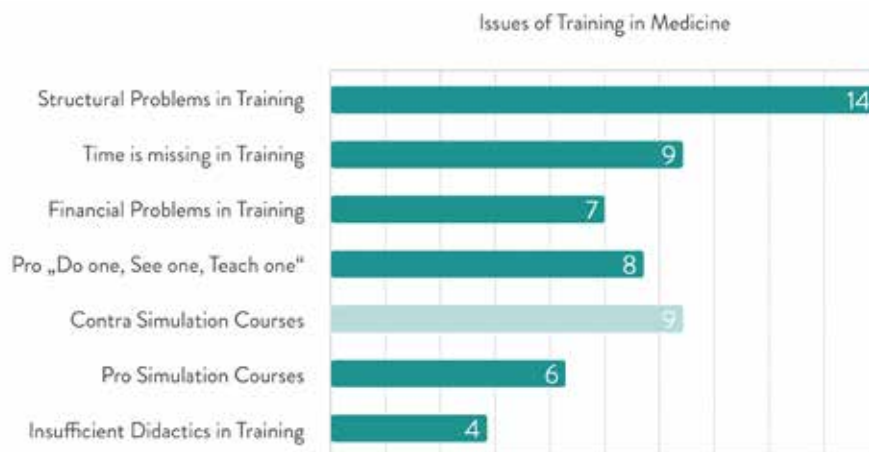


Abb. 3: Probleme im chirurgischen Training (Korb & Gernerth Mautner Markhof, 2019)

Probleme die Hauptprobleme im Training sind. Trotzdem muss die Ausbildung von den Experten und Expertinnen ausgehen. (siehe **Abb. 3**, Zeile: Pro „Do one, See one, Teach one“).

Daher muss die vordergründige Aufgabe sein, ein Konzept zu entwickeln, mit dem chirurgisches *Good practise sharing* zum hintergründigen, integrierten und systematisierten Bestandteil des OP-Alltags der Experten und Expertinnen wird.

MYSEBASTIAN: EINE PLATTFORM FÜR DAS LEHREN UND LERNEN IN DER CHIRURGIE

Gemäß der oben genannten initialen Forschungsarbeiten wurde die intelligente und unabhängige Web-Plattform MYSEBASTIAN entwickelt. Die Browser-basierte Lösung ist *responsive* gestaltet und für jedes mobile Endgerät verfügbar.

Im Zentrum stehen die erfahrenen Chirurgen und Chirurginnen, welche über große Expertise verfügen, diese im OP anwenden, und dabei ständig noch mehr Wissen & Daten *live*

im OP „produzieren“. Moderne Videotechnik ist untrennbar mit den wichtigen jüngeren Entwicklungen der Chirurgie (Endoskopie, Robotik etc.) verbunden. Es werden ununterbrochen große Datenmengen produziert, die größten Teils ungenutzt bleiben und in den unzugänglichen IT-Netzwerken der Krankenhäuser verhaftet bleiben.

Mit MYSEBASTIAN werden lernrelevante Case-Daten wie Videos, Bilder und Lernziele direkt aus dem OP mit vorgefertigten klinischen Prozeduren (Workflows) verknüpft. Die Workflows sind in einzelne Schritte und Unterschritte untergliedert und mit zugehörigen Inhalten befüllt. Ein einfach zu bedienendes UX-Konzept erlaubt den Usern, eigenen Lehrcontent mit nur wenigen Klicks den eigenen Bedürfnissen anzupassen.

Sowohl Trainees als auch die MedTech nutzen die aufbereiteten Daten für die Ausbildung bzw. die MedTech zudem für *Content Management*, Produktschulungen und Produktinnovationen. Aufgrund der Mobilität der Plattform wird MYSEBASTIAN für

Hands-on-Kurse, Kongresse, Symposien und andere Events als Applikation genutzt. Es ist außerdem vorgesehen, dass sich die Nutzer bald mit verschiedenartigen Networking Tools direkt in MYSEBASTIAN vernetzen und austauschen können.

Für die Plattform wurde eine intelligente Ontologie, speziell angepasst an die Verhältnisse in der Chirurgie, entwickelt. Wissen wird nicht überschrieben, sondern kann nebeneinanderstehen. Konkret bedeutet das, dass sich klinische Workflows voneinander ableiten lassen, diese individuell angepasst werden können, jedoch die Vergleichbarkeit untereinander nicht verloren geht. Der mühsamen Suche nach einem einzigen Standard wird Einhalt geboten. Nunmehr entscheidet die Community im klassischen Review-Verfahren, welche Workflows als *Best Practise* gehandelt werden. Ein komplexes Rechte- und Rollenmanagement erlaubt einen Austausch ausschließlich unter *Healthcare Professionals*, nichtsdestotrotz ist der Einstieg niederschwellig und kostengünstig gehalten.

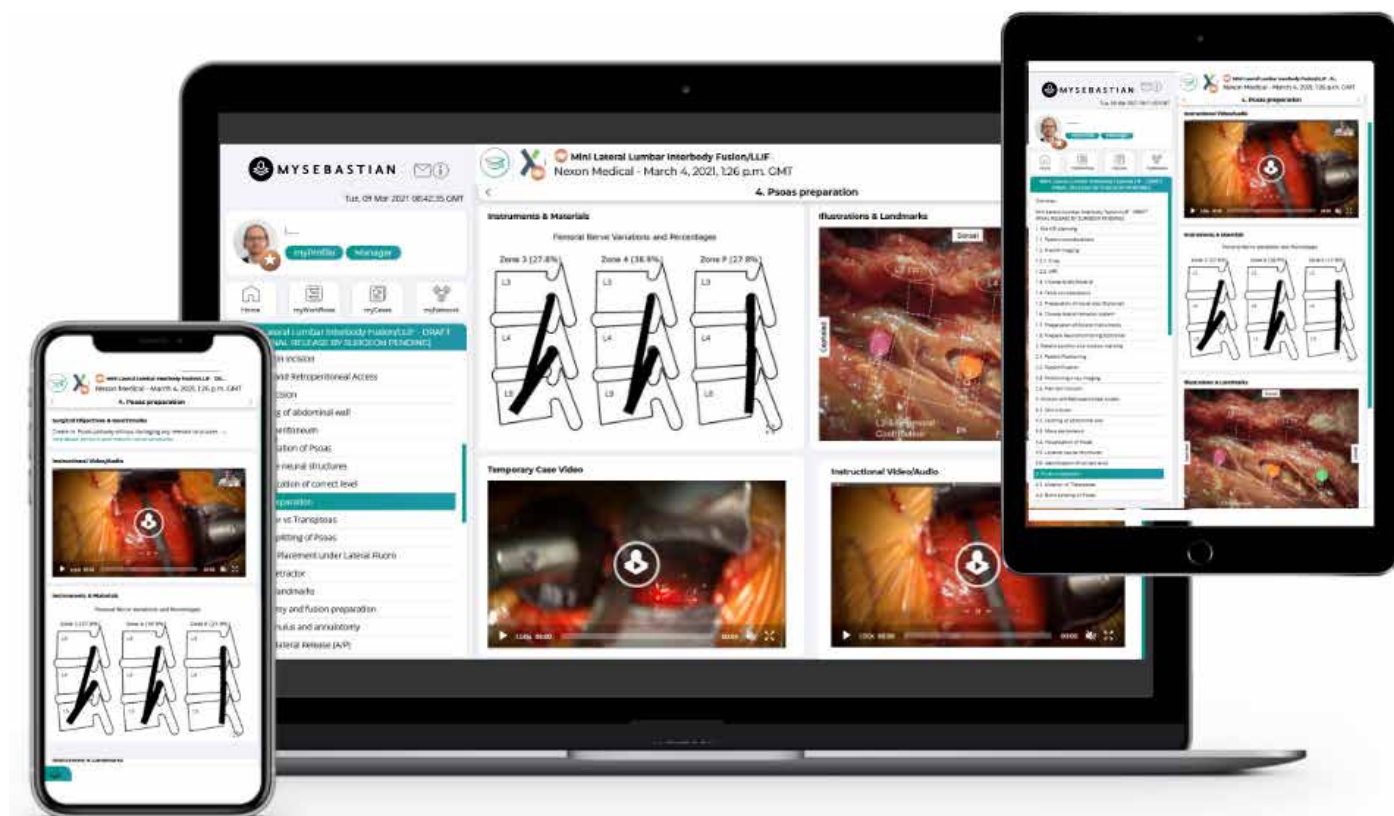


Abb. 4: MYSEBASTIAN – Eine intelligente und unabhängige Web-Plattform für das chirurgische Training

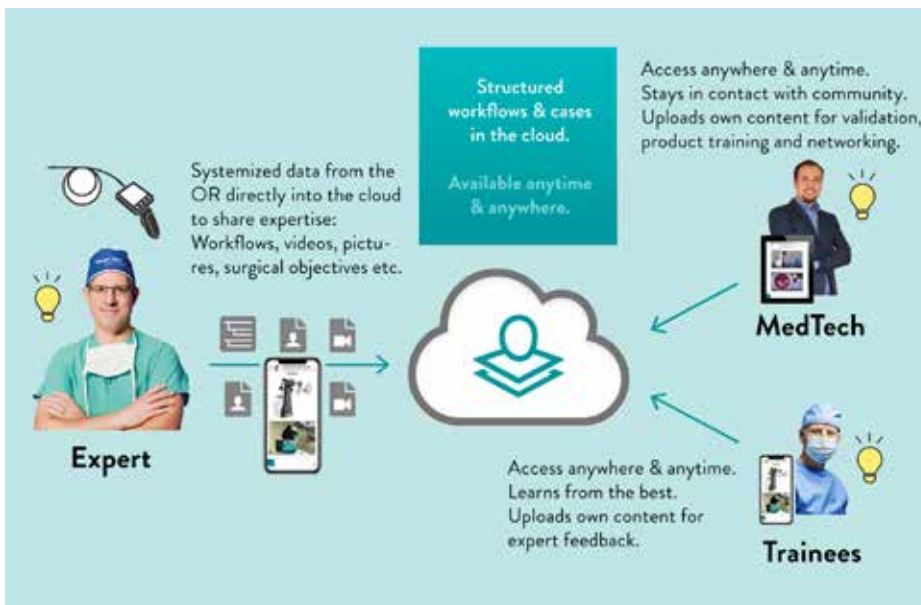


Abb. 5: Funktionsmodell MYSEBASTIAN

Der seit März 2020 laufende Beta-Test mit 44 aktiven *Early-Adopter*-Nutzern wurde im Januar 2021 evaluiert [1].

Dazu haben 21 Nutzer einen standardisierten Fragebogen online ausgefüllt. Unter den befragten Teilnehmern befanden sich fünf Chirurgen, 14 Medizintechnik-Vertreter, ein Student und ein Wissenschaftler.

85 % der Teilnehmer würden die Plattform an Chirurgen und Chirurgeninnen weiterempfehlen (42.9 % *strongly agree*; 42.9 % *agree*; 9.5 % *neither agree nor disagree*; 4.8 % *disagree*; 0 % *do not agree at all*).

90 % würden die Plattform an die Medizintechnik- und Pharmaindustrie für Produktschulungen weiterempfehlen (61.9 % *strongly agree*; 28.6 % *agree*; 9.5 % *neither agree nor disagree*; 0 % *disagree*; 0 % *do not agree at all*).

71.4 % der Teilnehmer meinen, MYSEBASTIAN kann für chirurgisches Training von den Lehrenden genutzt werden, 66.7 % sehen den Nutzen vor allem für die Lernenden, 57.1 % für Produktschulungen & Content-Management. Jeweils über 30 % der Befragten wünschen sich verbesserte Suchfunktionen (38.1 %) und online-Werkzeuge für „Benchmarking“ (33.3 %) im Training.

Insgesamt befindet sich das Forschungsprojekt somit auf dem richtigen Weg. Der neuartige Ansatz, Workflows und Trainings-Cases für das eLearning in der Chirurgie zu adaptieren, wird gut angenommen und sollte weiter ausgebaut werden.

AUSBLICK

Es braucht ein Umdenken im chirurgischen Training für mehr Qualität und Sicherheit. Mit **MYSEBASTIAN** wird der Ansatz verfolgt, dass digitale Möglichkeiten die ursächliche

Konzeption von Ausbildung in der Chirurgie nicht umstoßen können und sollten. Die Zukunft der Chirurgie wird dennoch unweigerlich digital geprägt sein – sowohl im Operationssaal selbst, als auch im chirurgischen Training. Jedoch nicht per unreflektiertem Einsatz von „Digitalem“. Das Digitale sollte als Applikation zu bestehenden Konzepten verwendet werden.

Es benötigt simple Tools, die vor allem für die klinischen Experten und Expertinnen angepasst werden und im gestressten Berufsalltag funktionieren. Das kann schlussendlich Lehrende, Auszubildende und die forschende Industrie näher zusammenbringen.

LITERATUR

- [1] Gernerth Mautner Markhof, P., Korb, W., Miller, K., et al. (2021). Entwicklung und Validierung einer Online-Plattform für das chirurgische Training. *Abstract wurde akzeptiert für den ÖCK2021, Salzburg, Österreich*
- [2] Hupp, J. R. (2017). Strengthening feedback in surgical education. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 75(2), 229-231.
- [3] Korb, W., Gernerth Mautner Markhof, P. et al., (2019). Surgical Training in a world of limited resources. White Paper. Self-publishing.
- [4] Militello, L. G., & Hutton, R. J. (1998). Applied cognitive task analysis (ACTA): a practitioner's toolkit for understanding cognitive task demands. *Ergonomics*, 41(11), 1618-1641.
- [5] Rodriguez-Paz, J., Kennedy, M., Salas, E., Wu, A. W., Sexton, J. B., Hunt, E. A., & Pronovost, P. J. (2009). Beyond "see one, do one, teach one": toward a different training paradigm. *BMJ Quality & Safety*, 18(1), 63-68.



Die Digitalisierung im Bereich der Chirurgie hat große Chancen

Die Digitalisierung hat die medizinische Versorgung auf internationaler und nationaler Ebene erreicht und führt zu grundlegenden Prozessveränderungen im Gesundheitssystem. Das Ziel für die medizinische Betreuung ist dabei eine schnelle und effiziente, individualisierte, sichere, sowie eventuell auch kosteneinsparende Behandlung. Auch in der Chirurgie stellt die Digitalisierung eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung dar.

In der Umsetzung bedeutet dies, analoge Objekte, wie Informationen und Bilder, in digitale Formate zu bringen. Im Zuge dieses Umwandlungsprozesses in der Medizin können analoge Beschreibungen hierdurch

entfallen. Durch die Vereinfachung von organisatorischen und administrativen Aufgaben werden somit Ärzte und das medizinische Personal im Alltag entlastet. Mit dem neuen Gesetz von 2018 ist die Ausübung der Telemedizin in Deutschland zulässig und somit die Arzt-Patientenkommunikation telemedizinisch erlaubt [1].

WIE FUNKTIONIERT TELEMEDIZIN?

Telemedizin ist spätestens nach der COVID-Pandemie jedem ein Begriff. Es handelt sich um die zeitliche und/oder räumliche Trennung zwischen dem Behandler und den Patienten. Die ersten telemedizinischen Verfahren gab es bereits im 19. Jahrhundert,



Korrespondierende Autorin:
Dr. med. Estefanía Lang
 Co-Founder und Fachärztin für
 Dermatologie
 Medizinische Leitung „Hautarzt per App“
 Dermanostic GmbH
 Merowingerpl. 1
 40225 Düsseldorf
 e.lang@dermanostic.com



Dr. med. Alice Martin
 Co-founder von dermanostic
 Ärztin in Weiterbildung für Dermatologie
 Öffentlichkeitsarbeit „Hautarzt per App“
 Dermanostic GmbH

Lang E, Martin A: Die Digitalisierung im Bereich der Chirurgie hat große Chancen. *Passion Chirurgie*. 2021 Mai; 11(05): Artikel 03_03.



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

als das Heliograph benutzt wurde, um vor der Beulenpest zu warnen. Später war das Telefon das Medium, um telemedizinisch zu kommunizieren. Mittlerweile sind telefonische Konsultationen weit verbreitet und Videosprechstunden haben sich etabliert. Weit unbekannter, aber dafür für die visuellen Fachdisziplinen geeigneter ist das zuvor erwähnte Bild-Text-Verfahren. Beim Bild-Text-Verfahren sendet der Patient dem Arzt anamnestische Angaben und Bilder des Hautbefundes zu, wonach dieser die ihm übermittelten Informationen bewertet. Diese asynchrone Kommunikationsform, die in der Regel auf einer von verschiedenen Anbietern erhältlichen Anwendungssoftware für Mobilgeräte oder mobile Betriebssysteme („Apps“) basiert, bietet den Vorteil einer größeren Bildqualität, wobei Arzt und Patient sich nicht zum gleichen Zeitpunkt im Internet befinden müssen, und auch keine spezielle Computer- und Kameraausrüstung erforderlich ist [2].

Des Weiteren bieten die elektronische Patientenakte und der Austausch von Patienteninformationen mit anderen ärztlichen Kollegen in Form von Konsilen und Fallkonferenzen eine schöne Möglichkeit, die Qualitätssicherung bei der Patientenbehandlung zu steigern.

Im Bereich der Chirurgie gibt es viele digitale Anwendungen, die den Alltag des chirurgischen Personals erleichtern können [3]. Zum Beispiel bietet die App Ifap allen Beteiligten im Gesundheitswesen sichere, umfassende und aktuelle Arzneimittel-Informationen zu Dosierung und Interaktionen von verschiedenen Medikamenten. Imito hilft bei der Wunddokumentation, indem die Wunde digital gemessen wird, ohne dass ein Lineal daneben fotografiert werden muss. EasyOncology wurde von erfahrenen Fachärzten entwickelt, um die komplexen diagnostischen und therapeutischen Standards der heutigen Onkologie schnell, intuitiv und übersichtlich nachvollziehen zu können. Darüber hinaus gibt es Programme wie z. B. <https://www.precisionostech.com>, die mittels virtual reality OP-Methoden inszenieren und somit chirurgische Techniken einfach und sicher patientenlos erlernt werden können (Tabelle 1).

Tab. 1: Digitale Anwendungen im Bereich der Chirurgie.

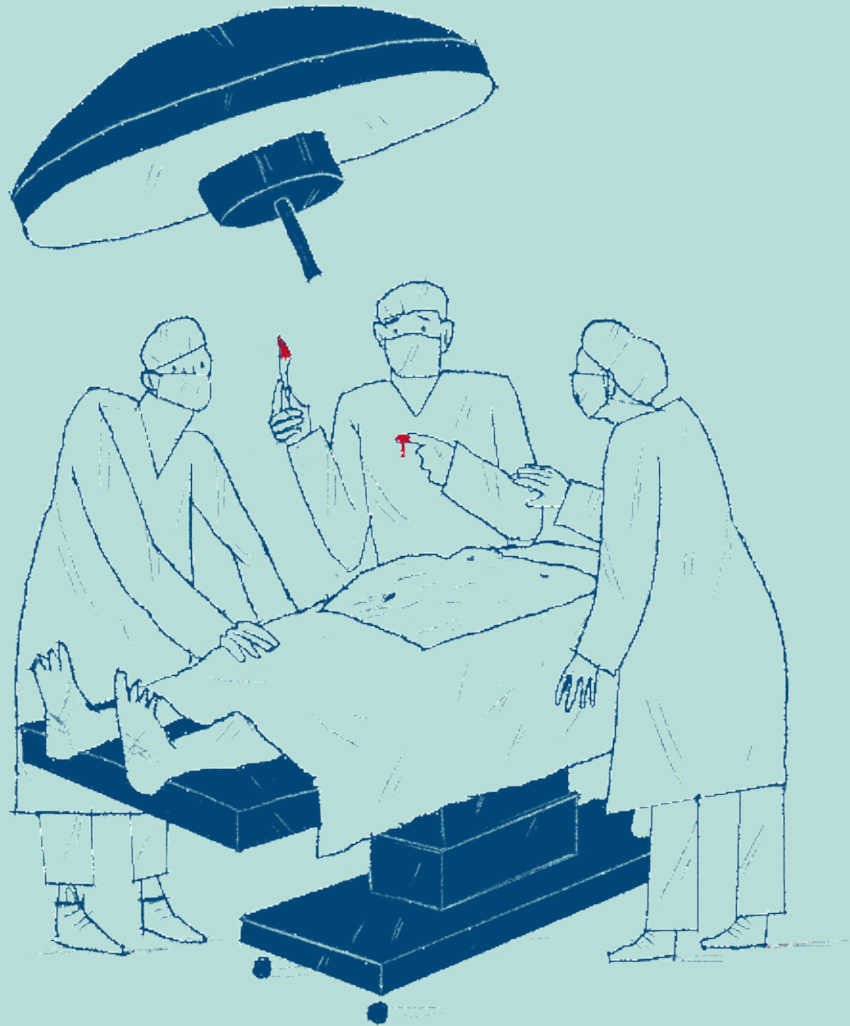
Name der Anwendung	Zweck der Anwendung
Ifap	Medikamenteninformationen
Imito	Wunddokumentation
EasyOncology	Algorithmus von Tumorkonferenzen
Precisionostech	Operationen in virtual reality Szenarien

Bei interdisziplinären Fragen helfen Apps wie z. B. dermanostic – Hautarzt per App bei Hauterscheinungen vor und nach der OP. Insbesondere bei Pilzkrankungen und erythematoso-squamösen, makulo-papulösen und erregungsbedingten Läsionen ist der dermatologische Blick im Rahmen einer interdisziplinären Zusammenarbeit von großer Relevanz, da postoperative Komplikationen und damit verbundene längere Aufenthalte durch eine fachspezifische Mitbehandlung minimiert werden können [4].

Zusammenfassend ersetzt die Telemedizin zwar die persönliche Arzt-Patienten-Interaktion nicht vollumfänglich, bietet aber den Vorteil, dass bestimmte Prozesse digitalisiert und das medizinische Personal sowie die Ärzte entlastet werden können. Somit eröffnet die Telemedizin im Bereich der Chirurgie zukunftsweisende Möglichkeiten.

LITERATUR

- [1] Krüger-Brand HE. Fernbehandlung: Weg frei für die Telemedizin. *Dtsch Aerztebl*. 2018;115(20-21):A-965.
- [2] Cartron AM, Rismiller K, Trinidad JCL. Store-and-forward teledermatology in the era of COVID-19: A pilot study. *Dermatol Ther*. 2020:e13689.
- [3] Wilhelm D et al. Digitalization in surgery : What surgeons currently think and know about it – results of an online survey. *Chirurg*. 2020 Jan;91(1):51-59.
- [4] Lang E, Martin A, Frank J. Digitalisierung in der Medizin während der COVID-19-Pandemie – Möglichkeiten und Grenzen der Teledermatologie. *Kompass Dermatol* 2020;8:150–152.



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



IT-Sicherheits-Richtlinie der KBV

FINANZIELLER AUFWAND MUSS VON DEN KRANKENKASSEN ERSTATTET WERDEN

Die Bundesregierung treibt die Digitalisierung im Gesundheitswesen (und nicht nur dort) mit erheblichem Druck voran. Der zwangsweise Anschluss aller Arztpraxen an die Telematik-Infrastruktur (TI) hat bei vielen Vertragsärzten zu großem Verdruss geführt, zumal die Ärzte dabei jahrelang nur als kostenlose Dienstleister für den Stammdatenabgleich der Krankenkassen fungiert haben. Für das Jahr 2021 sind nunmehr weitere Funktionen der TI in der Pipeline, die wenigstens für die Patientinnen und Patienten (Notfalldaten-Management) und hoffentlich im Verlauf des Jahres auch durch die verbesserte innerärztliche Kommunikation (KIM-Dienste) einen gewissen Benefit versprechen.

Allerdings hat die zwangsweise elektronische Vernetzung der Ärzteschaft in einzelnen

Praxen auch gravierende Sicherheitslücken in der Infrastruktur und Sicherheit der EDV-Anlagen und deren Anbindung offengelegt, die es Hackern ermöglichen würden, in die Praxissysteme einzudringen und sensible Patientendaten zu entwenden.

Insofern ist es grundsätzlich zu begrüßen, dass die KBV nach einem langen Diskussionsprozess nunmehr eine IT-Sicherheitsrichtlinie verabschiedet hat, deren Vorgaben alle Arztpraxen nach einer Übergangsfrist einzuhalten haben. Der Autor war als Delegierter der KBV-Vertreterversammlung in diesen Prozess eingebunden und kann bestätigen, dass diese – zweifellos immer noch sehr umfänglichen – technischen Vorgaben den besterreichbaren Kompromiss darstellen und dass eine erhebliche Verschlan-
kung und pragmatische Anpassung gegenüber den ursprünglichen Forderungen des BSI (Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik) erreicht werden konnte.



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

ABSTUFUNG DES SICHERHEITSAUFWANDES

Es war der Ärzteschaft besonders wichtig, den Umfang der vorgeschriebenen Maßnahmen an die Praxisgröße anzupassen. Dies ist nunmehr gelungen, indem drei Stufen definiert und der IT-Sicherheitsaufwand daran angepasst wurde:

- Praxis: Praxis mit bis zu 5 ständig mit der Datenverarbeitung betrauten Personen
- Mittlere Praxis: Praxis mit 6-20 ständig der Datenverarbeitung betrauten Personen
- Großpraxis mit Datenverarbeitung im erheblichen Umfang: Praxis mit mehr als 20 ständig mit der Datenverarbeitung betrauten Personen oder mit komplexen EDV-Strukturen

GESTUFTE UMSETZUNG MIT FRISTEN BIS 2022

Darüber hinaus konnte eine gewisse zeitliche Streckung der Umsetzung bis zum 01.01.2022 erreicht werden. Trotzdem sollte man als Praxis-Inhaber ohne Verzögerung daran gehen, die Anbindung der Praxis an das Internet zu überprüfen und notwendige Änderungen/Ergänzungen in Auftrag zu geben, zumal zahlreiche Vorgaben schon bis zum 01.04.2021 umzusetzen sind. Dies dürfte in den meisten Fällen die Einbeziehung von IT-Experten erfordern, für welche die KBV darüber hinaus ein Zertifizierungsverfahren anbietet. Dies ist zwar nicht obligatorisch, bietet aber dem Auftraggeber eine gewisse Sicherheit, dass der externe Dienstleister zumindest weiß, worum es geht.

Bei aller verständlichen Unzufriedenheit über diese erneute zusätzliche Belastung der Praxen ist zu berücksichtigen, dass es sich um die Umsetzung einer gesetzlichen Verpflichtung (§ 75b SGB V) handelt und dass damit auch die Anforderungen der Datenschutzgrundverordnung gewährleistet werden.

KOSTEN UND REFINANZIERUNG

Es steht außer Frage, dass die Umsetzung der Vorgaben aus der IT-Sicherheitsrichtlinie mit erheblichen Investitionen und darüber

hinaus mit laufenden Kosten für die Praxen verbunden ist. Deren Höhe ist abhängig von der Praxis-Größe und der bereits vorhandenen IT-Infrastruktur.

Bisher sind in der Refinanzierung der Telematik-Infrastruktur nur die zusätzlichen Kosten für den Konnektor, die Kartenlesegeräte und die Installation berücksichtigt. Die KBV und die Berufsverbände fordern einhellig, dass den Praxen auch die zusätzlichen Kosten für die in der Richtlinie vorgeschriebenen Sicherheitsmaßnahmen von den Krankenkassen erstattet werden müssen. Diese Forderung wird von der KBV in den Bewertungsausschuss eingebracht.

KONSEQUENZEN FÜR DIE NIEDERGELASSENEN CHIRURGEN

Alle chirurgischen Praxen sollten Kontakt mit ihrem IT-Dienstleister aufnehmen und gemeinsam die IT-Sicherheitsrichtlinie als Checkliste abarbeiten. Sofern bestimmte dort empfohlene Maßnahmen unter Bezug auf die individuelle Praxisstruktur für nicht erforderlich gehalten werden, sollte dies mit einer Begründung schriftlich fixiert werden. Eine Beratung bieten neben den Softwareherstellern oft auch lokale IT-Dienstleister. Die Angebote sollten nach Leistungsumfang und Kosten verglichen werden.

Eine kompetente Beratung zur IT-Sicherheit und zu speziellen Versicherungslösungen bietet auch unser Kooperationspartner Ecclesia-med: <https://www.ecclesiamed.de/news/news-details/news/cyberisiken/>

Darüber rät Ihnen Ihr Berufsverband dringend, Ihren elektronischen Arztausweis zu beantragen, sofern dies noch nicht geschehen ist. Dazu rufen Sie bitte die entsprechende Homepage einer der bisher zugelassenen Dienstleister auf:

- Bundesdruckerei
- Medisign
- T – Systems
- SHC Stolle & Heinz Consultants

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die IT-Beratung Ihrer kassenärztlichen Vereinigung oder an Ihren Berufsverband. ○

Kalbe P: IT-Sicherheits-Richtlinie der KBV. Passion Chirurgie. 2021 Mai; 11(05): Artikel 03_04.



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



Wieviel Digitalisierung verträgt das Medizinstudium?

CHANCEN UND HERAUSFORDERUNGEN DES DIGITALEN STUDIUMS – EINE STUDENTISCHE PERSPEKTIVE

Digital Natives, Generation Z – der kommenden Generation der Ärzt:innen sind die digitalen Medien und natürlich Kompetenzen in die Wiege gelegt worden. Heißt das nun, dass sich mit Ankunft dieser Generation im Studium auch die digitale Lehre wie von selbst umsetzen lässt?

Mit Blick auf die letzten Jahre lässt sich diese Frage vielfach mit „Nein“ beantworten. Viele Strukturen konnten auf digitale Plattformen umgestellt werden, doch digitale Lehrprojekte bildeten in vielen Fällen die Ausnahme. Zu viele Hürden mussten noch überwunden werden und

zu wenig wurde unternommen, die Lehrenden an den Hochschulen ausreichend weiterzubilden, um die Möglichkeiten digitaler Lehre voll auszuschöpfen. Diese Versäumnisse sind allen Beteiligten ab März 2020 noch einmal stark verdeutlicht worden: Die Corona-Pandemie und der daraus resultierende Wegfall großer Teile der Präsenzlehre erzwangen eine beinahe sofortige Digitalisierung sämtlicher Lehrveranstaltungen. Dies musste zuerst per Abweichverordnung zur Approbationsordnung geregelt werden, da eine rein digitale Lehre in der laut 2002 gültigen Verordnung gar nicht zulässig ist.

Viele Formate konnten dabei gut umgesetzt werden, doch die vergangenen Semester haben auch gezeigt, wo die Grenzen eines digitalen Medizinstudiums liegen.

**Korrespondierende Autorin:****Mareike Lüdtkke**

Bundeskoordinatorin für Medizinische
Ausbildung
Bundesvertretung der Medizinstudierenden
in Deutschland e.V. (bvmd).
Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin
nome@bvmd.de

**Daniel Bechler**

Bundeskoordinator für Medizinische
Ausbildung
Bundesvertretung der Medizinstudierenden
in Deutschland e.V. (bvmd).

**Stella Schayan-Araghi**

Bundeskoordinatorin für Medizinische
Ausbildung
Bundesvertretung der Medizinstudierenden
in Deutschland e.V. (bvmd).

Lüdtkke M, Bechler D, Schayan-Araghi S: Wieviel
Digitalisierung verträgt das Medizinstudium?
Passion Chirurgie. 2021 Mai; 11(05): Artikel 04_01.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen |
Aus-, Weiter- und Fortbildung.

Teilweise wurden innovative, neue Methoden gefunden, Wissen auf digitalem Wege zu vermitteln. Oftmals verharrte man jedoch zu sehr in bestehenden Strukturen und übertrug etablierte Präsenzformate eins-zu-eins, womit das umfangreiche Potential der digitalen Welt ungenutzt blieb. Gerade im Bereich der Lehre der praktischen Kompetenzen wurde zudem deutlich, dass die Präsenzlehre in einem Teil der medizinischen Ausbildung nach wie vor unumgänglich ist.

Etablierte Methoden müssen nun evaluiert werden, um erfolgreiche Formate für die Zeit nach Ende der Pandemie zu bewahren und die erzielten Fortschritte in der medizinischen Ausbildung zu sichern.

DIGITALE LEHRE FÜR DIGITAL NATIVES

Einer der größten Vorteile der digitalen Angebote stellt die Flexibilisierung der Lehrformate dar. Aufzeichnungen und digital bereitgestellte Materialien können besser in individuelle Lern- und Zeitpläne integriert werden. Diese Form des asynchronen Lernens trägt somit entscheidend zur selbstständigen Strukturierung des Alltags der Studierenden bei. Die Podcasts können im eigenen Tempo bearbeitet werden und weitere Lernangebote parallel genutzt werden, sodass die verschiedenen Lerntypen mehr angesprochen werden.

Zudem können die Studierenden von Lehrmaterialien anderer Standorte und überregionalen Lehrveranstaltungen profitieren. So fanden in den vergangenen Semestern bereits erste, dezentral organisierte, digitale Wahlfächer statt. Auch digitale Lernplattformen werden immer wichtiger. Diese bieten den Nutzer:innen Zugang zu umfangreichen Datenbanken und stellen teilweise individuell auf die Nutzer abgestimmtes Lernmaterial und Lernpläne zur Verfügung. Zusätzlich zu den etablierten Lernplattformen, die für Studierende mittlerweile meist über Campuslizenzen zugänglich sind, erlangen auch kleinere, fachspezifische Lernseiten zunehmend an Beliebtheit.

Gerade innovative Hybridformate mit Blended Learning und Flipped Classroom Konzepten, die Lehrinhalte zum Teil durch angeleitetes

Selbststudium vermitteln und so eine größere Anwendung von Wissen ermöglichen, sind einfach in digitale Formate überführbar. Insbesondere diese Formate können ihr großes Potential online sogar noch erweitern.

Für die Lehre von praktischen Fertigkeiten, die sonst in Lehrvisiten und Unterricht am Patientenbett stattfinden, mussten an vielen Fakultäten alternative Methoden gefunden werden. Vielfach werden virtuelle Patient:innen in Form von Case Studies behandelt und die einzelnen Behandlungsschritte durchgesprochen. Dazu tragen auch Serious-Gaming Formate bei, bei denen beispielsweise der Alltag in einer Notaufnahme in einem Spiel nachgestellt wird. Durch das Programm können unter anderem Behandlungsalgorithmen aus dem klinischen Alltag abgefragt werden.

LESSONS LEARNED – HERAUSFORDERUNG IN DER WEITERENTWICKLUNG DIGITALER LEHRE

Dennoch stellen diese Ansätze nur eine Simulation dar. Die vergangenen zwei Semester zeigen ganz klar, was die online Lehre nicht ersetzen kann: die praktische Lehre mit Patient:innen oder Simulatoren. Dazu gehört zum einen das Anwenden gelernter Untersuchungstechniken. Selbst einen Reflexstatus zu erheben oder eine komplette Untersuchung durchzuführen, um herauszufinden, was noch physiologisch und was pathologisch ist, kann kein online Kurs ersetzen. Dieses Defizit haben viele Studierende in Famulaturen oder im beginnenden PJ feststellen müssen, wenn ihnen plötzlich Aufgaben anvertraut wurden, deren Fertigkeiten nie gelehrt wurden.

Zusätzlich dazu fehlt der Kontakt zu Patient:innen für das Erlernen einer guten Anamnese und der Gesprächsführung – auch auf nonverbaler Ebene. Die große Chance, telemedizinische Anwendungen kennenzulernen, konnte vielerorts aufgrund von Datenschutzregelungen und technischer oder organisatorischer Hürden nicht genutzt werden.

Die soziale Komponente betrifft selbstverständlich auch den Umgang unter den Studierenden. Lerngruppen können nur online stattfinden, das soziale Unileben findet quasi

gar nicht mehr statt. Der Wegfall von Aspekten des impliziten Lernens, wie der Nachbesprechung des Vorlesungsstoffes in Pausen macht sich immer stärker bemerkbar. Nach mehreren Stunden Arbeit und Lernen vor dem Computer stellt sich eine „Screen Fatigue“ ein, die durch wenige Pausen und die ständige Erreichbarkeit nur noch verstärkt wird. Das Zusammenwirken dieser Faktoren hat gerade bei jungen Menschen einen starken Einfluss auf die mentale Gesundheit.

Natürlich stellt diese Situation auch die Lehrenden vor nie gekannte Herausforderungen. Die geschaffenen Strukturen legen sicherlich gute Grundlagen auch für die Zukunft, doch der richtige Umgang und die Möglichkeiten verschiedener Onlinetools können oftmals aufgrund mangelnder digitaler Kompetenzen nicht voll ausgeschöpft werden. Weiterbildungsmöglichkeiten fehlen und so bleiben viele online Angebote stark frontale Formate mit wenigen oder keiner Interaktion.

Diese Art der klassischen Vorlesung galt bereits vor der Pandemie aufgrund der meist rein passiven Wissensaufnahme als ineffektive Lehrmethode. Dies könnte insbesondere durch den Einsatz digitaler Anwendungen wie Audience-Response-Systemen verbessert

werden, deren Einsatz jedoch aufgrund mangelnder Kenntnisse oder fehlenden Interesses eine Seltenheit darstellt.

Die strukturelle Problematik der schlechten Netzaabdeckung wird durch die digitale Lehre noch einmal präsenter. Auch die Versorgung mit Computern oder Tablets kann nicht jede:r Studierende leisten und die Pandemie zeigte einmal mehr, wie weit der Weg zu echter Bildungsgerechtigkeit noch ist. Im Studium geht dies auf Kosten der Ausbildungsqualität und damit am Ende der Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland.

AUSBLICK – PERSPEKTIVEN FÜR EINE ZUKUNFTSORIENTIERTE LEHRE IM MEDIZINSTUDIUM

Nach zwei Semestern digitalem Medizinstudium lautet das Fazit: Vieles funktioniert, doch die großen Chancen, die die digitale Lehre bieten könnte, bleiben oft ungenutzt. Tausende aufgezeichnete online-Veranstaltungen verbleiben zurzeit ungenutzt in lokalen Datenbanken, wenngleich diese umfangreiche Ressource künftig gute Verwendung finden könnte. Dieses Potential gilt es auch bei der Rückkehr zum Präsenzunterricht zu erhalten.

Eine der größten Herausforderungen wird es sein, das Nachholen entfallener praktischer Kurse und somit fehlender Kompetenzen zu organisieren, um die nachfolgende Ärzt:innen-Generation nicht nur digital, sondern auch patientennah auszubilden. Die kommenden Semester werden zeigen, ob den Fakultäten diese Lücke bewusst ist und die Lehre dementsprechend angepasst werden kann.

Im Rahmen der Pandemie zeigte sich neben den Veränderungen in der Lehre auch die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen. Im Entwurf der neuen Approbationsordnung liegt ein großer Fokus auf jenen digitalen Kompetenzen, deren Bedeutung uns nicht klarer vor Augen geführt werden könnte als zur aktuellen Zeit.

Die Studierenden von Heute sind die Lehrenden von Morgen. Ihr Umgang mit digitaler Technologie und ihre Erfahrungen aus dieser Pandemie werden in den kommenden Jahren die treibende Kraft der zunehmenden Transformation in der medizinischen Ausbildung darstellen. Was bleibt, ist die Hoffnung, dass mit dieser neuen Generation künftig auch das Studium mit der Digitalisierung mithalten kann. 



Werde

RestauratorIn

Kein Durchschnittsjob:
ChirurgIn

www.chirurg-werden.de

WEBINARE

Vorankündigung Webinare

kostenlos
für
BDC und DGCH
Mitglieder

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. 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, 09. JUNI 2021, 18:00 UHR

LIVE



CHIRURGIE AKTUELL

Update Immunonkologie - Was muss der Viszeralchirurg wissen?

PD Dr. med. Hans Schlößer

DONNERSTAG, 17. JUNI 2021, 18:00 UHR

LIVE



LEITLINIE

S3-Leitlinie „Lebertransplantation“

Prof. Dr. med. Dirk Stippel

„Fragt mich alles!“ –

BDC-NACHWUCHSBEAUFTRAGTER BENEDIKT BRAUN STELLT SICH DEN FRAGEN EINER INTERNATIONALEN COMMUNITY

NACHWUCHS



PD Dr. med. Benedikt J. Braun
Stellv. Leiter Themen-Referat
Nachwuchs im BDC
Perspektivforum Junge Chirurgie
BG Unfallklinik Tübingen
Unfall- u. Wiederherstellungschirurgie
Schnarrenbergstr. 95
72076 Tübingen
BBraun@bgu-tuebingen.de

Wenn ich perspektivisch an plastischer Chirurgie interessiert bin, soll ich den Common Trunk lieber in der Gefäß- oder Unfallchirurgie absolvieren?“, „Wie kann ich mein Interesse an Forschung im Lebenslauf kenntlich machen?“, „Auf welche Fragen im Bewerbungsgespräch kann ich mich vorbereiten?“ – diese und viele weitere Fragen konnten im März 2021 Medizinstudierende und junge Ärzte und Ärztinnen aus ganz Europa und der Welt an PD Dr. Benedikt Braun, Nachwuchsbeauftragter des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC) und geschäftsführender Oberarzt in der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der BG Klinik Tübingen stellen.

In dem Format „Ask me anything“ im sozialen Netzwerk Reddit, genauer auf r/medicalschooleu, einem Forum von knapp 4.000 Mitgliedern, beantwortete er auf Einladung des Moderationsteams drei Stunden lang Fragen unter anderem aus Belgien, den Niederlanden, Polen, Ungarn, Portugal, Brasilien, den USA zur chirurgischen Facharztweiterbildung in Deutschland, der Stellensuche und der Karriereplanung – ein Angebot, dass insbesondere in Zeiten der COVID-Pandemie, die Hospitationen, Famulaturen und den Austausch auf Messen erschwert, gerne angenommen wurde.

Eine Frage, die gleich zwei Mal unabhängig voneinander gestellt wird, betrifft die für die Chirurgie notwendigen Handfertigkeiten. „Manchmal habe ich das Gefühl, dass meine Handfertigkeiten nicht so gut sind, wie ich hoffe.“ – PD Dr. Braun ermutigt: „Sie können sich beruhigen. Es gibt sicherlich junge Assistenzärzt:innen, die zu Beginn begabter sind

als andere, aber im Verlauf der Weiterbildung gibt es so viele Möglichkeiten zu trainieren, dass die Fertigkeiten sich in jedem Fall verbessern werden.“

Der BDC informiert Chirurgie-interessierte Studierende mit der Kampagne „Nur Mut! Kein Durchschnittsjob: ChirurgIn“ über die vielen Facetten und Spezialisierungsmöglichkeiten innerhalb der Chirurgie. Zu den praktischen Tools, die auf der **Internetseite** der Kampagne angeboten werden, gehört unter anderem eine Checkliste für die Auswahl einer Weiterbildungsstätte.

Interessierte können die Fragen und Antworten auch im Nachgang des Formats **HIER** nachlesen. Auf **r/medicalschooleu** findet sich ein englischsprachiger Guide für ausländische Medizinstudierende und Absolvent:innen, die noch am Anfang des Deutschlernens stehen. Jeden Dienstag findet ein virtueller Austausch zur Weiterbildung in Deutschland statt. ○

Braun B: „Fragt mich alles!“ –
BDC-Nachwuchsbeauftragter Benedikt Braun
stellt sich den Fragen einer internationalen
Community. Passion Chirurgie. 2021 Mai;
11(05): Artikel 04_03.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen |
Aus-, Weiter- und Fortbildung.



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



Korrespondierender Autor:

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

Ärztlicher Leiter

HyKoMed GmbH

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für

Krankenhausthygiene e.V. (DGKH)

popp@hykomed.de

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

Krankenhausthygiene/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

Krankenhausthygiene e.V. (DGKH)

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

Hygiene-Tipp: Masken in der Medizin – eine kleine

Geschichte. *Passion Chirurgie*. 2021 Mai; 11(05):

Artikel 04_04.



Weitere Hygiene-Tipps finden Sie auf BDC|Online

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

Patientensicherheit | Hygiene-Tipp).

Masken in der Medizin – eine kleine Geschichte

Masken als Schutzmaßnahme wurden schon im Mittelalter eingesetzt. Sie waren oft aus Leder gefertigt und dienten – neben Mänteln und Handschuhen – als Schutz für die Ärzte bei der Behandlung von Infektionskranken, z. B. Pestkranken. Teilweise waren die Masken so gestaltet, dass sie Räucherrauch abgeben konnten, oft waren sie mit Kräutern und Flüssigkeiten gefüllt – wohl in erster Linie gedacht als Schutz gegen die einwirkenden Miasmen in der Luft, die als Überträger der Infektionen angesehen wurden.

Im Operationssaal (OP) benutzte in Breslau Johann von Mikulicz-Radecki 1897 erstmals eine Maske, die aus einer Lage Mullbinde bestand. Sie hatte den Vorteil, dass sie nicht nur Mund und Nase bedeckte, sondern auch die damals (und heute wieder) üblichen Bärte.

Zeitgleich konnte Fluegge, ebenfalls in Breslau, nachweisen, dass beim Sprechen Tröpfchen mit Bakterien von Mund und Nase abgegeben werden. Schon damals wurde berichtet, dass beim Sprechen Bakterien über vier bis fünf Meter verbreitet werden können.

1898 empfahl Huebner, ebenfalls Breslau, eine Maske aus zwei Lagen Mullbinde und zeigte, dass sie effizienter war. Auch fand er, dass eine Maske nahe an der Nase feucht wurde und ihr Rückhaltevermögen abnahm. Deshalb konstruierte er ein Gestell, das den Abstand zur Nase herstellte.

In den folgenden Jahren wurde gezeigt, dass Masken den Träger schützen. 1918 berichtete Weaver, dass es zu keinen Diphtherie-Übertragungen kam, wenn von Kontaktpersonen zu Diphtheriekranken Masken getragen wurden. Capps konnte im gleichen Jahr in Militärkrankenhäusern nachweisen, dass Masken das Personal vor Infektionen schützen.

Ebenfalls 1918 berichteten Doust und Lyon, dass normales Sprechen relativ wenige Bakterien freisetzt und nur auf eine Distanz von ein bis zwei Fuß. Bei lautem Sprechen wurden mehr freigesetzt, die sich über mehr als drei Fuß ausbreiten konnten.

1910/11 (60.000 Tote) und 1920/21 (9.300 Tote) gab es große Pestausbrüche in der Mandschurei (heute Teile Chinas, Russlands und in geringem Umfang der Mongolei). Mitarbeiter im Gesundheitswesen schützten sich mit Masken aus Baumwolle und Mullbinden. In Konsequenz war die Infektionsrate bei ihnen sehr gering.

1918 wurde in San Francisco während der Spanischen Grippe eine allgemeine Maskenpflicht erlassen. Allerdings wurde die Maskenpflicht zu früh aufgehoben, sodass

die zweite Grippewelle die Stadt mit voller Wucht traf. Eine erneute Maskenpflicht wurde zu spät verhängt – Gründe waren u. a. die Sorge um das Weihnachtsgeschäft der Läden und die Verluste der Restaurants beim Shutdown (wen erinnert das nicht an die Corona-Pandemie...).

In den folgenden Jahren wurden die Ergebnisse bestätigt und zunehmend mehr Lagen für die Masken eingesetzt. Ende der 1920er Jahre waren Masken aus Mullbinden weit verbreitet. Engelfried und Farrer zeigten, dass eine sechs-lagige Maske die Bakterien im OP-Feld um 90 Prozent reduzieren konnte.

In den 1930er Jahren wurden zunehmend Berichte publiziert, die eine Abnahme von postoperativen Wundinfektionen – insbesondere durch *Staphylococcus aureus* und Streptokokken – beim Tragen von Masken durch die Operateure berichteten.

Ebenfalls in den 1930er Jahren wurden neue Masken erprobt, die zusätzlich zum Mull weitere Materialien enthielten, die in erster Linie abweisend waren. Die Zwischenlagen bestanden aus Gummi, Röntgenfilmen oder Cellulose-Baumwoll-Mischgeweben. Später kamen auch Baumwolle, Flanell und Papier zum Einsatz. Erstmals wurde ein Stück Aluminium oberhalb der Nase eingesetzt, sodass man die Maske anmodellieren konnte.

Anfang der 1940er Jahre, als Antibiotika in der Medizin eingeführt wurden, erlosch das Interesse an den Masken. Allerdings beschrieb Duguid 1946, dass beim Niesen im Mittel 39.000 Bakterien-haltige Partikel produziert wurden, 710 beim Husten und 36 beim lauten Reden. Er beschrieb auch, dass Partikel (gemeint sind Tröpfchen) unter 100 µm austrocknen und auf ein Viertel bis ein Siebtel ihrer Originalgröße schrumpfen.

Ende der 1950er Jahre wurden Masken wieder interessanter, als gleichzeitig aseptische Techniken in der Chirurgie an Bedeutung gewannen: Präoperative Hautdesinfektion, Gummihandschuhe (erstmals durch Halsted 1889), Hauben, Kittel (erstmals durch Neuber 1883) und sterile Abdeckungen. Diverse Forscher zeigten, dass die meisten Partikel aus dem Mund von Masken aufgefangen werden.

Erstmals wurden Filtermasken eingesetzt und die Kritik an zu geringer Effektivität der Mullmasken nahm zu.

1958 wurden flexible Polyvinylplastik-Masken entwickelt. 1961 wurden erstmals Filtermasken als Einmalprodukt eingesetzt. Gleichzeitig wurde darauf hingewiesen, dass die Masken an den Seiten dicht anliegen müssen.

1960 definierten Rockwood und O'Donoghue, dass Masken vom gesamten Team im OP getragen werden sollten, Mund und Nase bedecken, eine feuchte Maske entfernt werden soll, nach jeder OP eine neue Maske benutzt wird, eine Maske mit Filter bis zu drei Stunden getragen werden kann, dass Masken auf Filterbasis die besten sind – und dass während der OP Fenster und Türen geschlossen sein sollen.

1967 ermittelten Ford et al. das Rückhaltevermögen diverser Masken (u. a. Papier, Mullbinden, Nylon, Flannel, Polyester) mit 15 bis 99 Prozent, je nach Produkt.

1975 beschrieb Ritter, dass die Anzahl der Bakterien in der Luft massiv ansteigt, wenn mehrere Personen den OP betreten. 1983 berichtete Letts, dass von 5.595 beim Reden ausgestoßenen Kolonien nur eine *Staphylococcus aureus* war. Alle anderen waren Kommensalen, die selten Infektionen verursachen. Er empfahl wenig Konversation im OP und das Tragen von Masken. Allerdings wurden danach auch Studien (z. B. von Orrs und Chamberlain und Houang) veröffentlicht, die keinen Effekt von Masken auf die Anzahl der Wundinfektionen zeigten. Die Fallzahlen waren jedoch klein. Dazu gab es wiederum weitere Studien, die einen Effekt zeigten (z. B. von Berger). Ab den 90er Jahren wurden Masken auch zunehmend als Schutz des Personals gegenüber Blutspritzern angesehen.

In den 90er Jahren entdeckte die Medizin, dass es außerhalb von ihr ebenfalls Masken im Arbeitsschutz gab – Staubmasken, die z. B. auf Baustellen eingesetzt wurden. Bei Vergleichsuntersuchungen dieser Partikel-filtrierenden Masken vom Typ FFP1-3 (filtering facepiece) mit dem chirurgischen Mund-Nasen-Schutz (MNS) zeigte sich, dass die FFP-Masken überwiegend eine höhere Schutzwirkung hatten, vor allem, weil sie dichter saßen. Auf Grund

dessen wurden in den folgenden Jahren und Jahrzehnten vermehrt FFP2- und -3-Masken auch im Gesundheitswesen eingesetzt.

Heute werden die FFP-Masken nach der Norm DIN EN 149 geprüft und der MNS nach der Norm EN 14683. Mindestrückhaltevermögen von FFP-Masken-Filtern (nicht Dichtsitz) bezüglich NaCl-Prüfaerosol:

- FFP1: 80 %
- FFP2: 94 %
- FFP3: 99 %

Beide Masken-Typen dienen sowohl dem Fremd- wie auch Eigenschutz. FFP-Masken können auch Ausatemventile haben, die zumindest das Ausatmen erleichtern. Diese können natürlich nur verwandt werden, wenn der Träger nicht infektiös ist. Bei der häufig getragenen (europäischen) FFP2-Maske entspricht die Qualität ungefähr der US-Norm N95 und in China der Norm KN95.

Die Erfahrungen mit Influenza, SARS und COVID-19 zeigen, dass die Schutzwirkung des MNS nicht wesentlich schlechter ist als die einer FFP2-Maske. FFP2-Masken werden aber unbedingt empfohlen bei Versorgung von Patienten mit Coronaviren, aviärer Influenza und Tbc. Bei MDR-Tbc muss eine FFP3-Maske getragen werden.

Im Rahmen der Schweinegrippe-Pandemie 2009 und der Coronavirus-Pandemie 2020 gab es zeitweise Mangel an MNS und FFP-Masken. Daher wurden teilweise selbst hergestellte Masken eingesetzt, überwiegend aus Textil. Das BfArM hat im Rahmen der Corona-Pandemie diese Masken als Community-Masken bezeichnet:

- Community-Maske (Behelfs-Mund-Nasen-Maske),
- medizinische Gesichtsmasken (MNS, OP-Maske),
- filtrierende Halbmasken (FFP1-3).

Selbst für Textilmasken konnte ein recht gutes Rückhaltevermögen zumindest für größere Partikel gezeigt werden (> 5 µm).

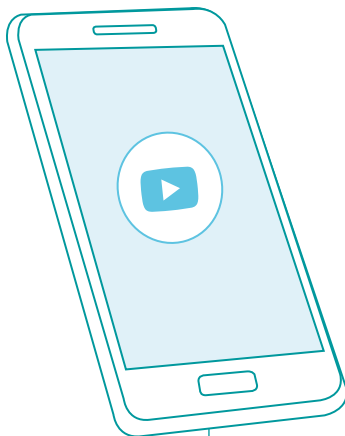
Der Hygiene-Tipp im Auftrag der DGKH gibt die Meinung der Autoren wieder.



HYGIENE CLIP

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)

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.

MAI 2021

PD Dr. med. Ilona Funke, Leiterin Medical Policies & Development der Hirslanden-Gruppe, übernahm zum 1. April 2021 die Position Group General Manager Clinical Services bei Mediclinic International plc, dem Mutterhaus von Hirslanden. Damit wird sie die Gesamtverantwortung für die klinische Strategie der drei Divisionen des Konzerns tragen.

Dr. med. Markus Graf, Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, übernahm zum 1. März 2021 die Chefarztposition der Unfallchirurgie und Orthopädie des Düsseldorfer St. Martinus-Krankenhauses. Er leitete zuvor viele Jahre das Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie am Rhein-Maas-Klinikum in Würselen bei Aachen.

Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling, Seminarleiter in der BDC-Akademie und Direktor der Klinik für Viszeral- und Gefäßchirurgie am Zentrum für Minimal-Invasive Chirurgie am Vivantes Klinikum Spandau, ist im November 2020 zum neuen Präsidenten der Deutschen Herniengesellschaft (DGH) gewählt worden.

PD. Dr. med. Stefan Limmer leitet bereits seit Februar 2021 die Thoraxchirurgie und thorakale Endoskopie der Zollernalbklinikum gGmbH in Albstadt. Der Facharzt für Gefäß-, Thorax-, Allgemein- und Viszeralchirurgie hat sich auf minimalinvasive Eingriffe spezialisiert.

Dr. med. Dietmar Loitz leitet seit zwölf Jahren die Unfallchirurgie und Orthopädie am Helios Klinikum Salzgitter zusammen mit seinem Chefarztkollegen Dr. med. Thomas Wachtel. Seit dem 10.03.2021 übernehmen die beiden zusätzlich die Leitung der Unfallchirurgie und Orthopädie der HELIOS Albert-Schweitzer- Klinik in Northeim.

Dr. med. Katja Staade übernahm zum 01.03.2021 die Chefarztposition der Allgemein- und Viszeralchirurgie der Schön Klinik Düsseldorf und kehrt damit an die Klinik zurück, in der sie bereits von 2013 bis 2016 Chefärztin war. In den Jahren dazwischen war sie am HELIOS Klinikum Niederberg als Leiterin der Allgemein- und Viszeralchirurgie in Velbert tätig.

Dr. med. Robert Varga ist seit kurzem der neue Chefarzt der Abteilung konservative Orthopädie, Manuelle Medizin und Schmerzmedizin der Sana Klinik München. Er war zuvor Oberarzt der Orthopädie der Rommel-Klinik Bad Wildbad.

Prof. Dr. med. Elke Wagler, ehemals Chefärztin der Chirurgie der Pleißen-Klinik in Werdau, leitet seit Januar 2021 die Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Onkochirurgie der Muldentalkliniken in Grimma und Wurzen.

Dr. med. Mohamed Zaatar übernahm im April 2021 die Leitung der Klinik für Thoraxchirurgie an der Evangelischen Lungenklinik in Berlin-Buch. Der ehemalige Oberarzt der Ruhrlandklinik der Universitätsmedizin Essen, übernahm die Nachfolge von Frau Dr. med. Gunda Leschber, die sich in den Ruhestand verabschiedete. ○



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

**60
CME-
Punkte!**

Kompaktkurs:

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.

BDC  **AKADEMIE**
Einfach starten!

meduplus 

► Jetzt anmelden:
www.bdc-eakademie.de



Frage & Antwort



Fortbildungsverpflichtung von Klinikärzten



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer

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

Heberer J. F+A: Fortbildungsverpflichtung von Klinikärzten. 2021 Mai; 11(05): Artikel 04_06.



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

FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, ob angestellte Krankenhausärzte ebenfalls zur Fortbildung verpflichtet sind und ob ihm die Überwachungspflicht bezüglich der Erfüllung der Fortbildungspflicht durch die nachgeordneten Ärzte zukommt.

ANTWORT:

Die berufsrechtliche allgemeine Fortbildungsverpflichtung gemäß § 4 der Berufsordnungen der jeweiligen Ärztekammern gilt einheitlich für alle berufstätigen Ärzte und somit auch für angestellte Fachärzte in der Klinik.

Ferner besteht daneben gemäß § 136b SGB V eine spezielle Fortbildungspflicht für angestellte Fachärzte, die in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern tätig sind. Diese sind nach einem Beschluss des G-BA seit 01.01.2006 in demselben Umfang zum Nachweis ihrer Fortbildung verpflichtet wie Vertragsärzte. Details hierzu sind festgelegt in den Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus/FKH-R des G-BA.

Gemäß § 2 FKH-R müssen angestellte Fachärzte innerhalb von fünf Jahren an Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen, die nach Anerkennung der Ärztekammern mit insgesamt mindestens 250 Fortbildungspunkten bewertet wurden. Die fortbildungsverpflichteten Personen müssen sich überwiegend fachgebietsspezifisch fortbilden. Unter fachgebietsspezifischer Fortbildung sind Fortbildungsinhalte zu verstehen, die dem Erhalt und der Weiterentwicklung der fachärztlichen Kompetenz dienen. Die Unterscheidung zwischen fachgebietsspezifischer und sonstiger Fortbildung trifft die fortbildungsverpflichtete Person.

Der Nachweis über die Fortbildung wird durch Fortbildungszertifikate der Ärztekammer erbracht. Gemäß § 3 Abs. 4 S. 1 FKH-R hat die ärztliche Leitung des Krankenhauses die Einhaltung der Fortbildungsverpflichtung der in ihrem Krankenhaus tätigen Fachärzte zu überwachen und muss dieser gegenüber nachgewiesen werden. Die ärztliche Leitung kann ihre Überwachungspflicht jedoch an den Chefarzt einer Abteilung im Hinblick auf dessen nachgeordnete Ärzte delegieren.



Frage & Antwort



Datenschutz mit dem Krankenhausinformationssystem (KIS)



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer

Justitiar BDC

Rechtsanwalt und Fachanwalt für

Medizinrecht

justitiar@bdc.de

Heberer J. F+A: Datenschutz mit dem Krankenhausinformationssystem (KIS).
2021 Mai; 11(05): Artikel 04_07.



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

FRAGE:

Ein Oberarzt fragt an, ob es rechtens ist, dass der wechselseitige Zugriff auf Daten von Patienten, die zunächst stationär im Krankenhaus und dann weiter ambulant im MVZ des Krankenhauses behandelt werden oder auch umgekehrt, im Rahmen eines gemeinsamen KIS für die jeweils im Krankenhaus als auch im MVZ tätigen Ärzte nicht ohne weiteres möglich ist.

ANTWORT:

Die Patienten des Krankenhauses sind zunächst ausschließlich Patienten des Krankenhauses – umgekehrt gilt dies auch für das MVZ. Daher dürfen aus datenschutz- und schweigepflichtrechtlicher Sicht die Patienten nur in den Patientenbestand des jeweiligen Krankenhauses bzw. MVZs aufgenommen werden. Ein gemeinsames KIS ist rechtlich unter diesem Aspekt überhaupt nur dann möglich, wenn die Trennung der Datenbestände in verschiedene Mandanten (MVZ einerseits und Krankenhaus andererseits) möglich ist. Es muss deshalb datenschutzrechtlich zunächst sichergestellt sein, dass Mitarbeiter der einen Einrichtung nicht ohne Weiteres auf die Patientendaten der anderen Einrichtung zugreifen können. Dies ist somit aus juristischer Sicht des Verfassers nicht zu beanstanden, zumal es sich bei Gesundheitsdaten um sensible Daten handelt, die nach der DS-GVO einem besonderen

Schutz unterliegen. Für solche einrichtungs- und insbesondere mandantenübergreifende Zugriffe, die eine Datenverarbeitung in Form einer datenschutzrechtlichen Übermittlung darstellen, bedarf es deshalb einer Legitimation.

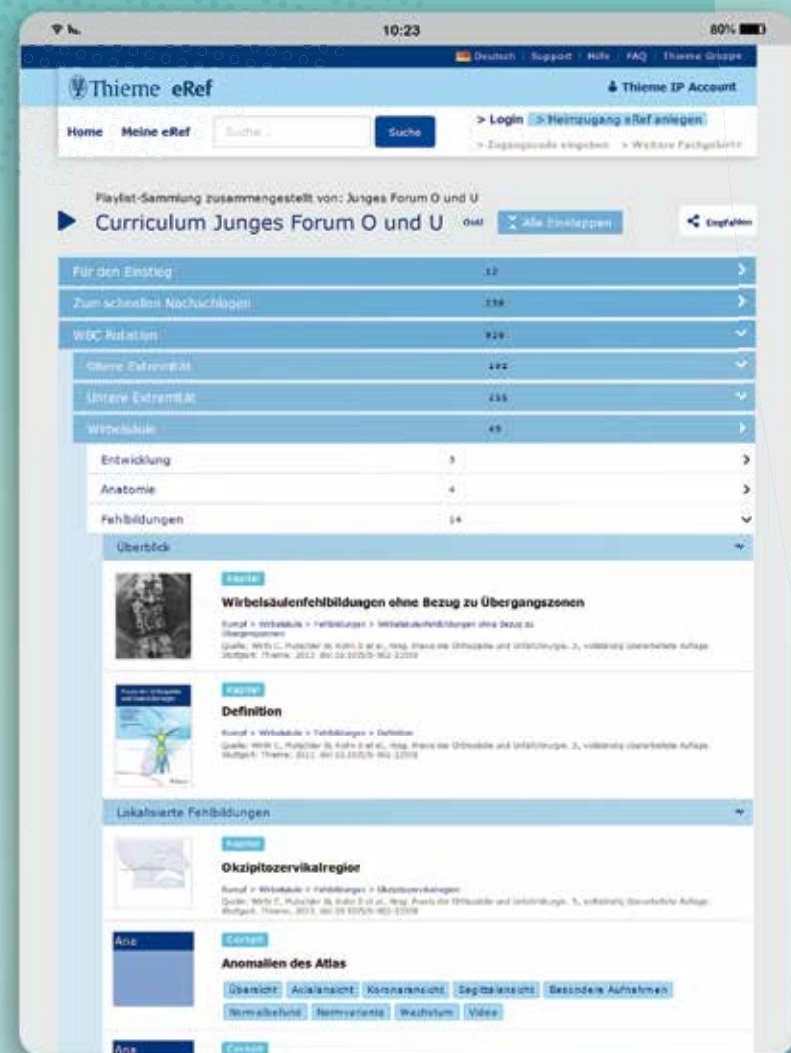
Eine solche Legitimation kann beispielsweise die Einwilligung des Patienten sein oder eine diese Übermittlung gestattende Rechtsgrundlage.

Als Rechtsgrundlage für die Weitergabe der hochsensiblen Gesundheitsdaten bzw. die Gewährung des Zugriffs auf die Akte im KIS kommt im Falle einer Mit-, Nach- oder Weiterbehandlung ein und desselben Patienten Art. 9 Abs. 2 lit. h i. V. m. Art. 9 Abs. 3 DS-GVO in Betracht. Wird also beispielsweise ein Patient nach dem stationären Krankenhausaufenthalt im MVZ nach- bzw. weiterbehandelt und sind die Gesundheitsdaten des Krankenhausaufenthalts hierfür erforderlich, so wäre die Übermittlung der Daten bzw. die Erteilung eines Zugriffsrechts für diesen Zweck an die Ärzte des MVZ durch das Krankenhaus nach Auffassung des Verfassers aufgrund der Rechtsgrundlage in Art. 9 Abs. 2 lit. h i. V. m. Art. 9 Abs. 3 DS-GVO zulässig und hiervon gedeckt.

Ist die Datenübermittlung aufgrund einer Rechtsgrundlage gerechtfertigt, so bedarf es hierfür auch keiner gesonderten Einwilligung des Patienten.

Eine Datenübermittlung bzw. ein wechselseitiger Zugriff ohne Anlass und ohne Legitimation ist hingegen nach Meinung des Verfassers schlichtweg rechtlich unzulässig. Dies stellt einen Datenschutzverstoß dar, der mit einer erheblichen Geldbuße geahndet werden kann. Auch können hier Schadensersatzansprüche des Patienten drohen. Insofern gilt es diese negativen Konsequenzen zu vermeiden und die rechtlichen Vorgaben zum Datenschutz sind zwingend zu beachten. ○

STECKEN SIE IHREN WEITERBILDER IN DIE TASCHE.



Das eRef Curriculum Orthopädie und Unfallchirurgie

Mit Plan zur Facharzt-Prüfung.

Gemeinsam mit Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Kliniken haben wir in der eRef Weiterbildungscurricula zur Vorbereitung auf die Facharzt-Prüfung erarbeitet.

Das Ergebnis: Facharzt-Vorbereitung so strukturiert wie nie. Aktuelle Leitlinien und die besten Übersichtsbeiträge zu allen Inhalten der Weiterbildungsordnung übersichtlich auf einen Klick. Und auf Ihrem Smartphone oder Tablet jederzeit dabei.

Das Weiterbildungscurriculum Orthopädie und Unfallchirurgie, erstellt in Kooperation mit dem Jungen Forum O und U, finden Sie in der eRef – wie auch Curricula zu vielen weiteren Fachgebieten.

Jetzt kostenlos testen!
www.thieme.de/eref-testen

PRAXIS TEST

BDC-Praxistest: Video-Sprechstunden in der Chirurgie

VORWORT „DIE ONLINE- SPRECHSTUNDE – FORTSCHRITT ODER GIMMICK?“

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Die Corona-Pandemie hat der Digitalisierung in der Medizin einen weiteren Schub verliehen. Die Kontaktsperrn belasten neben vielem anderen auch die Arzt-Patienten-Kommunikation. Dazu meiden viele Menschen Praxis oder Krankenhaus aber auch aus Angst sich zu infizieren. Online-Sprechstunden könnten dem entgegenwirken.

Doch das Thema existiert nicht erst seit der Virus-Vulkan in Wuhan ausgebrochen ist. Tatsächlich hatte der Deutsche Ärztetag bereits 2018 durch die Lockerung des Fernbehandlungsverbots die Möglichkeit einer Online-Sprechstunde geschaffen. Und im Nachgang übernahmen auch die Landesärztekammern die Lockerung in ihre Berufsordnungen – allerdings mit der Einschränkung, dass die teilnehmenden Ärzte nur max. 20 Prozent der Patient:innen ausschließlich online behandeln dürfen.

Danach blieb es um die Online-Sprechstunde zunächst doch wieder sehr



Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder,
FACS, FEBS

Leiter der Deutschen Akademie für
chirurgische Fort- und Weiterbildung
Berufsverband der Deutschen Chirurgen
Leitender Oberarzt
Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor-
und Transplantationschirurgie
Universitätsklinik Köln
Kerpener Str. 62, 50937 Köln
schroeder@bdc.de



Dr. Alexander Urbanski M.Sc.

Leiter Ökonomie
Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor-
und Transplantationschirurgie
Universitätsklinik Köln

Schröder W, Urbanski A: BDC-Praxistest:
Video-Sprechstunden in der Chirurgie.
Passion Chirurgie. 2021 Mai; 11(05):
Artikel 05_01.



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

ruhig – zu groß war wohl die Skepsis auf Seiten der Betreiber und auch das Interesse auf Seiten der Empfänger. Doch durch die umfangreichen Einschränkungen der Pandemie ist das Thema wieder richtig aufgepoppt, denn die „Kontaktfreudigkeit“ aller Beteiligten hat nachgelassen. Und so wurde bereits zum 01. April 2020 die „20-Prozent-Beschränkung“ (befristet) aufgehoben. Seitdem dürfen außer Radiologen, Pathologen, Nuklearmedizinern und Laborärzten alle Arztgruppen unbegrenzt ihre Patient:innen online beraten.

Doch weiterhin bleibt das Echo zur Online-Sprechstunde geteilt. Einige Beteiligte sparen sich hoch erfreut lange Wege und Wartezeiten vor allem in spezialisierten Zentren und loben, dass online auch in Corona-Zeiten die Angehörigen am Arzt-Gespräch teilnehmen können. Das spiegelt auch die aktuelle Umfrage des Digitalverbandes Bitkom aus März 2020, in der zwei Drittel das Angebot von Online-Sprechstunden begrüßen. Die Kritiker fürchten dagegen eine weitere Entfremdung des Arzt-Patienten-Verhältnisses weg von der alten Basis des tiefen, persönlichen Vertrauens hin zu einer konsumatorischen Dienstleistung, die Fehldiagnosen oder Behandlungsfehler fördert.

Grund genug für uns das Thema von verschiedenen Standpunkten zu beleuchten.

Erhellende Lektüre wünschen

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



Wer hat in den letzten Monaten der COVID-Pandemie nicht mit dem Gedanken gespielt, seinen ambulanten Patienten eine Video-Sprechstunde anzubieten – und musste dann nach einer ersten Recherche unter dem Stichwort „Telemedizin“ feststellen, dass alles gar nicht so einfach ist, wie von den Protagonisten dieses Formats immer propagiert wird. Deswegen dieser Beitrag „Video-Sprechstunde“, der für den niedergelassen wie klinisch tätigen Chirurgen die rechtlichen Grundlagen, technische Umsetzung, ökonomische Aspekte sowie Praktikabilität und Akzeptanz im chirurgischen Alltag darstellen und bewerten soll.

VIDEO-SPRECHSTUNDEN ALS TEIL DER TELEMEDIZIN

Zunächst zu den Begrifflichkeiten. Wie von der Arbeitsgemeinschaft Telemedizin der Bundesärztekammer (BÄK) beschrieben, werden unter dem Begriff Telemedizin verschiedene ärztliche Versorgungskonzepte zusammengefasst, die alle den prinzipiellen Ansatz aufweisen, dass die medizinische Leistung einer Gesundheitsversorgung in den Bereichen Diagnostik und Therapie sowie ärztlicher Entscheidungsberatung über eine räumliche oder auch zeitliche Distanz erbracht wird [1]. Hierfür werden digitale Informations- und Kommunikationstechnologien verwendet, die zwei grundsätzlich unterschiedliche Anwendungsbereiche bieten.

Auf der einen Seite werden zunehmend Applikationen (APP) mit einer eigenen Funktionalität entwickelt, mit denen eine Indikations- und Diagnosestellung erfolgt, die automatisiert ausgewertet und in die Behandlung mit einbezogen wird. Das beste Beispiel hierfür ist die digitale Überwachung von Patienten mit Herzinsuffizienz, deren Nutzen mittlerweile in großen Studien evaluiert wurde (Fontane Studie), sodass die routinemäßige (digitale) Anwendung in Leitlinien empfohlen wird und der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) diese Leistung in die Versorgung übernimmt [2, 3]. Entscheidend für diese Form der Telemedizin ist, dass die ärztliche Aufgabe der Bewertung von Patientendaten zum Teil automatisiert durch digitale Algorithmen ersetzt

wird (Arztvorbehalt). Auf der anderen Seite stehen die telemedizinischen Sprechstunden (sog. Video-Sprechstunden), die zwar eine fundamentale Änderung der ärztlichen Arbeitsweise im Hinblick auf die Arzt-Patient Kommunikation nach sich ziehen, aber keine grundsätzliche Veränderung der medizinischen Beratung, Indikationsstellung und Behandlung beinhalten. Um diese Form der Telemedizin geht es im weiteren Beitrag.

AKZEPTANZ UND NUTZUNG DER VIDEO-SPRECHSTUNDEN

Die gegenwärtige Corona-Pandemie hat einen erheblichen Impuls zur Implementierung dieser online-Sprechstunden ausgelöst, auch wenn die Notwendigkeit einer solchen digitalen Neuorientierung im Gesundheitswesen schon lange vor der Pandemie erkannt und auch auf verschiedenen Ebenen initiiert wurde. Die Corona-Pandemie ist somit nicht Auslöser, sondern lediglich Treiber dieses grundlegenden Wandels der Arzt-Patient Kommunikation.

Verdeutlicht wird die zunehmende Bedeutung von Online-Sprechstunden durch verschiedene Förderprogramme, die Bund und Ländern seit 2015 für diesen telemedizinischen Bereich eingerichtet haben. Das Bundesland Hessen hat Mitte 2017 eine E-Health Initiative gestartet und stellte für telemedizinische Innovationsprojekte bis zu 6 Millionen Euro jährlich zur Verfügung. Ende 2019 wurde ein vom Land NRW mit 2 Millionen Euro gefördertes Programm zusammen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen vorgestellt, welches zum Ziel hatte, verschiedene Aspekte der Telemedizin in der Fläche zu implementieren. Das größte Förderprogramm wurde 2015 vom Bund aufgelegt. In diesen Innovationsfond wurden zwischen 2016 und 2019 jedes Jahr 225 Millionen Euro zur Förderung neuer Versorgungsformen, also auch der Telemedizin, investiert. Der zuständige Ausschuss dieses Innovationsfonds, der beim G-BA und Leitung des Vorsitzenden Prof. Hecken angesiedelt ist, entscheidet hier anhand von Evaluationsberichten, welche Projekte realistisch in die Regelversorgung überführt und deshalb weiter gefördert werden [4].

Auch wenn die Tagespresse versucht, Online-Videosprechstunden schon zum Standard der medizinischen Kommunikation zu erheben, sind diese gegenwärtig weit davon entfernt, das traditionelle Arzt-Patient Gespräch in Präsenz der beiden Kommunikationspartner zu ersetzen. Auch in den kommenden Jahren ist eine flächendeckende Anwendung in der ärztlichen Kommunikation nicht zu erwarten. Verlässliche Zahlen zum anteilmäßigen Gebrauch dieses online-Mediums an den ambulanten Patientenkontakten liegen nicht vor und so sind es überwiegend Einzelberichte, welche die verschiedenen Möglichkeiten einer sinnvollen Nutzung aufzeigen. Die Akzeptanz von Seiten der Patienten scheint hier ein Generationsproblem zu sein und daraus ergibt sich die Frage nach Zugang und Kenntnis der notwendigen Hard- und Software. In einer Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gaben 50 Prozent der über 70-Jährigen an, kein Internet zu nutzen. Insofern ist die Skepsis vieler Versicherten bei der Digitalisierung des Arzt-Patienten-Kontaktes gut nachvollziehbar. Auf der anderen Seite zeigen zwei repräsentative Umfragen zur Digitalisierung und Technologisierung im Gesundheitswesen, dass es insgesamt eine hohe Bereitschaft zur Inanspruchnahme dieser Dienste gibt [5].

Die möglichen Vorteile der Online-Sprechstunden liegen für beide Seiten, Arzt wie Patient, auf der Hand. Diese sind:

- eine flexible Integration in den Praxis- und Klinikalltag mit Verkürzung von Wartezeiten der Patienten, damit ein effizientes Zeitmanagement im Rahmen des seit Mai 2019 geltenden Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG),
- einen besseren Zugang zu wohnortfernen Spezialisten und damit verbunden die Steigerung eines flächendeckenden medizinischen Angebotes,
- daraus resultierend eine bessere Nutzung der personellen ärztlichen Ressourcen,
- Zeit- und Kostenersparnis für den Patienten durch redundante Fahrten zum Arzt
- sowie unter den Bedingungen der gegenwärtigen Pandemie eine Reduktion der Patientenkontakte und damit

eine Steigerung des Infektionsschutzes für Patienten sowie für ärztliches und nicht-ärztliches Personal.

Stand 2020 ist jedoch, dass entsprechend den Anforderungen der Bundesärztekammer telemedizinische Sprechstunden primär additiv zu den herkömmlichen Versorgungsmaßnahmen zu verstehen sind. Der Deutsche Ärztetag 2018 stellte mit Änderung der Musterberufsordnung fest, dass nach wie vor der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt der Goldstandard ist und bleibt. Unter dieser Maxime kann jetzt überlegt werden, in welchem Setting Online-Sprechstunden zum Einsatz kommen und medizinisch sinnvoll sind.

- Von rund 13.800 Chirurg:innen sowie Orthopäd:innen und Unfallchirurg:innen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, haben im 2. Quartal 2020 n = 685 (5%) und im 3. Quartal 2020 n = 380 (3%) die Videosprechstunde nach der GOP 01450 mindestens einmal berechnet.
- Mehr als 30 Mal je Quartal berechneten Chirurg:innen bzw. Orthopäd:innen und Unfallchirurg:innen n = 93 (0,7%) im 2. Quartal und n = 44 (0,3) im 3. Quartal die Videosprechstunde (GOP 01450).
- 73% der Chirurg:innen (einschl. O&U), die die 01450 abrechnen sind Orthopäd:innen und Unfallchirurg:innen, 11% Allgemeinchirurg:innen.

Quelle: Abrechnungssstatistik der KBV

FACHBEZOGENE ANWENDUNG DER VIDEO-SPRECHSTUNDEN

Es liegt auf der Hand, dass die oben beschriebenen Vorteile nicht für alle Fachdisziplinen gleiche Gültigkeit haben und auch innerhalb einer Fachdisziplin das Krankheitsbild über die Sinnhaftigkeit einer Nutzung von Online-Sprechstunden entscheidet.

Einen festen Platz haben sich Online-Formate in den psychotherapeutischen Sprechstunden inklusive der neuropsychologischen Therapie

erobert, wobei ein großer Teil dieser Behandlungen zunächst in einem Face-to-Face Setting begonnen und dann online fortgesetzt wird [6, 7]. Auch in der Pneumologie wird den Online-Sprechstunden ein großes Potential attestiert, da bei steigender Prävalenz der häufigen Erkrankungen COPD, Asthma bronchiale und Schlafapnoe eine flächendeckende Versorgung gerade im ländlichen Bereich zunehmend schwieriger wird. Sinnvoll ist die Nutzung der Videosprechstunden im Verbund mehrerer Ärzte verschiedener Disziplinen. Ein Beispiel hierfür ist ein vom Innovationsfond gefördertes Projekt im Bereich der Teledermatologie. Hier wird in der ländlichen Region Mecklenburg-Vorpommern der Aufbau eines Netzwerkes evaluiert, der die Behandlung von Patienten mit dermatologischen Erkrankungen in einer koordinierten Versorgungskette zwischen erstbetreuenden Hausarzt, Dermatologen und Krankenhaus durch telemedizinische Konsile sicherstellen soll.

Was folgt aus diesen Beispielen für die Umsetzung von Online-Sprechstunden in der Chirurgie? Auf der eine Seite des Spektrums stehen alle Krankheitsbilder, die zwingend eine körperliche Untersuchung und Befunderhebung zur Diagnosefindung erfordern und daher nicht geeignet für dieses Kommunikationsmedium sind. Das gilt sicherlich für das akute Abdomen, bei dem die klinische Untersuchung führend für die Diagnosestellung ist. Schwierig erscheint auch, in der Orthopädie und Unfallchirurgie Bewegungsausmaße verschiedener Gelenke online zu untersuchen, um den Erfolg einer Operation sicher beurteilen zu können. Aber ist die postoperative Beurteilung einer Wunde über ein Online-Medium möglich? Hier wird es unter den Chirurgen schon geteilte Meinungen geben und die angebotene Bildqualität über das Internet wird einen wesentlichen Faktor darstellen. Sinnvoll dagegen erscheint der Einsatz bei allen chirurgischen Erkrankungen, die multiple Arztkontakte beinhalten und bei denen, nach einem persönlichen Erstkontakt mit Festlegung eines Behandlungskonzeptes, die Befundkontrollen im weiteren Verlauf der Behandlung online durchgeführt werden. So ist es in der chirurgischen Onkologie problemlos möglich, im Verlauf eines multimodalen Therapiekonzeptes einschließlich der

Tumornachsorge, den Patienten zu festgesetzten Terminen über das Online-Medium an die behandlungsführende Klinik zu binden. Die wenigen Beispiele zeigen, dass sich die Chirurgie ihr fachbezogenes Anwendungsgebiet von Online-Sprechstunden erst noch erobern muss und sich erst durch die Nutzung dieses Mediums die wirklichen Limitationen herauskristallisieren werden.

RECHTLICHE GRUNDLAGEN UND DATENSCHUTZ DER VIDEO-SPRECHSTUNDEN

Ein Beschluss der Bundesärztekammer (BÄK) und eine Gesetzesinitiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) mit den bestehenden gesetzlichen Grundlagen im Sozialgesetzbuch (SGB V) schaffen gegenwärtig die notwendigen Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Implementierung von telemedizinischen Sprechstunden.

Auf dem 121. Deutschen Ärztetag 2018 in Erfurt wurde von den Delegierten nach kontroverser Diskussion, dann aber mit großer Mehrheit eine Änderung der Musterberufsordnung (MBO-Ä) beschlossen und das bisher geltende berufsrechtliche Verbot der ausschließlichen Fernbehandlung unter Einhaltung bestimmter Voraussetzungen aufgehoben. Demnach sollen eine Beratung und Behandlung über verschiedene Kommunikationsmedien zukünftig auch ohne persönlichen Erstkontakt erlaubt sein, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt gewahrt wird und der Patient über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über diese Medien aufgeklärt wurde (MBO-Ä § 7, Abs. 4) [8]. Detaillierte Hinweise und Erläuterungen sowie ein Fragekatalog zur Änderung der Musterberufsordnung finden sich in den Bekanntmachungen der BÄK (Stand 03/2019) [9, 10]. Da die Regelungen der MBO-Ä in den Berufsordnungen der einzelnen Bundesländer umgesetzt werden müssen, muss jeder Arzt die Voraussetzungen der Zulässigkeit der ausschließlichen Fernbehandlung in seinem Bundesland prüfen.

Nach einem ersten Referentenentwurf im Mai 2019 trat bereits am 19. November 2019 das

„Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation“ (Digitales Versorgungsgesetz, DGV) in Kraft (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2019, Teil I Nr.49) [11]. Dieses Gesetzespaket umfasst drei Schwerpunkte: Neben der verpflichtenden Einführung eines sicheren digitalen Netzwerkes im Gesundheitsbereich sowie dem möglichen Gebrauch von Gesundheits-Apps auf Rezept soll der Ausbau und Zugang zu Videosprechstunden im klinischen Alltag als eine ergänzendes Medium in der Arzt-Patient Kommunikation vorangetrieben werden.

Für Vertragsärzte ist des Weiteren die Videosprechstunde als telemedizinisches Verfahren gesetzlich geregelt in §§ 365, 368 SGB V. Hierzu hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem GKV-Spitzenverband eine Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde geschlossen, die als Anlage 31b dem BMV-Ä beiliegt. Ebenso haben diese Parteien eine Vereinbarung über telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung geschlossen, die dem BMV-Ä als Anlage 31 beigelegt ist. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat auf ihrer Homepage Informationen zu Anforderungen, Vergütung und Organisation der Video-Sprechstunde zur Verfügung gestellt [12].

Mit der Novellierung der ärztlichen Berufsordnung und der Lockerung des Verbots der ausschließlichen Fernbehandlung durch den Deutschen Ärztetag 2018 werden aus juristischer Sicht zwei Fragen aufgeworfen, die gegenwärtig noch nicht abschließend beantwortet sind. Dies sind zum einen die rechtswirksame Qualitätssicherung der ärztlichen Beratung und Behandlung und zum anderen die Datensicherheit und Datenschutz der ärztlich erhobenen Informationen. Die Komplexität nimmt ohne Frage zu. Wie vom Deutschen Ärztetag festgestellt und von Rechtsexperten bestätigt, gilt die physische Präsenz des Arztes weiter hin als Goldstandard der ärztlichen Beratung und Behandlung. Bei der ausschließlichen Fernbehandlung ist jedoch die Einhaltung dieses fachlichen Standards nicht gewährleistet, zumal ein „Fernbehandlungs-Standard“ noch nicht definiert wurde. Daher ist fraglich, ob

im Schadensfall einer fehlerhaften Beratung oder einem Befunderhebungsfehler dieses online-Medium juristischen Bestand hat. Von Seiten der Juristen wird zudem darauf hingewiesen, dass die Inanspruchnahme einer Video-Sprechstunde keine stillschweigende Vereinbarung einer Abweichung vom Standard impliziert und daher Zivilgerichte solchen privatautonomen Vereinbarungen im Sinne des Patientenschutzes engen Grenzen ziehen würden. Dies bedeutet, dass der behandelnde Arzt für einen Schaden haftbar gemacht werden kann, den der Patient in einer persönlichen Behandlung oder Beratung nicht erlitten hätte [13].

Die wichtigste juristische Implikation dieser bestehenden Rechtsunsicherheit betrifft die Aufklärung zur Operation. Aufgrund der BGH-Rechtsprechung zur wirksamen Aufklärung per Telefon dürfte aus juristischer Sicht eine Fernaufklärung allerdings nur in medizinisch einfach gelagerten Fällen als zulässig anzusehen sein, wenn der Patient sich mit der fernmündlichen Aufklärung einverstanden erklärt hat, der Arzt die Möglichkeit hatte, auf individuelle Belange des Patienten einzugehen und Fragen zu beantworten und er sich davon überzeugt hat, dass der Patient die Aufklärung verstanden hat. Bei komplizierten Eingriffen bzw. Behandlungen mit erheblichen Risiken ist eine fernmündliche Aufklärung nach der geltenden Rechtslage regelmäßig unzureichend. Aus den genannten Gründen ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt von einer ausschließlich fernmündlichen, also telemedizinischen OP-Aufklärung abzuraten, eine erste dokumentierte Aufklärung in der online-Sprechstunde im Rahmen der Stufenaufklärung, wenn also eine weitere Aufklärung dann im persönlichen Gespräch noch erfolgt, aber statthaft. Dies gilt insbesondere für komplexe chirurgische Eingriffe, die eine klinisch relevante Morbidität und Mortalität haben.

Hinsichtlich des Datenschutzes ist der Arzt, der telemedizinische Verfahren einsetzt, grundsätzlich Verantwortlicher i. S. d. Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO). Bei Einsatz eines Webportals oder Ähnlichem besteht ggf. eine gemeinsame Verantwortlichkeit nach Art. 26 DS-GVO mit dem

Plattformbetreiber. Dies bedeutet, dass der Arzt jedenfalls innerhalb seiner Praxis die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Datensicherheit und zum Datenschutz zu ergreifen hat. Für die Anwendung der Telematik-Infrastruktur regeln die §§ 306, 307 SGB V die Verantwortlichkeiten des Vertragsarztes. Bei Einsatz solcher neuer Technologien muss auch stets geprüft werden, ob der Arzt vor deren Anwendung eine Datenschutzfolgenabschätzung nach Art. 35 DS-GVO durchführen muss. Ist dies der Fall, ist der Arzt auch zur Bestellung eines Datenschutzbeauftragten verpflichtet.

TECHNISCHE VORAUSSETZUNGEN UND DURCHFÜHRUNG DER VIDEO-SPRECHSTUNDE

Um einen ordnungsgemäßen Ablauf einer Online-Sprechstunde gewährleisten zu können, müssen bestimmte Grundvoraussetzungen geschaffen werden. Diese haben einerseits zum Ziel, durch funktionelle Technik eine störungsfreie und angenehme Kommunikation zu ermöglichen. Andererseits sind bestimmte strukturelle, bauliche und digitale Bedingungen notwendig, um den juristischen Voraussetzungen im Umgang mit sensiblen und persönlichen Patientendaten zu genügen und um durch die korrekte Dokumentation die Abrechenbarkeit mit den Krankenkassen zu ermöglichen.

Der Patient selbst muss lediglich dafür Sorge tragen, dass er ein internetfähiges Endgerät sowie eine stabile Internetverbindung zur Verfügung hat. Dies kann ein Tablet, ein Smartphone, ein Laptop oder ein PC darstellen, die selbstverständlich mit einer funktionstüchtigen Kamera, einem Mikrofon sowie Lautsprechern ausgestattet sein müssen. Obwohl die meisten zertifizierten Videodienstleister auch einen Login auf Ihrer Webpage über einen Zugangscode anbieten, wird der Kontakt am einfachsten über einen Link hergestellt. Dieser wird digital versandt, so dass der Patient zudem noch auf eine E-Mail-Adresse Zugriff haben muss.

Die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Durchführung von Videosprechstunden in der vertragsärztlichen Versorgung,

insbesondere Einzelheiten hinsichtlich Qualität und Sicherheit sowie die Anforderungen an die technische Umsetzung werden in der Anlage 31 b des Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) geregelt [14]. Die Zugangsbedingungen im technischen Bereich auf der Seite der Praxen/Krankenhäuser entsprechen in etwa den Voraussetzungen auf Patientenseite. Allerdings empfiehlt sich, im Hinblick auf Professionalität und Außendarstellung einen gewissen Grad an Ton- und Bildqualität zu gewährleisten. Dies wird am ehesten durch ein fest installiertes Kamera- und Videosystem garantiert; von einer Videosprechstunde über ein Smartphone auf ärztlicher Seite wird dringend abgeraten. Mit diesen Voraussetzungen braucht es dann lediglich noch eine stabile Internetverbindung.

Grundsätzlich gilt, dass eine Videosprechstunde nur unter den Rahmenbedingungen eines realen Arzt-Patientengesprächs stattfinden sollte. Daher wird empfohlen, einen entsprechend ausgestatteten Raum zu schaffen, der neben stabilen technischen Voraussetzungen auch einen störungsfreien und vertraulichen Verlauf des Arzt-Patientengesprächs sichert. Ebenso wie bei einem Präsenzkontakt eines Patienten darf das Gespräch keinen unbeteiligten Personen zugänglich sein. Der digitale Einblick in das persönliche Büro des Arztes ist der erste Eindruck des Patienten von seinem behandelnden Arzt.

Vor der Durchführung der Sprechstunde muss der Patient seine Einwilligung erklären, dies kann in Abhängigkeit des verwendeten Anbieters über das System oder direkt über den Arzt selbst erfolgen. Für den Fall, dass der Patient zuvor noch nicht in der Praxis oder Klinik vorstellig war, müssen seine Stammdaten (Bezeichnung der Krankenkasse, Name und Vorname, Geburtsdatum, Versichertenart, Postleitzahl des Wohnorts, Krankenversicherungsnummer) digital erfasst werden. Hierzu kann der Patient seine Versichertenkarte in die Kamera halten, so dass seine Identität geprüft werden kann. Insgesamt darf eine Sprechstunde nicht anonym ablaufen, der Klurname des Patienten (Identität) muss für den Arzt erkenntlich sein. Zu Beginn der Sprechstunde der Videosprechstunde hat

auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum befindlichen Personen zu erfolgen. Im Anschluss an das Sprechstundengespräch ist eine korrekte Dokumentation der Diagnosen und Leistungen selbstverständlich, um einen nachvollziehbaren medizinischen Verlauf und eine möglichst vollständige Abrechnung zu gewährleisten.

KOMMERZIELLE ANBIETER VON VIDEO-SPRECHSTUNDEN

Die Zahl der kommerziellen Anbieter ist groß und unter der COVID-Pandemie noch größer geworden. Viele bieten ihre Dienste zudem für Einsteiger kostenfrei an. Bei der Wahl des Videodiensteanbieters ist darauf zu achten, dass dieser bei der KBV in Bezug auf die technische Sicherheit und den Datenschutz zertifiziert ist. Der Videodienstleister muss zwingend gewährleisten, dass die Video-Sprechstunde während der ganzen Übertragung Ende-zu-Ende verschlüsselt ist und die Übertragung über eine Peer-To-Peer-Verbindung (d. h. ohne Nutzung eines zentralen Servers) stattfindet. Die genauen Voraussetzungen hierfür sind in der Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) geregelt, die voraussichtlich im ersten Quartal 2021 in einer neuen Fassung erscheint. Auch wenn die KBV selbst nicht die Zertifizierungsinstanz der verschiedenen Anbieter darstellt, bietet Sie auf Ihrer Homepage eine Liste der zertifizierten Anbieter an. Vergleichbare Listen sind ebenfalls auf den Webseiten der meisten Kassenärztlichen Vereinigungen zu finden. Auf der Liste der KBV sind zum aktuellen Zeitpunkt 44 zertifizierte Anbieter aufgeführt (Stand 19.10.2020) [12]. Aufgrund der großen Anzahl und unterschiedlichen Leistungen lohnt sich ein Vergleich der Konditionen. Die Anbieter unterscheiden sich in der vertraglichen Laufzeit und Kündigungsfristen sowie vielfältigen technischen Details wie der Möglichkeit des Dokumentenaustauschs über die Plattform oder der Anzahl der möglichen Gesprächsteilnehmer. Die Kosten liegen gegenwärtig zwischen 39 und 139 Euro monatlich, je nach Anbieter und Leistungsumfang. Zudem offerieren manche Anbieter die Möglichkeit einer Einzelgesprächsabrechnung, die zwischen 1,99 Euro und 3,99 Euro pro Gespräch angeboten wird.

ABRECHNUNG VON VIDEO-SPRECHSTUNDEN

Das Bemühen, Online-Sprechstunden unbürokratisch attraktiv zu machen, ist unübersehbar. Die KBV und der GKV-Spitzenverband einigten sich aufgrund der Corona-Pandemie über zahlreiche Sonderregelungen in der ambulanten Versorgung. Hierzu gehören auch die Videosprechstunden, die hinsichtlich Fallzahl und Leistungsmenge weiter unbegrenzt in der ambulanten Versorgung angeboten werden können. Diese Sonderregelungen wurden zuletzt im Dezember 2020 für weitere drei Monate verlängert und gelten nun zunächst mindestens bis zum 31. März 2021. Video-Sprechstunden müssen jedoch zunächst bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) angezeigt werden, die im Rahmen der Corona-Pandemie in der Regel ein unbürokratisches Verfahren zur Anmeldung anbieten [15]. Die Verfahren hier sind regional unterschiedlich und können über die zuständige KV erfragt werden, eine gute Übersicht bietet hier die KBV auf ihrer Homepage.

Die Abrechnung der Videosprechstunde über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ist seit dem 01. April 2017 möglich und wird über die übliche Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale vergütet [16]. Zusätzlich kann ein Technikzuschlag GOP 01450 (40 Punkte/4,45 Euro) abgerechnet werden, dieser ist auf maximal 1899 Punkte (205,52 Euro) gedeckelt. Im Rahmen der Anschubfinanzierung können Arztpraxen ebenso die GOP 01451 (92 Punkte/10,23 Euro) ansetzen, wenn die Praxis mindestens 15 Sprechstunden im Quartal durchführt. Diese Ziffer ist auf 50 Videosprechstunden pro Quartal begrenzt und gilt seit dem 01.10.2019 für zwei Jahre. Weiterhin existiert bis zum 30.09.2021 befristet die GOP 01444 (10 Punkte/1,11 Euro). Diese soll dem zusätzlichen Aufwand des Praxispersonals für die Authentifizierung neuer Patienten Rechnung tragen, wenn die persönlichen Stammdaten aufgrund der virtuellen Vorstellung des Patienten nicht über die elektronische Gesundheitskarte automatisiert erfasst werden können. Insgesamt wird die Pauschale neben den möglichen Zuschlägen in voller Höhe gezahlt, wenn im selben Quartal noch ein weiterer persönlicher

Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Wird der Patient in dem Quartal nicht mehr persönlich vorgestellt, ist wie zum Beispiel in der Chirurgie ein Abschlag von 25 Prozent vorzunehmen. In der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) liegt, insbesondere in der momentanen Pandemiephase, eine vergleichbare Situation vor. Hier sind allerdings nur die Ziffern 01450 und 01444 zusätzlich abrechenbar. Ob diese Möglichkeit der Abrechnung in Zukunft bestehen bleibt, ist abzuwarten.

FAZIT

Es besteht kein Zweifel. Telemedizinische Angebote mit Schwerpunkt der Video-Sprechstunden werden in absehbarer Zukunft fester Bestandteil in der Kommunikation Arzt-Patient sein und diese auch nachhaltig verändern. Dabei ist auch klar, dass nicht alle Bereiche des persönlichen Kontaktes in der Chirurgie für dieses Medium zugänglich sind. Gegenwärtig ist die Nachfrage zur Nutzung der online-Sprechstunden von Arzt- und von Patienten-Seite noch überschaubar, auch wenn die aktuelle Pandemie die Bereitschaft deutlich erhöht hat. Hardware und Software zur Implementierung einer solchen Online-Sprechstunde sind auch für nicht IT-affine Chirurgen gut umzusetzen. Am Wichtigsten erscheint, die hohen Auflagen des Datenschutzes zu kennen und bei Praktizierung zu beachten. Die KBV hat alle Voraussetzungen zur Abrechnung dieser ärztlichen Leistung geschaffen. Deshalb – alle Chirurg:innen, die das Zeitmanagement ihres klinischen Alltags optimieren möchten, sollten diese Möglichkeit nutzen und den Einstieg in diese neue Medium wagen.

LITERATUR

- [1] <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/telematiktelemedizin/telemedizin/>
- [2] Koehler F, et al.. Efficacy of telemedical interventional management in patients with heart failure (TIM-HF2): a randomised, controlled, parallel-group, unmasked trial. *Lancet* 2018, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31880-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31880-4)
- [3] Gemeinsamer Bundesausschuss, Pressemitteilung und Beschluss von 17. Dezember 2020, www.g-ba.de



1.

Die Covid-Pandemie hat dem online-Kontakt zwischen Arzt und Patient nochmals deutlich Aufschwung verliehen. Was ist das Fazit Ihrer Erfahrungen?

Das vorher wenig bespielte Spielfeld des Online-Kontaktes hat durch die Pandemie einen großen Schub erhalten. Ich sehe das nur positiv, weil so ein einfacher und schneller Kontakt zu Patienten möglich ist.

2.

Wird sich die Arzt-Patienten-Beziehung durch die Digitalisierung verändern? Und wenn ja – wie?

Ich glaube nicht, dass sich die Arzt-Patienten-Beziehung verändern wird. Und falls doch, dann eher zum guten, weil durch die Digitalisierung ein schneller und persönlicher Kontakt herzustellen ist. Sicher gibt



DR. MED. MAXIMILIAN ANHEIER

Oberarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Zentrum für onkologische und minimalinvasive Chirurgie
Kaiserswerther Diakonie
Florence-Nightingale-Krankenhaus
Kreuzbergstr. 79
40489 Düsseldorf
anheier@kaiserswerther-diakonie.de

es auch Dinge, die nicht in den digitalen Bereich gehören. Zum einen die Dinge, die digital schlicht nicht machbar sind, wie eine eingehende klinische Untersuchung aber sicher auch die Besprechung eines Befundes mit deutlichen Konsequenzen für den

Patienten wie beispielsweise das Überbringen einer Krebs-Diagnose. Aber ist hier das erste Gespräch persönlich und nicht digital geführt, so können Folgegespräch dann ggf. auch digital erfolgen.

3.

Echter Fortschritt oder nice to have. Wie sehen Sie die Zukunft der Online-Sprechstunde?

Echter Fortschritt! Ich hoffe, dass auch nach der Pandemie weiter Online-Sprechstunden angeboten werden.

Man kann online viele Fragen beantworten, Befunde und Bilder demonstrieren, ggf. sogar Wunden betrachten. Und falls es am Ende in der Online-Begutachtung unklar bleibt, so kann der Patient ja dann immer noch persönlich in die Klinik kommen.

[4] Deutsches Ärzteblatt 2018, Jg.115, Heft 15, Seite A684 ff.

[5] Deutsches Ärzteblatt 2019, Jg. 116, Heft 9, Seite 420 ff; Zitat 3 und 4.

[6] Eichenberg C, Hübner L. Psychoanalyse via Internet: Ein Überblick zum aktuellen Stand der Diskussion um Möglichkeiten und Grenzen. Psychotherapeut 2018, 63(4): 283-90. DOI: 10.1007/s00278-0180294-0

[7] Eichenberg C. Trendwende in der Online-Psychotherapie. DÄB 06/2020, Seite 255 ff.

[8] <https://www.bundesaerztekammer.de/recht/berufsrecht/muster-berufsordnung-aerzte/muster-berufsordnung/>

[9] https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Recht/HinweiseErlaeuterungen-Fernbehandlung.pdf

[10] <https://www.bundesaerztekammer.de/recht/publikationen/fragenkatalog/>

[11] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/digitale-versorgung-gesetz.html>

[12] <https://www.kbv.de/html/videosprechstunde.php>

[13] Katzenmeier C, DÄB 2019, Jg.116 Heft 15, Seite A728

[14] www.kbv.de: Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß

§ 291g Absatz 4 SGB V vom 21. Oktober 2016 in der Fassung vom 27. Juli 2020 / Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

[15] Verfahren zur Anzeige der Videosprechstunde bei der KV (Stand: 06.04.2020) https://www.kbv.de/media/sp/Anzeige_Videosprechstunde-KV.pdf; Kassenärztliche Bundesvereinigung 2020

[16] Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Stand: 1. Quartal 2021, KBV; Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin 2021

aus der KLINIK



PROF. DR. MED. WOLFGANG SCHRÖDER,
FACS, FEBS

Leiter der Deutschen Akademie für chirurgische Fort- und Weiterbildung
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.
Leitender Oberarzt
Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie
Universitätsklinik Köln
schroeder@bdc.de

1.

Die Covid-Pandemie hat dem online-Kontakt zwischen Arzt und Patient nochmals deutlich Aufschwung verliehen. Was ist das Fazit Ihrer Erfahrungen?

Ich kann hier nur über erste Erfahrungen berichten, die aber durchgehend positiv sind. Wir nutzen Video-Sprechstunden im UK Köln in unserem hochspezialisierten Zentrum für Ösophagus- und Magen Chirurgie, das onkologische Patient:innen aus ganz Deutschland zugewiesen bekommt. Wir haben die Sprechstunden in Kooperation mit dem Zentrum für integrierte Onkologie (CIO) nach der ersten Pandemie-Welle eingerichtet. Was vorher schon lange in der Planung war, wurde jetzt in der Not zügig umgesetzt. Aber nur durch die Video-Sprechstunde war es möglich, den vielen Patienten weiterhin den Kontakt zu unserem Zentrum zu ermöglichen. Als weiterer, großer Vorteil erwies sich auch, dass online alle Angehörige teilnehmen konnten, denen sonst aufgrund der Kontaktverbote der Zugang zum Sprechzimmer verwehrt geblieben wäre. Außerdem freuen sich wirklich viele Patienten und Angehörige, dass ihnen die langen Anfahrtswege erspart bleiben. Am Ende der Online-Sprechstunde rechnen wir für alle Patienten die nicht-gefahrenen Kilometer zusammen. Gerade für onkologische Patient:innen, die überregional versorgt werden, in ein multimodales Therapiekonzept eingebunden sind und sich an verschiedenen Eckpunkten der Therapie immer wieder

der Leistungserbringer zu steigern. Das mag für Teilbereiche der Medizin zutreffen, aber die meisten Patienten haben eine abweichende Vorstellung von der Beziehung zu ihrem/r Arzt/Ärztin. Digitale Kontaktformen bleiben von Patientenseite willkommen, aber nur solange der eigentliche Ur-Kern der Arzt-Patienten-Beziehung unangetastet bleibt. Dieser Kern ist das grundlegende, häufig unausgesprochene Vertrauen in eine kompetente und emphatische Behandlung. Ist diese Basis gelegt, läuft Kommunikation auch digital.

2.

Wird sich die Arzt-Patienten-Beziehung durch die Digitalisierung verändern? Und wenn ja – wie?

Viele paramedizinische Berufe ohne direkten Patientenkontakt verbreiten das Credo, dass die Arzt-Patienten-Beziehung wegen der unaufhaltsamen Spezialisierung in der Medizin von einer Service-orientierten Leistung lebt, die der/die beratende und behandelnde Arzt/Ärztin unter ökonomischen Gesichtspunkten zu erbringen hat. In diesem Konzept hat die zunehmende Digitalisierung die alleinige Aufgabe, die Effizienz

3.

Echter Fortschritt oder nice to have. Wie sehen Sie die Zukunft der Online-Sprechstunde?

Online-Sprechstunden sind grundsätzlich nur ein weiteres Tool, das gegenwärtig auch lediglich einen sehr kleinen Teil der Arzt-Patienten-Kommunikation bedient. Doch der Trend in diese Richtung ist in der Digitalwelle nicht mehr umzukehren. Wir erwarten, dass dieses Medium noch größere Teile der Arzt-Patienten-Kommunikation erobern wird. Zu offensichtlich sind die Vorteile in einer digitalisierten Welt, die in vielen Bereichen doch schon ausschließlich digital kommuniziert. Die Akzeptanz ist gegenwärtig noch stark vom Patientenalter abhängig und so wird wohl erst eine spätere Generation die Online-Sprechstunde als ihr zentrales Medium der Arzt-Patienten-Kommunikation besetzen. Aber so wird es kommen.



aus der NIEDERLASSUNG

1.

Die Covid-Pandemie hat dem online-Kontakt zwischen Arzt und Patient nochmals deutlich Aufschwung verliehen. Was ist das Fazit Ihrer Erfahrungen?

Die aktuellen Zahlen der KV Westfalen Lippe verdeutlichen, dass viele, alte Argumente gegen die Durchführung von Videosprechstunden mit Beginn der Corona Pandemie nicht mehr zu halten sind. Der Gesetzgeber hatte bereits 2019 die Möglichkeit geschaffen, Videosprechstunden abzurechnen und das zu durchaus akzeptablen Honoraren. Trotzdem wurden im vierten Quartal 2019 im gesamten Versorgungsgebiet nur insgesamt 320 Videosprechstunden zur Abrechnung gebracht. Mit Beginn der Corona Pandemie stiegen die Nutzerzahlen aber exponentiell an, sodass zum Ende des zweiten Quartals 2020 bereits 100.000 Video-Sprechstunden an die KV gemeldet wurden. Ein ähnliches Bild bietet das Bundesgebiet mit mehr als 1,2 Millionen Videosprechstunden für den gleichen Zeitraum. Obgleich wir in Bünde schon seit 2015 in verschiedensten Szenarien Vorteile und Zugewinn durch Videosprechstunden erprobt, evaluiert und publiziert haben, konnte erst das einschneidende Ereignis der Pandemie die Kollegen:innen von der einfachen und sinnstiftenden Anwendbarkeit zu überzeugen.

2.

Wird sich die Arzt-Patienten-Beziehung durch die Digitalisierung verändern? Und wenn ja – wie?

Die Arzt-Patienten-Beziehung wird sich genauso ändern, wie unsere normale Kommunikation sich bereits geändert hat. Im Aufenthaltsraum meiner Praxis versenden



DR. HANS-JÜRGEN BECKMANN

FA Chirurgie, Visceralchirurgie, Phlebologie,
D-Arzt
Ästhetische Lasermedizin (D.A.L.M.)
Vorstand Medizin u. Mehr eG
Holzhauser Str. 4
32257 Bünde
beckmann@chirurgie-buende.de

die Mitarbeiter in der Pause eher Nachrichten über das Handy statt miteinander zu reden. Das ist eine nachhaltige Verhaltensänderung. In den letzten Jahren habe ich im Rahmen von Präsentationen viele Diskussionen mit Gegnern von Videosprechstunden geführt. Diese Diskussionen waren oft dann beendet, wenn ich darauf hinwies, dass man z. B. mit Kindern im Ausland auch per Skype oder WhatsApp kommunizieren und vertrauliche familiäre Informationen über die Internet-Kanäle teilen, die in ihrer hinsichtlich Datensicherheit mit ärztlichen Videosprechstunden überhaupt nicht zu vergleichen sind.

An dieser Stelle muss man aber betonen, dass die Videosprechstunde in den allermeisten klinischen Disziplinen nicht die Erstuntersuchung und das Kennenlernen Vis-a-Vis ersetzen kann. Eine Ausnahme mag in rein „sprechenden Disziplinen“ wie der Psychotherapie gelten – Psychotherapeuten stellen mittlerweile die größte Nutzergruppe. Nicht aber in Disziplinen, wo die körperliche Untersuchung am Anfang allen Handelns steht. Was die Videosprechstunde in den Wochen danach aber sehr wohl und gerade bei langwierigen Behandlungsverläufen gut leisten kann, ist eine intensivere Betreuung von

Patient:innen. Die Befundkontrolle per Video ist viel unkomplizierter als etwa ein Hausbesuch oder die wiederholte Vorstellung in der Praxis. Wir haben diese positiven Effekte in verschiedensten Szenarien immer wieder nachweisen können.

3.

Echter Fortschritt oder nice to have. Wie sehen Sie die Zukunft der Online-Sprechstunde?

Aus meiner Sicht stellt die Videosprechstunde erst den Anfang einer neuen Arzt-Patienten-Beziehung und damit auch einer komplett neuen Form der Patientenuntersuchung und -beurteilung ist. Bereits in unserem ersten Videoprogramm, elVi®, hatten wir Schnittstellen programmiert, die etwa die Fernableitung von EKGs oder die Übertragung von Temperatur und Sauerstoffspannung im Blut möglich machen. Die Zeit war aber 2015 dafür noch nicht reif. Patient:innen und Ärzt:innen mussten sich erst an den Umgang mit der Videosprechstunde selbst gewöhnen. Meiner Meinung nach ist es aber überhaupt keine Frage mehr, dass diese Zusatzfunktionen zukünftig an die Videosprechstunde ange-dockt werden.

Und auch wegen Corona, können doch viele potentiell riskante Besuche in überfüllten Praxen und Krankenhäusern durch die Videosprechstunde vermieden werden. Das Unternehmen Teleclinic etwa bietet bereits 14 verschiedene Selbsttests für zu Hause an, deren Ergebnisse dann per Videosprechstunde mit den Ärzten der Teleclinic besprochen werden können. Der Schritt zur sensorbasierten Messung und Übertragung von Körperdaten ist dann nur noch logisch. Erst vor kurzem las ich über sog. „Biopads“, deren technischer Reifegrad mittlerweile die Messung

verschiedener Blutwerte durch die Haut zulässt. Warum soll man diese Messwerte gerade bei bekannten Patient:innen nicht per Videosprechstunde erörtern? Und ein letztes von noch vielen möglichen Beispielen: Mit Beginn der Corona Pandemie wurde im März 2020 das „Virtuelle Krankenhaus NRW“ eröffnet, um kleineren Krankenhäusern die Möglichkeit zu geben, schwere Verläufe der Virusinfektion mit den Universitätskliniken

Aachen, Münster und Essen per Videoschaltung zu diskutieren. Mehr als 2.000 video-gestützten Konsile dieser Art wurden seitdem abgehalten. Schneller und unmittelbarer kann es doch nicht gehen!

Ich bin ganz davon überzeugt, dass wir uns auf weitere Digitalisierung bei Diagnose und Patientenbesprechungen einstellen müssen, und das ist auch nicht negativ.

Gerade die junge Generation möchte für ein fünfminütiges Gespräch nicht mehr weite Wege zurückzulegen und viel Zeit zu opfern, wenn sie auf der anderen Seite Bankgeschäfte und Besprechungen mit Anwälten oder Steuerberatern online erledigen kann. Die Videosprechstunde und Digitalisierung stellen einen echten Fortschritt. Man sollte es einfach einmal ausprobieren, um die Vorteile schätzen zu lernen. ○

eAKADEMIE

Einfach starten!

ONLINE
KURSE

WEBINARE

PODCASTS

MEDIATHEK

ONLINE-KURSE



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

www.bdc-eakademie.de

BDC AKADEMIE
Einfach starten!

BDC | Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

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: BariSurg ₁ *				
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	143 von 248 Patienten	Kein Fallgeld	
	Kontrollgruppe: Magenbypass-OP			
Studientitel: BIOLAP ₂ *				
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 Humanmedizin 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 474 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: DISPACT-2₃* Registrierungsnummer: DRKS00014011				
Prof. Dr. med. Pascal Probst, MSc	Patienten mit benignen und malignen Veränderungen des Pankreaskörpers und des -schwanzes mit Indikation zur elektiven distalen Pankreatektomie Exper. Gruppe Minimalinvasive distale Pankreatektomie Kontrollgruppe Offene distale Pankreatektomie	13.08.2020 7 von 294 Patienten	DFG 1.250 € / Patient	Prof. Dr. med. Pascal Probst, MSc Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Heidelberg Im Neuenheimer Feld 420 T: 06221/56-6980 F: 06221/56-33850 E: Pascal.probst@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: HULC₄* Registrierungsnummer: DRKS00017517				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen-Netz Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik	08.08.2019 217 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: IOWISI₃* 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 478 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 51 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. 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.	24.05.2019 8 von 150 Patienten	- 400 € / Patient	PD Dr.med. Daniel Reim Ismaninger Straße 22 81675 München 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 196 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: WOPP₉* 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 323 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

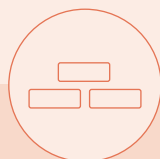
- [1] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial
- [2] Biologisches versus synthetisches Netz bei der laparoskopischen Hernienversorgung – eine randomisierte multizentrische, prospektive, selbst-kontrollierte klinische Studie
- [3] Distal Pancreatectomy - A randomised controlled trial to compare minimal-invasive distal pancreatectomy to open resection (DISPACT-2 Trial)
- [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] 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: März 2021

SPENDENAUFTRUF

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 Eingangsflur 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 Ärztekasse 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

In Erinnerung an

Univ.-Prof. Dr. med. Hermann Bunte

gestiftet von 45 Schülern und Weggefährten aus der Zeit von 1973

bis 1996 an der Chirurgischen Universitätsklinik Münster

in dankbarer Wertschätzung und Bewunderung für ihren Ideen-
geber und Mentor

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 Bühren, Murnau
 Herr Dr. med. Abdullah Mur, 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 PD Dr. med. Stefan Welter, Hemer
 Herr Prof. Dr. med. Rolf Schlumpf, Zürich

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 Zwiipp, 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. Radovan Stojanovic, Kassel

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
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Otto Bechstein, Frankfurt/Main
 Herr Dr. med. Nikolaos Mastragelopoulos, Heinsberg
 „Primum non nocere.“

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
 Herr Dr. med. Martin Pöllath, Sulzbach-Rosenberg

DGCH-PRÄSIDIUM

ab 1. März 2021



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	M. Steinbauer, Regensburg
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	A. Böning, Gießen
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.
Oberarzt 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

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

AUS DEM
BDC

BDC|PRESSEMITTEILUNG



70 PROZENT ANGEHENDER CHEFARZT-ASPIRANT:INNEN SEHEN EINFLUSS-MÖGLICHKEITEN IN DER BALANCE ZWISCHEN ÖKONOMIE UND ETHIK

In 46 Prozent der Bewerbungsgespräche dominieren wirtschaftliche Zielsetzungen. Jeder Fünfte fühlt sich unter Druck gesetzt.

Die Ökonomisierung im Gesundheitswesen ist sechzehn Jahre nach Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) weit vorangeschritten und beeinflusst maßgeblich auch die Berufsausübung der Chirurgen. Der

Berufsverband der Deutschen Chirurgen hat deswegen im Bundestagswahljahr eine Umfrage unter seinen Mitgliedern initiiert, um den Stellenwert von ökonomischen Zielsetzungen in Bewerbungsgesprächen auf Chefarzt-Positionen sowie den Umgang der Bewerber:innen damit, zu untersuchen...

[Zur Pressemitteilung...](#)

BDC-REDAKTEURIN



FÜR ENGAGEMENT AUSGEZEICHNET

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) hat Katrin Kammerer, Redakteurin im Berufsverband der Deutschen Chirurgen, auf dem diesjährigen Chirurgenkongress (DCK 2021) mit der Werner-Körte-Medaille in Silber ausgezeichnet. In seiner Begründung heißt es, Katrin Kammerer „erhalte den Preis für die stetige Unterstützung der DGCH, besonders bei der Erstellung der gemeinsam geführten Mitgliederzeitschrift *Passion Chirurgie*, für die sie sich persönlich in besonderer Weise engagiert hat.“ Die DGCH verleiht den Preis jährlich im Rahmen des Deutschen Chirurgenkongresses.

„Ich fühle mich geehrt, dass ich diesen Preis als Nicht-Medizinerin erhalte und freue mich auf viele weitere spannende Aufgaben und über die gute Zusammenarbeit des BDC mit der DGCH. Gemeinsam erreichen wir mehr“, sagte Katrin Kammerer zur Überreichung des Preises.

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. Stellvert. 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 Mühlhölzer
Telefon 030/28004-200
presse@bdc.de

Termine BDC | Akademie

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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 €
21.06.2021	24.06.2021	Tuttlingen	2021-21663	Common Trunk	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	400,00 €	600,00 €
09.09.2021	11.09.2021	Bochum	2021-21665	Common Trunk	Dr. med. Jörg Sauer; Prof. Dr. med. Daniel Vallböhmer	100,00 €	200,00 €
10.09.2021		Berlin	2021-21525	Workshop: Simulationstraining Notfallmanagement	Dr. med. Jan Baus	450,00 €	600,00 €
23.09.2021	25.09.2021	Berlin	2021-21504	Praktisches Seminar – Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00 €	600,00 €
29.09.2021	01.10.2021	Kaiserslautern	2021-21667	Common Trunk	PD Dr. med. habil. Christian Mönch; Dr. med. Martin Veit	350,00 €	550,00 €
19.11.2021	20.11.2021	Leipzig	2021-21521	Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Prof. Dr. med. Ehrhardt Weiß	100,00 €	200,00 €
22.11.2021	26.11.2021	Berlin	2021-21664	Common Trunk	Prof. Dr. med. Stephan Gretschel; Dr. med. Christian Müller	400,00 €	600,00 €
03.12.2021	04.12.2021	Regensburg	2021-21515	5. Kurs Fundamental Critical Care Support	Dr. med. Kornelius Fuchs; PD Dr. med. Michael T. Pawlik	400,00 €	600,00 €
16.12.2021	18.12.2021	Hamburg	2021-21666	Common Trunk	Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith; PD Dr. med. Dr. Uwe Roblick	350,00 €	550,00 €

FACHARTZVORBEREITUNG							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
07.06.2021	11.06.2021	Erfurt	2021-23670	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Albrecht Stier	350,00 €	550,00 €
16.06.2021	18.06.2021	Erlangen/ online	2021-23711	Facharztseminar Thoraxchirurgie	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Horia Sirbu	350,00 €	550,00 €
06.09.2021	10.09.2021	Leipzig	2021-22550	Facharztseminar Allgemein Chirurgie	Dr. med. Ludwig Schütz	350,00 €	550,00 €
21.09.2021	24.09.2021	Berlin	2021-23823	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Michael Kähler	350,00 €	550,00 €
08.11.2021	11.11.2021	Hamburg	2021-2672	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Prof. h.c. Dr. h.c. Jakob Izicki; Dr. med. Matthias Reeh	350,00 €	550,00 €
08.11.2021	12.11.2021	Erfurt	2021-23822	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Mückley	350,00 €	550,00 €
15.11.2021	19.11.2021	Dortmund	2021-22530	Facharztseminar Allgemein Chirurgie	PD Dr. med. Maximilian Schmeding; Dr. Jens-Peter Stahl	350,00 €	550,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
08.06.2021	10.06.2021	Berlin	2021-23681	Viszeralchirurgie Kompakt: Endokrine Chirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller; Dr. med. Mechthild Hermanns	300,00 €	500,00 €
10.06.2021	11.06.2021	online	2021-23612	Osteosyntheseverfahren an der oberen Extremität	Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn	200,00 €	300,00 €
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 €
27.08.2021	28.08.2021	Hamburg	2021-23862	Fußchirurgie II	Dr. med. Ralph Springfeld	500,00 €	650,00 €
02.09.2021	03.09.2021	Strasbourg	2021-24632	Robotik-/Laparoskopie Workshop im IRCAD	PD Dr. med. Hans Fuchs; Dr. Dr. med. Barbara Seeliger	950,00 €	1.200,00 €
10.09.2021		Hamburg	2021-23780	Facharzt-Seminar Hand zur Prüfungsvorbereitung Orthopädie und Unfallchirurgie	Dr. med. Paul Preisser; Dr. med. Jan Cruse; Dr. med. Johanna Russe	130,00 €	160,00 €
25.09.2021		Köln/online	2021-25820	Begutachtung von Berufskrankheiten	Dr. med. Werner Boxberg	300,00 €	500,00 €
01.10.2021		Berlin	2021-23687	Management von Anastomosensuffizienzen am oberen Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. med. Clemens Schafmayer	250,00 €	300,00 €
07.10.2021	08.10.2021	Bremen	2021-23613	Osteosyntheseverfahren an der unteren Extremität	Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn	400,00 €	600,00 €
07.10.2021	08.10.2021	Tuttlingen	2021-23683	Spezielle Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	300,00 €	500,00 €
29.10.2021	30.10.2021	Berlin	2021-23865	Fußchirurgie III	Dr. med. Dan-Henrik Boack	500,00 €	650,00 €
07.10.2021	08.10.2021	Tuttlingen	2021-23683	Spezielle Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	300,00 €	500,00 €
11.11.2021	12.11.2021	Köln	2021-23684	Viszeralchirurgie Kompakt: Pankreaschirurgie	Prof. Dr. med. Christiane Bruns; Prof. Dr. med. Dirk Stippel; PD Dr. med. Felix Popp	300,00 €	500,00 €
11.11.2021	12.11.2021	München	2021-23676	Viszeralchirurgie Kompakt: Rektum- und Analfistelchirurgie	Dr. med. Reinhard Ruppert	300,00 €	500,00 €
12.11.2021		Frankfurt am Main	2021-23674	Viszeralchirurgie Kompakt: Adipositas- und Metabolische Chirurgie	Dr. med. Sylvia Weiner	250,00 €	300,00 €
22.11.2021	23.11.2021	Köln	2021-23635	11. Thoraxchirurgischer Kurs Teil 1 Grundkurs	Prof. Dr. med. Erich Stoelben	400,00 €	500,00 €
23.11.2021	24.11.2021	Berlin	2021-23616	Deformitäten Defekte Traumatologie - Grundlagen der Korrektur mittels Ringfixateur und Hexapoden	Prof. Dr. med. Robert Rödl; Dr. med. Micha Langendörfer	400,00 €	600,00 €
24.11.2021	25.11.2021	Köln	2021-23864	Fußchirurgie IV	Prof. Dr. med. Jonas Andermahr	500,00 €	650,00 €
25.11.2021	26.11.2021	Berlin	2021-22409	Masterclass Hernienchirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	400,00 €	600,00 €
26.11.2021	27.11.2021	Dresden	2021-23631	Kindertraumatologie für D-Ärzte	Prof. Dr. med. Guido Fitze	300,00 €	500,00 €
29.11.2021	30.11.2021	Norders- tedt	2021-23617	Orthotrauma: Versorgungskonzepte und Zugangswege untere Extremität	Prof. Dr. med. Burkhard Wippermann; Dr. med. Michael Stalp	800,00 €	1.000,00 €

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHER LEITER	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
08.10.2021	09.10.2021	Berlin	2021-24620	Update Perioperative Medizin	Dr. med. Ralf Roland Lorenz; Prof. Dr. med. Alexander Schachtrupp; Prof. Dr. med. Johann Pratschke	350,00 €	450,00 €
15.10.2021	16.10.2021	Berlin	2021-24708	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
10.06.2021		online	2021-24715	Der ökonomische Notfallkoffer für Chirurgen	Prof. Dr. med. Thomas Auhuber	200,00 €	400,00 €
29.10.2021	30.10.2021	Berlin	2021-27832	Praxis-Optimierung	Dr. med. Peter Kalbe	350,00 €	500,00 €
30.10.2021		Berlin	2021-27708	Abrechnungsseminar EBM	Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg	140,00 €	240,00 €
05.11.2021	06.11.2021	Berlin	2021-24600	Der Chirurg als leitender Arzt	Prof. Dr. med. Heinz-Jochen Gassel	400,00 €	600,00 €
16.11.2021		online	2021-24716	Der ökonomische Notfallkoffer für Chirurgen	Prof. Dr. med. Thomas Auhuber	200,00 €	400,00 €
26.11.2021	27.11.2021	Berlin	2021-26536	Refresherkurs: Chirurginnen auf dem Weg nach oben	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	450,00 €	650,00 €

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

Tel: 030/28004-120, Fax: 030/28004-108 oder per E-Mail: akademie@bdc.deoder über BDC|Online unter www.bdc.de, Rubrik BDC|Akademie | Alle Veranstaltungen

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.



LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Mai 2021

%

11 %



FATBOY: 11 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

25 %



HESSNATUR: 25 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

20 %



FOODIST: 20 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

10 %



GEERO: 10 %
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.

DAS GESICHT BILDATLAS KLINISCHE ANATOMIE

In diesem Buch werden die hochkomplexen topographisch-anatomischen Verhältnisse des Gesichts anhand lückenloser Serien von plastischen, detailreichen Illustrationen mit dreidimensionaler Anmutung Schicht für Schicht dargestellt. Wichtige Orientierungspunkte, anatomische Details und klinisch relevante Konstellationen von Nerven und Gefäßen finden dabei Berücksichtigung. Die aufwendigen anatomischen Illustrationen von „Prometheus-Zeichner“ Karl Wesker wurden auf der Grundlage der anatomischen Verhältnisse am Lebenden, an anatomischen Präparaten und an korrespondierenden Schnittbildserien (CT, MR) entwickelt. Der Bestseller von Prof. Ralf Radlanski wurde in mehrere Sprachen übersetzt und gehört mittlerweile zu den wichtigsten Referenzwerken der klinischen Anatomie.



360 Seiten, 380 Abbildungen, Hardcover, Format: 240 x 300 mm
2., überarbeitete Auflage 2012, Bestell-Nr.: 30124, € 149,-
Lieferung versandkostenfrei gegen Rechnung (inkl. MwSt.)

**SCHAEFERMUELLER
PUBLISHING BESTELLSERVICE**
FAX: +49 30 397 466 51
Mail: info@schaefermueller.de

JA, bitte liefern Sie mir den Titel

»Das Gesicht – Bildatlas klinische Anatomie«

.....
PRAXIS / KLINIK

.....
TITEL / VORNAME / NAME

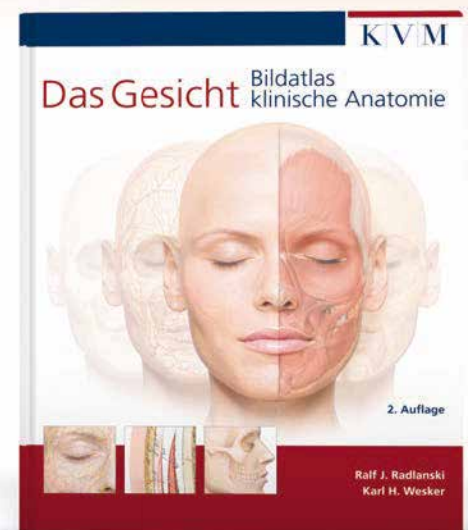
.....
STRASSE / NR

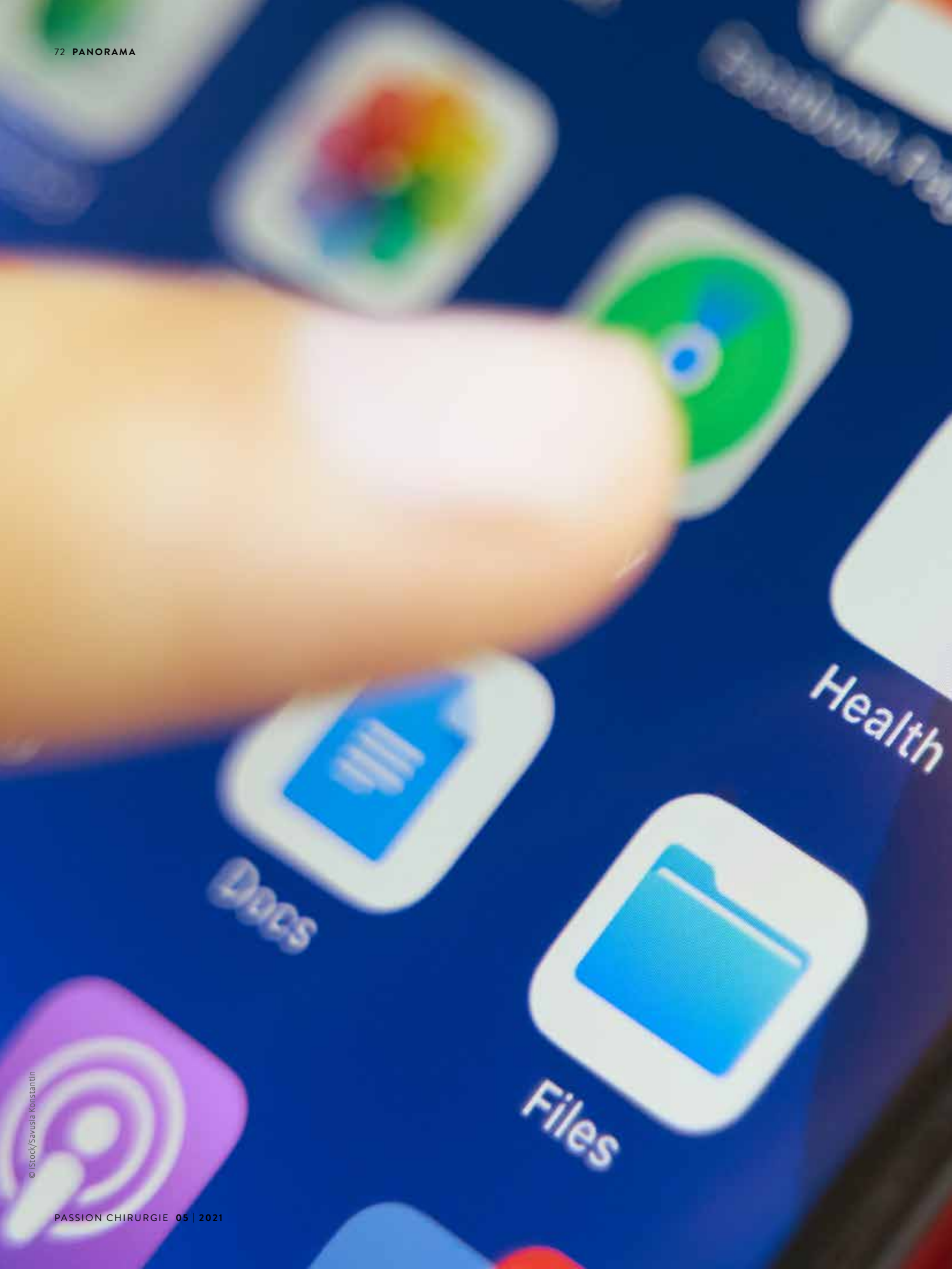
.....
PLZ / ORT

.....
TEL / FAX

.....
E-MAIL

.....
DATUM / UNTERSCHRIFT





A close-up, slightly blurred image of a smartphone screen. Visible app icons include a blue Trello icon with a red notification bubble showing '77', and a white icon with a red heart. A finger is shown touching the screen near the bottom right.

PANORAMA

Gesundheits- Apps

DAS
PORTAL
KVAPPRADAR
.DE



Dr. Lars Eric Kroll
 Fachbereichsleiter Data Science und
 Versorgungsanalysen
 Zi Berlin
 Zentralinstitut für die kassenärztliche
 Versorgung in der Bundesrepublik
 Deutschland
 Salzufer 8
 10587 Berlin
 L.Kroll@zi.de

Informationen und Austausch zu Gesundheits-Apps

Im Oktober 2020 hat das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) das neue Informationsportal „kvappradar.de“ öffentlich gemacht. Das Zi ist ein Forschungsinstitut in der Rechtsform einer Stiftung des bürgerlichen Rechts. Träger der Stiftung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder und die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Das Portal kvappradar.de bietet registrierten Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Möglichkeit, sich über alle am deutschen App-Markt befindlichen Gesundheits-Apps zu informieren. Von „Lifestyle“-Apps (Fitness-Tracker, Ernährungs-Apps etc.) über serviceorientierte Apps (Medikamentenerinnerungen, Arztsuche oder Symptomtagebücher etc.) bis hin zu medizinischen Anwendungen mit Medizinproduktezulassung zur Behandlung und Diagnose von Patienten (bspw. Auswertungen von Blutdruckwerten) spiegelt das Portal die Vielfalt des Marktes von Gesundheits-Apps wider.

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz wurde durch den Bund die gesetzliche Grundlage für den Leistungsanspruch der Versicherten auf Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen geschaffen. Die Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) aus dem Jahr 2020 regelt dabei den Rechtsrahmen für die Verordnung von Apps auf Rezept. Rechtsgrundlage ist hier der § 139e des Fünften Sozialgesetzbuchs (V). Demnach können Anwendungen, die nach einem Zulassungsverfahren beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im „DiGA-Verzeichnis“ gelistet werden, ärztlich oder psychotherapeutisch verordnet werden.

Die Kosten der Verordnungen müssen von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Diese Initiative des Bundes ist dazu angelegt, die Verbreitung und Nutzung von Gesundheits-Apps in Deutschland sowie deren Hersteller und Entwickler zu fördern.

Wie wichtig digitale Angebote im Alltag der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland sind, zeigen nicht zuletzt das KBV PraxisBarometer und die Versichertenbefragung der KBV. So eröffnen digitale Anwendungen neue Wege in der Patientenbetreuung. Das KBV PraxisBarometer Digitalisierung (IGES 2020) berichtet, dass Praxen ihren Patientinnen und Patienten bereits heute regelmäßig digitale Angebote machen und auch mit selbst erhobenen Daten von Patienten konfrontiert sind. 59 Prozent der Praxen machen ihren Patienten bereits Angebote wie etwa Videosprechstunden, Online-Terminserviceangebote, digitale Rezeptbestellung oder digitale Medikationspläne. Ein Drittel aller Praxen und zwei Drittel aller hausärztlichen Praxen berichten zudem, dass ihnen die Patientinnen und Patienten auch selbst erhobene digitale Daten aus Gesundheits-Apps zeigen, die in den Praxen interpretiert werden müssen. Diese Entwicklung wurde durch die Pandemie weiter beschleunigt. Im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemie haben etwa die telefonische Beratung und das Angebot von Videosprechstunden deutlich zugenommen. So wurden insgesamt 500.000 bzw. 145.000 Konsultationen mehr abgerechnet als im Vergleichszeitraum des Vorjahres (Zi 2020). Die KBV Versichertenbefragung beleuchtet das Verhalten der Patientinnen und Patienten (FG Wahlen 2020). So berichten 18 Prozent, dass sie Gesundheits-Apps nutzen.

Kroll LE: Das Portal kvappradar.de –
 Informationen und Austausch zu
 Gesundheits-Apps. *Passion Chirurgie*.
 2021 Mai; 11(05): Artikel 09.



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

Bei Versicherten mit hoher formaler Bildung liegt dieser Anteil sogar bei 30 Prozent. Entsprechend besteht in der medizinischen Praxis ein größer werdender Bedarf an Beratungsangeboten zu Gesundheits-Apps, dem das Zi mit dem Portal [kvapp radar.de](https://www.kvapp radar.de) nachkommen möchte.

DATENGRUNDLAGE

Mithilfe von medizinischen und gesundheitsrelevanten Suchbegriffen werden in regelmäßigen Abständen Apps im Google Playstore und im Apple Store gesucht. Anschließend bewertet ein Algorithmus des maschinellen Lernens, ob es sich bei den gefundenen Apps um Gesundheits-Apps handelt, die im „[kvapp radar](https://www.kvapp radar.de)“ angezeigt werden sollen. Die Liste der Suchbegriffe wird regelmäßig um neue Themen erweitert. Darüber hinaus wird das Verzeichnis digitaler Gesundheitsanwendungen regelmäßig nach neuen Einträgen durchsucht, diese werden ebenfalls in das Portal aufgenommen. Zu den gefundenen Apps werden regelmäßig passende Einträge in den jeweils anderen Datenbanken gesucht und die Ergebnisse automatisiert zusammengefügt. Zuletzt wird auch im Register für Medizinprodukte des Bundesinstituts für Arzneimittel und Risikoprodukte (BfArM) regelmäßig nach neuen Einträgen zu Apps gesucht, die mit der vorhandenen Datenbasis abgeglichen werden. Für alle gefundenen Anwendungen werden die Hersteller kontaktiert, sofern für diese Kontaktinformationen vorliegen. Interessierte Hersteller können sich zudem direkt an das Zi mit der Bitte um Aufnahme von Anwendungen wenden. Die Hersteller haben die Möglichkeit, einen kurzen Text zur Beschreibung Ihrer Anwendung zu verfassen und sich mit diesem Text und ihrem Logo im Portal zu präsentieren.

Aktuell enthält die Datenbank Informationen zum Thema der Apps einen kurzen Text, der Ihre Funktionen und Verbreitung beschreibt, eine Liste von Themen, die der App zugeordnet wurden, sowie Links zu Bezugsquellen, Bewertungen der App-Nutzenden, statistisch bestimmte Downloadzahlen sowie Informationen dazu, ob es sich um ein zertifiziertes Medizinprodukt handelt. Handelt es sich bei einer App um eine DiGA, werden weiterführende Informationen präsentiert, etwa die Liste von

Indikations- und Kontraindikationsdiagnosen und die Zahl von Patientinnen und Patienten mit diesen Diagnosen.

Registrierte Nutzende haben die Möglichkeit, Apps im Hinblick auf ihre Tätigkeit zu subjektiv bewerten. Hierzu können sie einen kurzen Kommentar verfassen. Die Kommentare können von anderen Nutzenden als hilfreich markiert werden. Liegen für eine App mehr als fünf Bewertungen von unterschiedlichen Nutzenden vor, wird im Portal eine mittlere Bewertung der App dargestellt. Liegen für Nutzende einer medizinischen Fachgruppe mehr als fünf Bewertungen vor, wird ihr Mittelwert ebenfalls dargestellt. Das Portal soll so mit fachliche Einschätzungen von Apps bereichert werden. Die Kommentare zu den Bewertungen sind nur für registrierte Nutzende lesbar und dienen dem vertraulichen, fachlichen Austausch.

Das Zi strebt perspektivisch an, regelmäßig wissenschaftliche Gutachten zu erstellen. Diese Gutachten erfolgen nach einem differenzierten und transparent beschriebenen Verfahren. Sie befassen sich primär mit der wissenschaftlichen Evidenz, die einer Anwendung oder ihrem diagnostischen oder therapeutischen Ansatz zu Grunde liegt. Der jeweils aktuelle Stand der methodischen Richtlinien der Gutachten wird auf dem Portal veröffentlicht. Im Fall von DiGAs

basiert die Auflistung im DiGA-Verzeichnis in der Regel auf Zulassungsstudien. Hier bewertet das Zi auf Basis des Cochrane Risk of Bias Tools (RoB-2, Higgins 2011) die vorliegende Evidenz und das Risiko einer potenziellen Verzerrung der Ergebnisse. Das Zi erstellt diese Bewertungen unabhängig vom BfArM, um seine Trägerinnen und deren Mitglieder im Einklang mit seinem Stiftungszweck zu informieren.

AUSGEWÄHLTE ERGEBNISSE

Das „[kvapp radar](https://www.kvapp radar.de)“ enthält alle derzeit im App Store und Google Playstore verfügbaren Gesundheits-Apps. Von „Lifestyle“-Apps (Fitness-Tracker, Ernährungs-Apps etc.) über serviceorientierte Apps (Medikamentenerinnerungen, Arztsuche oder Symptomtagebücher etc.) bis hin zu medizinischen Anwendungen mit Medizinproduktezulassung zur Behandlung und Diagnose von Patienten (bspw. Auswertungen von Blutzuckerwerten) ist alles auffindbar. Demnach spiegelt sich die gesamte Vielfalt an Gesundheits-Apps in „[kvapp radar](https://www.kvapp radar.de)“ wider, gemäß der WHO-Definition: „Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ Mit heutigem Datum sind bereits über 3.600 Apps in der Datenbank des „[kvapp radar](https://www.kvapp radar.de)“ katalogisiert (**Abbildung 1**).

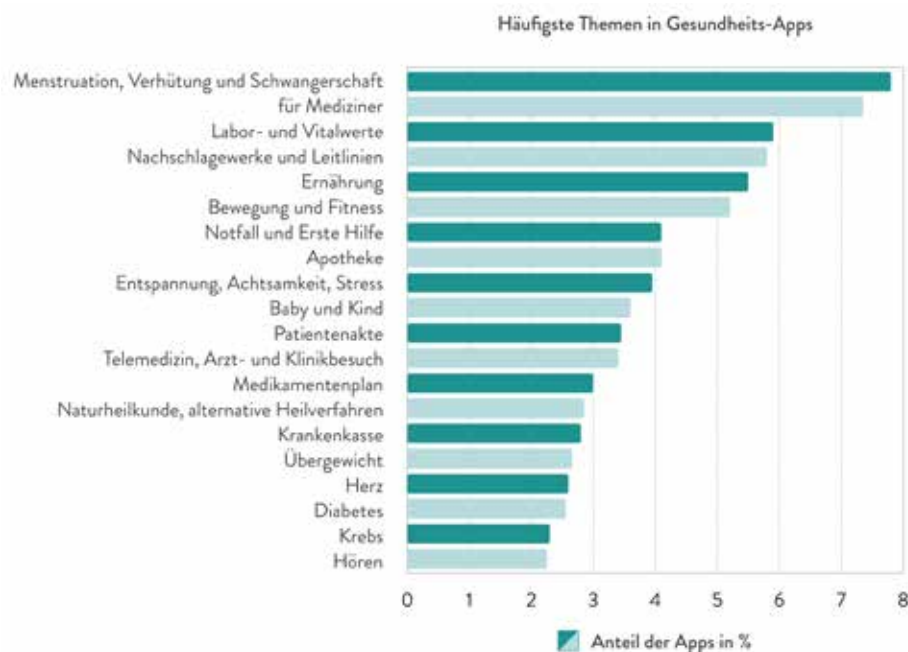


Abb. 1: Übersicht zu den 20 häufigsten Themen von 3653 gelisteten Gesundheits-Apps im Portal [kvapp radar.de](https://www.kvapp radar.de) (Datenbasis: [kvapp radar.de](https://www.kvapp radar.de), Stand 26.03.2021)

Die Gesundheits-Apps sind in knapp 60 Themen, von A wie ADHS bis Z wie Zähne, eingeordnet. Zu den Top-Themen mit den insgesamt höchsten Downloadzahlen zählen „Menstruation, Verhütung und Schwangerschaft“, „Bewegung und Fitness“ sowie „Ernährung“. Dies zeigt nicht zuletzt, dass sich der Gebrauch von Gesundheits-Apps primär der Prävention und Gesundheitsförderung zuwendet und eher weniger zur direkten Krankheitsbehandlung eingesetzt wird. Die höchsten durchschnittlichen Downloadzahlen je verfügbarer App werden beim Thema „Schlafen“ erzielt. Gesundheits-Apps werden zudem regelmäßig aktualisiert. Bei mehr als der Hälfte wurden innerhalb eines Jahres Updates durchgeführt. Weitere ca. 700 Apps wurden dagegen zwar als Gesundheits-App identifiziert, sind aber mehr als zwei Jahre nicht aktualisiert worden oder wurden auf Wunsch der Hersteller aus dem Portal entfernt.

Im Portal sind zu allen aktuell zwölf zugelassenen digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) weiterführende Informationen enthalten. Dabei wird deutlich, dass es sich beim politisch geschaffenen Markt um ein potenzielles Milliardengeschäft handelt. Die derzeit zugelassenen Apps sind theoretisch jährlich 38 Mio. Mal zu verordnen, wie Sonderauswertungen des Zi auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten für das Jahr 2019 zeigen. Dabei wurden für jede DiGA Patienten gezählt, für die eine gesicherte Diagnose aus der Indikationsliste und keine Diagnose aus der Kontraindikationsliste des DiGA-Verzeichnisses vorlag. Im Fall der Kontraindikationen wurden bereits Verdachtsdiagnosen berücksichtigt.

FAZIT

Digitale Gesundheitsanwendungen, egal ob auf Rezept oder in Form von privat finanzierten, kostenpflichtigen Downloads in den

Tab. 1: Übersicht zu DiGAs nach § 139a SGB V und Zahl von Patienten mit Indikationsdiagnose

Handelsname	Alter	Patienten (2019)	Preis Erstverordnung
velibra	18-65	1.523.630	476 €
Kalmeda mynoise	18+	1.983.049	117 €
Vivira: Rücken, Knie und Hüfte	18+	14.589.123	240 €
zanadio	18-65	3.734.992	500 €
somnio	18-65	173.694	464 €
Invirtio - Therapie gegen Angst	18+	686.848	428 €
Elevida	18+	265.973	744 €
M-Sense Migräne	18+	3.281.455	220 €
Selfapys Online-Kurs bei Depression	18-65	5.756.587	540 €
Rehappy	12-65	831.314	449 €
Deprexix	18+	5.652.335	298 €
Mika	18+	189.581	419 €

Datenbasis: Vertragsärztliche Abrechnungsdaten 2019, Quellen: www.zi.de, www.kvapppradar.de

einschlägigen App Stores, sind ein immenser Markt. Von Ärztinnen und Ärzten werden sie zunehmend in die Behandlungen einbezogen, während Patientinnen und Patienten sie auch im Alltag immer stärker nutzen. In dieser Gemengelage gibt es einen erheblichen fachlichen Austausch- und Beratungsbedarf, den das Zi mit dem Angebot kvapppradar.de adressiert. Das Angebot des Zi ist derzeit noch im Probetrieb und strebt im Verlauf des Jahres einen Übergang in den Regelbetrieb an.

LITERATUR

- [1] FG Wahlen (2020). Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2020 Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage März 2020. FGW Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH, Mannheim.
- [2] Higgins et al. (2011) The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias

in randomised trials BMJ 2011; 343:d5928 doi:10.1136/bmj.d5928

- [3] IGES (2020). Praxis Barometer Digitalisierung 2020. Stand und Perspektiven der Digitalisierung in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung. Institut für Gesundheitssystemforschung, Berlin.
- [4] Zi (2020). Grafik des Monats. Juli 2020: Pandemiemanagement in Arztpraxen – deutlich mehr telefonische Beratungen und Videokonsultationen im März 2020. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Berlin. 

Let's operate.