

PASSION

CHIRURGIE

3

2

BDC-PRAXISTEST

KÜNSTLICHE INTELLIGENZ
IN DER CHIRURGIE

im Fokus

WEGE IN DIE
NIEDERLASSUNG

01/02 | 2022

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



GUT LEBEN AUF GESUNDEN BEINEN



Krampfadern modern therapiert – Fakten, auf die es ankommt.

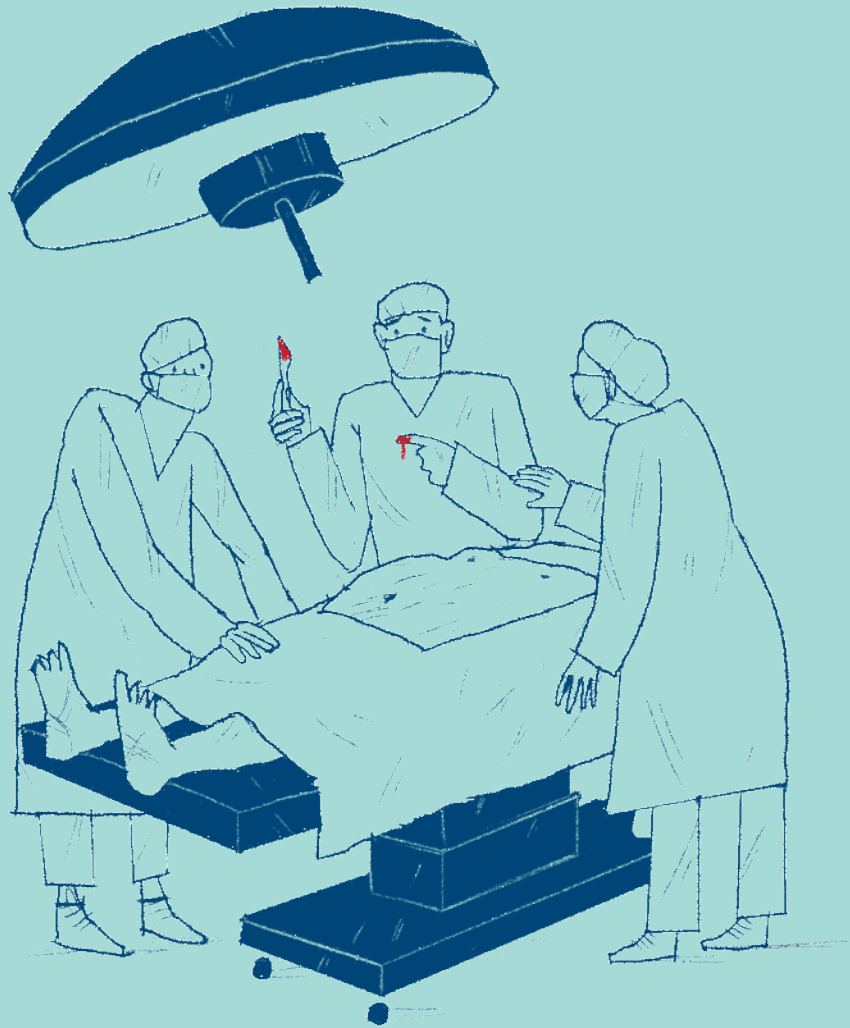
Bis heute wurden über zwei Millionen Patienten in mehr als 100 Ländern erfolgreich mit ClosureFast oder VenaSeal behandelt. Unsere innovativen Lösungen zur Therapie von chronisch venöser Insuffizienz bieten für Sie Vorteile wie zum Beispiel:

- 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



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

Ambulante Niederlassung

Zum Zeitpunkt meiner Niederlassung vor etwa 20 Jahren war die chirurgische Einzelpraxis der Regelfall. Dies war zu einem großen Teil der damaligen Weiterbildung geschuldet mit breiter Ausbildung im Gesamtgebiet der Chirurgie. Selbst wenn das eigene Steckpferd die Leistenhernie-Chirurgie war, so wurden natürlich auch unfallchirurgische Patienten behandelt und in der Regel lag auch eine D-Arzt-Qualifikation vor. So konnte eine Einzelpraxis auch wirtschaftlich auskömmlich arbeiten.

Mit zunehmender Spezialisierung und den nachfolgenden Änderungen der Weiterbildungsordnung gibt es aber den Generalisten oder „Alleskönner“ nicht mehr. Schon früh gilt es sich zu entscheiden in welche Richtung es gehen soll: Bauchchirurgie oder Unfallchirurgie – oder doch die Handchirurgie? Zwar besteht

grundsätzlich die Möglichkeit auch den Facharzt für Allgemeinchirurgie zu erwerben mit nachgewiesenen Kompetenzen in Viszeral-, Gefäß- und Unfallchirurgie/Orthopädie, eine Zulassung zum D-Arzt kann damit aber nicht erfolgen. Diese ist selbst in der Basisvariante an den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie gebunden. Eine chirurgische Einzelpraxis, gleich welcher neuen Fachrichtung, ist so nur in seltenen Fällen wirtschaftlich. Da die gesamte Breite des Gebietes durch einen „Einzelkämpfer“ zudem nicht abgedeckt werden kann, besteht ein ungebrochener Trend zum Zusammenschluss von mehreren Chirurginnen und Chirurgen, sinnvoller Weise unterschiedlicher Facharztsäulen angehörend.

So kann nicht nur die ambulante chirurgische Versorgung der Patienten

aufrechterhalten, sondern auch eine Reduktion von Investitionskosten, bezogen auf den einzelnen Arzt, erreicht werden. Es stellt finanziell nämlich einen erheblichen Unterschied dar, ob ich eine digitale Röntgenanlage oder einen Steri allein betreibe, oder mit anderen zusammen. Gleiches gilt für die Nutzung ambulanter Operationseinrichtungen. Erst durch den Zusammenschluss zu größeren Praxen, MVZs oder sonstigen – auch überörtlichen – Berufsausübungsgemeinschaften wird es möglich, qualitativ hochwertige, leitliniengerechte Chirurgie auch im ambulanten Setting anbieten zu können.

Bereits unmittelbar nach Einführung des ambulanten Operierens, etwa zur Jahrtausendwende, zeigte sich in zahlreichen Untersuchungen ein niedriges



Dr. med. Ralf W. Schmitz
Referatsleiter Niedergelassene
Chirurgen im BDC
Schönberger Str. 11
24148 Kiel
schmitz@bdc.de

Infektions- und Komplikationsrisiko und insbesondere eine hohe Patientenzufriedenheit. Leider wurde der anfänglich von der Kassenseite beschrittene Weg einer Förderung des ambulanten Operierens, etwa durch Strukturverträge, schnell wieder verlassen, und so drohte zuletzt eine Unterfinanzierung. Dies führte eben nicht zu einer Ausweitung der ambulanten Operationen, sondern vielmehr zur Stagnation. Dies wurde von der Politik erkannt und fand ihren Niederschlag im MDK-Reformgesetz. Dort wurde verbindlich festgeschrieben, das ambulante Operieren auf finanziell gesicherten Boden zu stellen und einen Eingriffskatalog zu definieren, der zukünftig in den ambulanten oder einen neuen intersektoralen Bereich verschoben werden soll. Zusätzlich laufen aktuell dreiseitige Verhandlungen (KBV, DKG und GKV) zur Kalkulation der

Kosten des ambulanten Operierens. Darüber hinaus sind verschiedene Gutachten zur Benennung von Eingriffen mit hohem Ambulantisierungs-Potenzial beauftragt worden, die in Kürze veröffentlicht werden sollen.

Insgesamt erscheint der Schritt in die Niederlassung unverändert attraktiv, dies auch vor dem Hintergrund, dass die neue kompetenzbasierte Weiterbildungsordnung auch ambulante Weiterbildungszeiten ermöglicht, da zahlreiche Eingriffe auch zukünftig vermehrt ambulant erbracht werden.

Ich wünsche allen Kolleginnen und Kollegen eine spannende Lektüre. ○

Schmitz R: Ambulante Niederlassung. Passion Chirurgie. 2022 Januar/Februar; 12(01/02): Artikel 01_Editorial.



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

HERAUSGEBER

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

DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Hauke Lang
Vizepräsident:innen: Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld, Prof. Dr. med. Andreas Seekamp,
Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns,
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.
Cover © Ja inter, iStock

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.

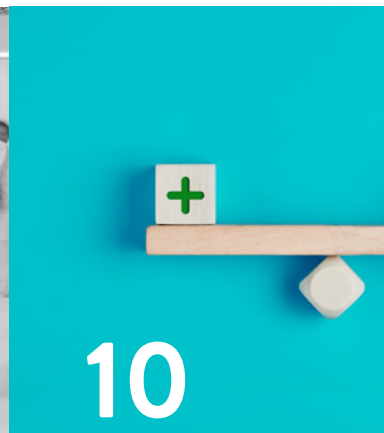
EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

© 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

4 EDITORIAL

4 Ambulante Niederlassung *R. Schmitz*

10 CHIRURGIE

10

NIEDERLASSUNG ALS CHIRURG – PRO UND CONTRA

P. Kalbe

16

EDV, APPS, IT... IN DER ARZTPRAXIS

D. Farghal

19

VORBEREITUNG AUF DIE NIEDERLASSUNG: WORAUF SOLL MAN SCHON WÄHREND DER KLINISCHEN WEITERBILDUNG ACHTEN?

P. Kalbe

22

NIEDERGELASSENE GEFÄSSCHIRURGIE, EINE CHANCE FÜR DIE ZUKUNFT?

*S. Gregor, K. Schick, C. Müller,
S. Pourhassan, T. Noppeney, J. Pleye*

27

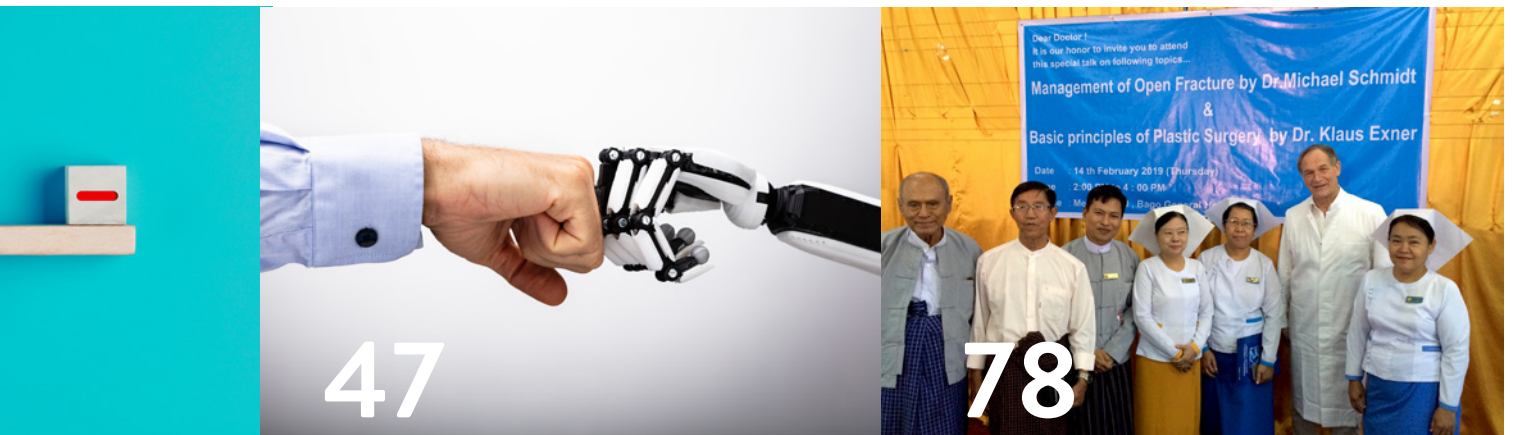
PRAXISCONTROLLING – EINFACH UND LEISTUNGSORIENTIERT

B. Wittrin, K.-U. Groß

30

INTERSEKTORALE VERSORGUNG IN DER CHIRURGIE – ES WIRD ZEIT!

R. Schmitz



33 CHIRURGIE⁺

- 34 Vorankündigung Webinare
- 35 Wo Blut, da Leben: Gefäßchirurgie am Puls der Zeit
S. Regus
- 39 **Hygiene-Tipp:** Einsatz von Ultraschallbecken bei der Instrumentenaufbereitung
W. Popp, L. Jatzwauk, R. Schmithausen, W. Kohnen
- 41 **Rezension:** Infektionen in der Allgemein- und Viszeralchirurgie
A. Weimann
- 42 Personalia
- 43 **Abrechnung:** Honorare für BG-Gutachten wurden zum 01. Januar 2022 angehoben
P. Kalbe

44 RECHT

- 44 **F+A:** Revisionssichere Software zur Dokumentation
J. Heberer
- 45 **F+A:** Vertragsärztliche Pflicht zur Vorhaltung einer Berufshaftpflichtversicherung
J. Heberer

47 GESUNDHEITSPOLITIK

- 47 **BDC-Praxistest:** Künstliche Intelligenz in der Chirurgie
J. Lavanchy, G. Beldi
- 52 **BDC|Pressemitteilung:** Koalitionsvertrag: Übergreifende Gesundheitsversorgung nur unter Beteiligung beider Sektoren
- 53 **BDC|Pressemitteilung:** Studie zur Corona-Pandemie zeigt: Kliniken regeln Operationsbetrieb autonom am besten
- 54 Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl Wilhelm Lauterbach
F. Burgdorf

56 INTERN

56 DGCH

- 56 Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung
H.-J. Meyer
- 57 Einladung zum DCK 2022
H. Lang
- 59 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
S. Tenckhoff
- 62 Spendenaufruf und Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 66 DGCH-Präsidium ab 01. Januar 2022
- 68 Meine Daten haben sich geändert

69 INTERN BDC

69 BDC

- 69 Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2022
H.-J. Meyer
- 70 BDC|News
- 72 BDC|Landesverbände
- 74 Termine BDC|Akademie
- 77 Lifestyle-Angebote im Februar 2022

78 PANORAMA

- 78 50 Jahre humanitäre Einsätze – Erfahrungen eines plastischen Chirurgen in Entwicklungsländern
K. Exner

ÄRZTLICHER ZWEITMEINUNGSANSPRUCH JETZT AUCH VOR EINGRIFFEN AN DER WIRBELSÄULE

Seit dem 19.11.2021 haben Versicherte einen Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung vor bestimmten geplanten Operation an der Wirbelsäule. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner Sitzung am 16.9.2021 beschlossen. Zu diesen Operationen gehören die dynamische und statische Stabilisierung (Osteosynthese und Spondylodese), die knöcherne Druckentlastung (Dekompression), Facettenoperationen, Verfahren zum Einbringen von Material in einen Wirbelkörper, Entfernung von Bandscheibengewebe (Exzision) und das Einsetzen einer künstlichen Bandscheibe (Bandscheibenendoprothese).

Ärztinnen und Ärzte mit den passenden Fachrichtungen können damit bei den Kassenärztlichen Vereinigungen beantragen, Zweitmeinungen abgeben und gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen zu dürfen. Dazu gehören auch folgende Fachrichtungen:

- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Orthopädie
- Chirurgie mit der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie
- und Neurochirurgie.

Auf Patientenwunsch prüfen diese Ärzte, ob eine empfohlene Operation medizinisch wirklich notwendig ist und beraten zu möglichen Alternativen.

Einen Anspruch auf eine Zweitmeinung haben Patienten nun bei den folgenden Eingriffen:

- Amputation beim diabetischen Fußsyndrom
- Eingriffe an Gaumen- oder Rachenmandeln (Tonsillektomie, Tonsillotomie)
- Gebärmutterentfernung (Hysterektomie)
- Gelenkspiegelungen an der Schulter (Schulterarthroskopie)
- Implantation einer Knieendoprothese
- Eingriffe an der Wirbelsäule

Hier finden Sie den [GBA-Beschluss](#) und seine [Begründung](#).



Mehr Informationen zum Zweitmeinungsverfahren bei planbaren Eingriffen gibt der G-BA auf seiner Website.

KLIMASCHUTZ

DEUTSCHER ÄRZTETAG BETONT HOHES POTENZIAL DES GESUNDHEITSWESENS FÜR KLIMASCHUTZ

Der 125. Deutsche Ärztetag vom 1./2.11.2021 unter dem Schwerpunkt „Klimaschutz ist Gesundheitsschutz“ betonte insbesondere das beträchtliche Potenzial des Gesundheitswesens für einen wirksamen Beitrag zum Klimaschutz. Denn laut Lancet Policy Brief 2019 sei der deutsche Gesundheitssektor für die Emission von 70 Millionen Tonnen CO₂-Äquivalenten verantwortlich. Das seien 5,2 Prozent aller Emissionen in Deutschland.

Dies beinhalte, so die Delegierten, „CO₂-Emissionen von Gebäuden und Liegenschaften von Krankenhäusern zu reduzieren, ressourcensparend mit diagnostischen und therapeutischen Substanzen während des gesamten Prozesses (Herstellung, Transport, Distribution, Verwendung und Entsorgung) umzugehen, aber beispielsweise auch hoch klimaschädliche Narkosegase und Asthmainhalatoren durch klimafreundlichere zu ersetzen.“ Ziel sei die Klimaneutralität des deutschen Gesundheitswesens bis 2030.

Weiterhin lehnten die Delegierten Leistungs-, Finanz-, Ressourcen- und Verhaltensvorgaben ab, die ärztlich verantwortungsvolles Handeln berühren und mit dem ärztlich-ethischen Selbstverständnis unvereinbar sind. Man will keine Entscheidungen treffen oder medizinische Maßnahmen vornehmen, die aufgrund wirtschaftlicher Zielvorgaben erfolgen und dabei das Patientenwohl gefährden könnten. Die Politik solle dies als Appell verstehen, diese ärztliche Grundhaltung in der Gesetzgebung zu unterstützen.



Hier gibt es alle Beschlüsse der Delegierten des 125. Deutschen Ärztetages.

WIRTSCHAFTLICHKEIT 2020

KRANKENHÄUSER: 2020 MEHR ÜBERSCHUSS ALS IM VORJAHR, 2021 ABER MIT NEGATIVER PROGNOSE

Im Vergleich zu 2019 ist der Anteil der Allgemeinkrankenhäuser, die im Jahr 2020 einen Jahresüberschuss erwirtschaften konnten, von 46 auf 60 Prozent deutlich angestiegen. Entsprechend ging der Anteil der Häuser mit einem Jahresfehlbetrag im selben Zeitraum von 44 auf 29 Prozent zurück. Der Ausblick auf das Jahresergebnis 2021 fällt allerdings pessimistisch aus: Hier rechnen nur noch 17 Prozent der Häuser mit einem Überschuss zum Jahresende, 60 Prozent prognostizieren einen Jahresfehlbetrag. Die Zahlen gehen aus einer repräsentativen Umfrage des Deutschen Krankenhausinstitutes (DKI) zum sogenannten „Krankenhaus Barometer 2021“ hervor. Sie beruhen auf einer repräsentativen Stichprobe unter zugelassenen Allgemeinkliniken ab 100 Betten in Deutschland, erhoben von Ende Mai bis Ende Juli 2021. Daran beteiligt haben sich 291 Krankenhäuser.

Laut DKI haben die Ausgleichszahlungen nach dem Krankenhausentlastungsgesetz für coronabedingt nicht belegte Betten zumindest in einem Teil der Häuser dazu beigetragen, die Auswirkungen der Corona-Pandemie im Jahr 2020 finanziell zu bewältigen. Allerdings gebe es deutliche Unterschiede nach der Krankenhausgröße: Vor allem in den großen Krankenhäusern ab 600 Betten fielen die Jahresergebnisse deutlich schlechter aus als in den unteren Bettengrößenklassen.

Im Zusammenhang damit beschäftigte sich die Umfrage auch mit den Auswirkungen von Corona auf die Krankenhäuser. So hätte die Corona Pandemie erwartungsgemäß deutliche Auswirkungen auf die Auslastung der befragten Krankenhäuser: Insgesamt gab etwa jedes zweite Haus (53 Prozent) eine geringere Auslastung zum Befragungszeitraum an als zum Vorjahreszeitpunkt. Die Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (DKG) macht dafür die Einschränkungen des Regelbetriebs infolge der Corona-Pandemie verantwortlich.

Weitere Umfragethemen im Krankenhaus Barometer waren der Fachkräftemangel in der Pflege, die krankenhausindividuellen Pflegebudgets und die Umsatzsteuerfreiheit von Zytostatika.

Alle Ergebnisse des Krankenhaus Barometers 2021 finden sich hier (www.dki.de > Barometer > Krankenhaus Barometer)



IM FOKUS

Niederlassung



Dr. med. Peter Kalbe
Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Gelenkzentrum Schaumburg
Stückenstraße 3
31737 Rinteln
kalbe@bdc.de

Niederlassung als Chirurg – Pro und Contra

Während früher die Niederlassung eher als Notnagel bei Brüchen in der chirurgischen Karriere angesehen wurde, hat sich die Tätigkeit in einer chirurgischen Praxis in den letzten Jahren zu einer attraktiven Alternative für eine befriedigende chirurgische Lebensposition entwickelt [2]. Darüber hinaus ist anzumerken, dass das althergebrachte Schisma zwischen der Tätigkeit in einem Krankenhaus und in einer Praxis aufgrund der wachsenden Anzahl sektorenübergreifender Kooperationen zukünftig nicht mehr zielführend sein wird.

MOTIVATION FÜR DIE NIEDERLASSUNG

Zu Beginn der chirurgischen Weiterbildung spielen Überlegungen zu einer Niederlassung meist keine Rolle. Dies ist nachvollziehbar, zumal in den ersten Jahren der Tätigkeit in der Chirurgie vor allem die Erlangung von Sicherheit bei der Diagnostik und Operationsindikation sowie von manuellen und operativen

Fähigkeiten im Vordergrund steht. Bei der Wahl der chirurgischen Weiterbildungssäule sollte aber schon berücksichtigt werden, dass die Niederlassungschancen äußerst unterschiedlich sind. So ist zum Beispiel eine Praxistätigkeit als Herzchirurg nicht möglich und als Thoraxchirurg äußerst unwahrscheinlich. Die überwiegende Mehrzahl der Niederlassungen erfolgt zurzeit in der Spezialisierung als Orthopäde und Unfallchirurg (**Tabelle 1**). Ob der in der aktuellen Musterweiterbildungsordnung [4] definierte Facharzt für Allgemeinchirurgie für die spätere Tätigkeit in einer chirurgischen Praxis geeignet ist, wird vom BDC skeptisch beurteilt. Diese Facharztqualifikation reicht nämlich u.a. nicht aus, um die Zulassung als Durchgangsarzt der gesetzlichen Unfallversicherung zu erhalten [3].

Etwa ab dem zweiten Teil der Weiterbildungszeit sollte die Möglichkeit einer späteren Tätigkeit in einer chirurgischen Praxis

Tab. 1: Facharztqualifikationen in der Niederlassung gemäß Bundesarztregister 2019 nach Bedarfsplanungsgewichten („Vertragsarztsitzen“), Stand 31.12.2019, Quelle KBV

Facharzt für	Anzahl	Anteil
Orthopädie und UCH/SP UCH	4.120	44,6 %
FA/SP Gefäßchirurgie	381	4,1 %
FA/SP Kinderchirurgie	127	1,4 %
FA/SP Plastische Chirurgie	227	2,5 %
SP Rheumatologie	275	3,0 %
SP Thorax/Thorax- und Kardiovaskularchirurgie	7	0,1 %
FA/SP Viszeralchirurgie	283	3,1 %
Andere (FA Chirurgie/Orthopädie ohne SP, Allgemeinchirurgie etc.)	3.827	41,4 %
Summe	9.247	100 %

FA = Facharzt; SP = Schwerpunkt; UCH = Unfallchirurgie

Die Statistik zeigt, dass fast die Hälfte der Vertragsarztsitze mit Orthopäden und Unfallchirurgen oder mit Chirurgen mit Schwerpunkt/Teilgebiet Unfallchirurgie besetzt ist. In der Gruppe „andere“ sind noch zahlreiche weitere Vertragsarztsitze mit dem Tätigkeitsschwerpunkt Unfallchirurgie enthalten, ohne dass diese Ärzte über eine entsprechende Schwerpunktbezeichnung verfügen.

Kalbe P: Niederlassung als Chirurg – Pro und Contra. Passion Chirurgie. 2022 Januar/Februar; 12(01/02): Artikel 03_01.



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

zumindest erwogen werden, damit vor allem gezielt spezielle operative Fertigkeiten erworben werden können, die sich später im Rahmen einer Tätigkeit in der Niederlassung ausüben lassen. Dazu gehören zum Beispiel die Arthroskopie und die Handchirurgie, die Proktologie, die Hernienchirurgie, die Kinderchirurgie und die Gefäßchirurgie.

Voraussetzung für die Niederlassung als Vertragsarzt ist formal neben einem Vertragsarztsitz lediglich die entsprechende Facharzturkunde. Es empfiehlt sich jedoch dringend, nach der bestandenen Facharztprüfung noch einige Jahre in einer verantwortlichen Position (z. B. Oberarzt) in einer Klinik oder als Angestellter in einer Großpraxis zu arbeiten. Dies schult die später erforderliche Entscheidungssicherheit sowie auch die Sicherheit in den operativen Verfahren.

Bei der Karriereplanung in der Chirurgie muss natürlich auch ein Vergleich mit der klassischen Chefarztposition erfolgen. Dieses Karriereziel hat in den letzten Jahren allerdings erheblich an Attraktivität verloren, vor allem wegen der Dominanz ökonomischer Ziele in vielen Kliniken und wegen der Abhängigkeit von der Geschäftsführung der Krankenhäuser [1].

VORTEILE DER NIEDERLASSUNG

INDIVIDUELLE GESTALTUNG DES ARBEITSUMFELDS

Aus einer Umfrage der MLP (2014) zur Motivation für die Niederlassung (**Abb. 1**) ist zu entnehmen, dass sich Krankenhausärzte dadurch insbesondere eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf versprechen [6]. Dies ist auch nachvollziehbar, weil in der Praxis die Arbeitszeiten in gewissen Grenzen selbst festgelegt werden können, solange der Sicherstellungsauftrag erfüllt wird. Insbesondere in Gemeinschaftspraxen ist es möglich, auf die individuellen Wünsche der beteiligten Partner Rücksicht zu nehmen. In Anbetracht der nachrückenden Ärzte-Generation, die auch in der Chirurgie zu erheblichen Anteilen weiblich sein wird, spielt auch die Möglichkeit einer Tätigkeitspause zur Erfüllung eines Kinderwunsches eine wichtige Rolle.

OPERATIONSSPEKTRUM

Lange Jahre war die Attraktivität der Niederlassung vor allem auch dadurch geschmälert, dass viele Chirurgen ihre gewohnte und geliebte operative Tätigkeit in diesem Rahmen nicht mehr im gewünschten Umfang fortsetzen konnten. Allerdings hat das ambulante Operieren in den letzten Jahrzehnten einen erheblichen Aufschwung genommen, so dass viele Eingriffe heutzutage auch ambulant erbracht werden können und somit das Operationsspektrum des niedergelassenen Chirurgen eher durch betriebswirtschaftliche Überlegungen limitiert ist. Für die nahe Zukunft ist ein vermehrter politischer Druck zur Verlagerung von stationären Eingriffen in den ambulanten Bereich zu erwarten. Darüber hinaus ermöglicht die Kooperation mit einem Krankenhaus auch stationäre Operationen, sei es im Rahmen einer belegärztlichen Tätigkeit oder als Kooperationsarzt.

PATIENTENBETREUUNG UND ARBEITZUFRIEDENHEIT

Kooperative Arbeitsstrukturen mit ambulant/stationären Komponenten ermöglichen auch eine kontinuierliche und durchgehende Betreuung von Patienten. Es trägt erheblich zur Arbeitszufriedenheit bei, wenn man als Chirurg seine eigenen Patienten von der Diagnostik und Indikationsstellung über die Operation und die Nachbetreuung kontinuierlich bis zur Genesung betreuen kann. Der fehlende Zugriff auf die ambulante Diagnostik und Nachbehandlung wird von leitenden Krankenhausärzten oft als das größte Manko in der rein stationären Tätigkeit angesehen.

KOLLEGIALE KOOPERATION IN GEMEINSCHAFTSPRAXEN UND MVZ

Aktuell ist der Trend zu Gemeinschaftspraxen und größeren Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) ungebrochen. Trotzdem sind noch

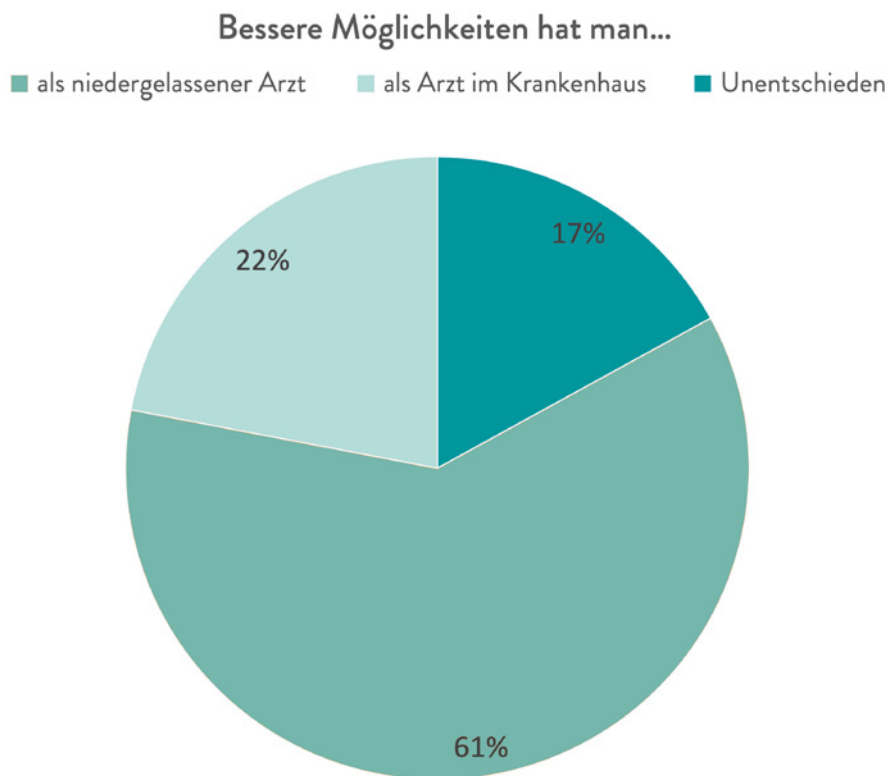


Abb. 1: Krankenhausärzte erwarten eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Niederlassung.

Das Diagramm zeigt die Antworten zur Frage: »Wer hat Ihrer Einschätzung nach bessere Möglichkeiten, Familie und Beruf miteinander zu vereinbaren: ein Arzt, der im Krankenhaus arbeitet, oder ein niedergelassener Arzt?«; modifiziert nach [6] (MLP, 2014)

etwa die Hälfte der niedergelassenen Chirurgen in Einzelpraxen tätig. Es ist aber absehbar, dass sich dieses Modell in der Zukunft nicht mehr in allen Bereichen aufrechterhalten lässt. Insbesondere die zunehmenden Anforderungen an die Qualitätssicherung, z. B. bei der Hygiene und der Aufbereitung von Medizinprodukten, erfordern einen hohen administrativen und personellen Aufwand, der von der Einzelpraxis kaum mehr geleistet werden kann. Es bietet sich daher an, in einer größeren Gemeinschaft derartige Tätigkeiten an einen der Partner oder eine Praxis-Managerin zu delegieren.

Darüber hinaus gewährleisten BAGs auch einen fortwährenden fachlichen und konsiliarischen Austausch und meist auch einen kooperativen Führungsstil mit flachen Hierarchien, was auf der Wunschliste der jungen Kolleginnen und Kollegen ganz oben steht [5]. In einer BAG kann dann auch die Geschäftsführung in professionelle Hände gegeben werden, so dass sich die Chirurginnen und Chirurgen ganz auf ihre ärztliche Tätigkeit konzentrieren können. Darüber hinaus gewährleisten größere Konstrukte

die Möglichkeit, Angestelltenpositionen mit flexiblen Arbeitszeiten anzubieten. Dies erleichtert der Nachfolge-Generation den schrittweisen Eintritt in die Niederlassung und gewährleistet auch Freiräume für die Familienplanung.

GESTALTUNGSMÖGLICHKEITEN UND KOOPERATIONSMODELLE STATIONÄR-AMBULANT

Durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) aus dem Jahr 2007 ist eine Vielzahl von Gestaltungsmöglichkeiten und Kooperationsmodellen eröffnet worden. Grundlage einer Tätigkeit in der Niederlassung ist aber in der Regel nach wie vor die Akquise eines Vertragsarztsitzes. Da bundesweit nahezu alle Bereiche in Rahmen der Bedarfsplanung für Neuzulassungen gesperrt sind, bedeutet dies regelmäßig die Übernahme eines bestehenden Sitzes, der zuvor von der zuständigen kassenärztlichen Vereinigung ausgeschrieben werden muss. Durch die Zusammenfassung der Arztgruppen Chirurgie und Orthopädie ist dies seit 2019 deutlich vereinfacht worden. Wie weiter unten ausgeführt wird, erfolgt heutzutage der

Übergang in die Niederlassung häufig über eine vorübergehende Anstellung oder durch ein Job-Sharing mit dem Seniorpartner. Darüber hinaus besteht ein Trend zur Gründung von MVZ und zur dauerhaften Angestelltentätigkeit. Die **Abbildung 2** gibt einen Einblick in die vielfältigen Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen des VÄndG, die hier nur kurz angerissen werden können.

Infolge der Verabschiedung des so genannten Antikorruptionsgesetzes im Jahr 2018 kamen vorübergehend alle stationär-ambulanten Kooperationsmodelle außerhalb des gesetzlich gesicherten Belegarztwesens auf den juristischen Prüfstand. Zahlreiche Kooperationsverträge zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Operateuren wurden daraufhin angepasst, und es sind bisher keine strafrechtlichen Konsequenzen aufgrund von widerrechtlichen Vereinbarungen bekannt geworden.

VERDIENSTMÖGLICHKEITEN

Im Hinblick auf das ärztliche Honorar hin- und her die Bereiche Chirurgie und Orthopädie

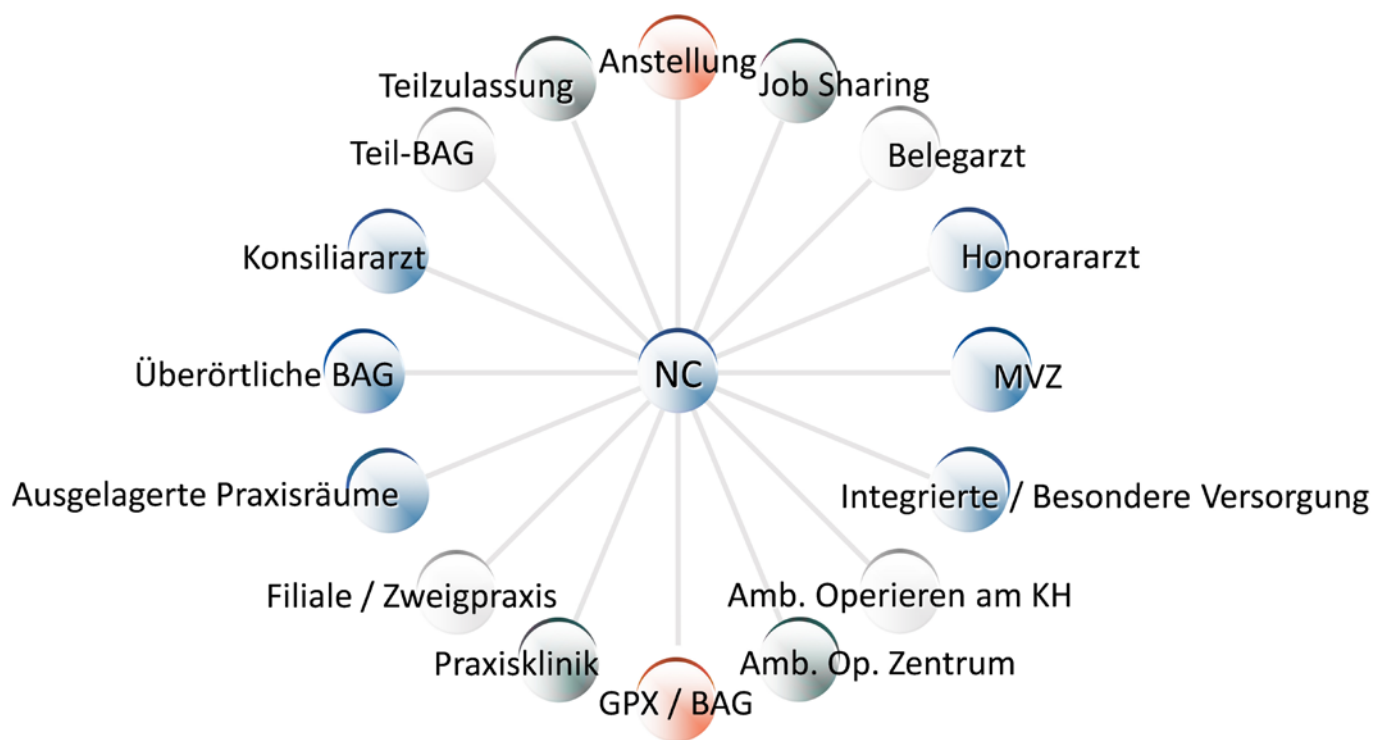


Abb. 2: Vielfältige Gestaltungsmöglichkeiten nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG); Abkürzungen: NC=Niedergelassener Chirurg, GPX=Gemeinschaftspraxis, BAG=Berufsausübungsgemeinschaft, MVZ= Medizinisches Versorgungszentrum

gegenüber den Entwicklungen im Hausarztbereich und auch anderer Facharztgruppen leider etwas hinterher, soweit es die „Kassenmedizin“ betrifft. Allerdings bietet insbesondere die unfallchirurgische Tätigkeit als Durchgangsarzt weitere Verdienstmöglichkeiten, und die operative Tätigkeit bei Privatpatienten ist durchaus als lukrativ zu betrachten. Insofern lässt sich dieses Manko kompensieren und in der Praxis sind je nach Struktur und Patientenklintel Einkünfte möglich, die sich gegenüber den Gehältern in Leitungspositionen im Krankenhaus nicht verstecken müssen und diese sogar übertreffen können.

POTENZIELLE NACHTEILE DER NIEDERLASSUNG

ARBEITSBELASTUNG

Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit im niedergelassenen Bereich liegt etwas höher als die tarifvertraglich vereinbarte Arbeitszeit im Krankenhaus. Allerdings fallen in der Niederlassung die körperlich und mental belastenden Nacht- und Wochenend-Dienste weg. Es muss zwar der Kassenärztliche Bereitschaftsdienst abgeleistet werden, dieser fällt jedoch deutlich seltener an und kann in den meisten Fällen an Vertretungsringe abgegeben werden.

Darüber hinaus erfordert die Tätigkeit in einer Praxis eine Vielzahl von bürokratischen Tätigkeiten im Rahmen des Qualitätsmanagements, des Personalmanagements und der Abrechnung. Somit wird vom niedergelassenen Chirurgen ein gewisses Maß an Unternehmertum und betriebswirtschaftlichem Engagement erwartet. Dabei ist aber im Vergleich zu berücksichtigen, dass auch bei einer Krankenhauskarriere irgendwann Positionen erreicht werden, die eine zusätzliche organisatorische und administrative Verantwortung erfordern, zum Beispiel als leitender Oberarzt oder als Chefarzt.

WIRTSCHAFTLICHES RISIKO

Als Niederlassungshemmnisse werden stets die typischen Risiken des freien Unternehmertums angeführt. Dies ist zwar grundsätzlich

richtig, jedoch ist das unternehmerische Risiko einer Arztpraxis im Allgemeinen sehr gering. Insolvenzen sind ausgesprochen selten und in der Regel nicht auf mangelnde Einkünfte aus der Praxis zurückzuführen, sondern auf unverhältnismäßige private Entnahmen oder fehlgeschlagene Kapitalanlagen.

Es bleibt aber die Hürde einer notwendigen Investition im sechsstelligen Eurobereich beim Einstieg als Partner in eine Praxis oder bei Praxisübernahme. Dieses finanzielle Risiko wird heute üblicherweise dadurch verringert, in dem anfangs eine Beteiligung im Rahmen einer Anstellung erfolgt. Dies ermöglicht es dem potenziellen Praxispartner, für einige Jahre sowohl die Eignung der Tätigkeit als auch die wirtschaftliche Rentabilität zu überprüfen, um dann später als Partner in die Gemeinschaft einzusteigen oder die Praxis zu übernehmen. Diese Konstruktion ist typisch für Gemeinschaftspraxen und MVZ. Aber auch für Einzelpraxen eröffnet sich die Möglichkeit, einen gleitenden Übergang zum Beispiel durch die Teilung eines Vertragsarztsitzes oder durch ein Jobsharing zu gewährleisten.

BUDGETIERUNG UND REGRESSE

Das Thema Budgetierung hat zuletzt etwas an Bedeutung verloren. Durch die Regelungen des Terminservice – und Versorgungsgesetzes (TSVG, 2019) werden nunmehr in vielen chirurgischen Arztpraxen mehr als die Hälfte der Fälle extrabudgetär vergütet. Dies ist überwiegend darauf zurückzuführen, dass zahlreiche Patienten so genannte „neue Patienten“ sind. Dies hat das Problem der Honorar-Budgetierung durch ein begrenztes Regelleistungsvolumen deutlich entschärft. Darüber hinaus erbringen gerade niedergelassenen Chirurgen einen erheblichen Leistungsanteil mit ambulanten und belegärztlichen Operationen, die grundsätzlich extrabudgetär vergütet werden.

Auch das Menetekel des Arzneimittel- oder Heilmittelregresses spielt in der Versorgungsrealität nur eine untergeordnete Rolle. Wer sich an die Vorgaben und Empfehlungen der kassenärztlichen Vereinigungen hält, kommt in der Regel mit den Budgets für

Medikamente und physikalische Therapie gut zurecht. Darüber hinaus gibt es zahlreiche Ausnahmeregelungen für bestimmte Diagnosen (ICD-Codes).

AUSFALL WESENTLICHER LEISTUNGSANTEILE

Es bleibt aber ein gewisses Restrisiko bei speziellen Praxis-Konstellationen. Im Rahmen der Corona Pandemie sind zum Beispiel im Jahr 2020 für mehrere Monate elektive Operationen nicht zulässig gewesen. Wenn eine Praxis überwiegend oder ausschließlich auf ambulante Operationen bzw. belegärztlich oder kooperationsärztlich erbrachtes Honorar ausgerichtet ist, kann ein derartiger Lockdown existenzgefährdende Einnahmeverluste mit sich bringen. Es empfiehlt sich daher aus unternehmerischer Sicht eine breite Aufstellung des Leistungsangebotes, welches in der Regel und entsprechend dem Sicherstellungsauftrag der kassenärztlichen Vereinigung auch die chirurgische Grundversorgung mit umfassen muss. Dies bedeutet zum Beispiel die Akutversorgung von kleinen Verletzungen einschließlich der Wundversorgung sowie die Behandlung von entzündlichen Veränderungen, Abszessen, von chronischen Wunden und von degenerativen Veränderungen der Bewegungsorgane.

ORTSGEBUNDENHEIT ALS PRAXIS-PARTNER

Es steht außer Frage, dass die Investition in eine Praxis zu einer Bindung an den Ort der Niederlassung führt. Diesem Problem kann aber durch eine ausreichend lange Orientierungsphase als angestellter Facharzt in der beabsichtigten Kooperation begegnet werden. Darüber hinaus ist seit 2012 die so genannte Residenzpflicht aufgehoben worden. Somit ist es heutzutage möglich und gelebte Realität, dass man als niedergelassener Chirurg z. B. in einer Großstadt wohnt und in einer Praxis in einer Kleinstadt tätig ist.

UNSIKERHEITEN DER GESUNDHEITSPOLITIK

Im Gegensatz zur hausärztlichen Tätigkeit haben die Fachärzte in der Niederlassung nur geringen politischen Rückhalt. Immer wieder wird die überkommene These von der „doppelten Facharztschiene“ vorgebracht. Dies

erscheint unter Berücksichtigung der europäischen Dimension nicht ganz unbegründet, zumal es in vielen EU-Ländern keine niedergelassenen Fachärzte gibt. Andererseits hat sich insgesamt die Ausgestaltung der ambulanten Gesundheitsversorgung in Deutschland gerade in Zeiten der Corona Pandemie sehr bewährt, so dass der BDC aktuell keine politischen Aktivitäten für eine Abschaffung der Facharzt-Praxen erwartet. Das Ergebnis der letzten Bundestagswahl zeigt allerdings, dass sich politische Konstellationen rasch ändern können. Dies mit allen damit verbundenen Imponderabilien.

FAZIT

Unter Abwägung der geschilderten Vor- und Nachteile ist die Niederlassung in einer chirurgischen Praxis, insbesondere im Rahmen

einer stationär / ambulanten Kooperation, eine attraktive Alternative zur chirurgischen Karriere in einem Krankenhaus. Dies im Gegensatz zu früheren Einschätzungen durchaus auch als primäres Karriereziel. Auch bei sich ändernden politischen Rahmenbedingungen wird es immer unternehmerisch agierende Fachärzte in der Selbständigkeit geben, insbesondere in Kooperationsmodellen mit dem stationären Sektor.

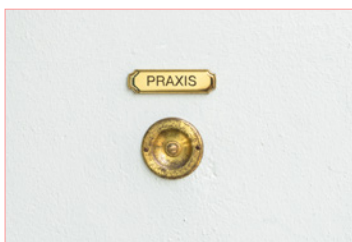
LITERATUR

- [1] Hoffmann, R. (2020) Chefarzt – ein Auslaufmodell?! Orthopädie und Unfallchirurgie 2020; 10 (6) 47-49
- [2] Kalbe P. (2016) Karriere in der Niederlassung – Eine attraktive Alternative. Passion Chirurgie 2016 September, 6(09): Artikel 02_02

- [3] Kalbe, P.: (2016) Neuordnung des BG-lichen Heilverfahrens aus der Sicht eines niedergelassenen D-Arzt Unfallchirurg 2016 · 119:915–920 DOI 10.1007/s00113-016-0247-4. Online publiziert: 14. Oktober 2016
- [4] Bundesärztekammer: Musterweiterbildungsordnung 2018 <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/ausweiter-fortbildung/weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung/> zuletzt zugegriffen 6.11.2021
- [5] KBV: (2019) Berufsmonitoring Studierende 2018 Kassenärztliche Bundesvereinigung, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
- [6] MLP (2014) Gesundheitsreport 2014. <https://mlp-se.de/redaktion/mlp-se-de/gesundheitsreport-microsite/2014/praesentation-gesundheitsreport-2014.pdf> zuletzt zugegriffen 6.11.2021

BDC|AKADEMIE

BDC|SEMINARE FÜR NIEDERGELASSENE



Das Seminarangebot des BDC für Niedergelassene fokussiert auf deren spezifische Bedürfnisse. Alle wesentlichen Aspekte rund um die Praxisführung stehen hier im Vordergrund. Fragen der Wirtschaftlichkeit und Bewertung, aber auch der Abgabe und Übernahme einer Praxis werden mit Experten aus den verschiedenen Bereichen diskutiert. In allen Fortbildungen werden von erfahrenen Referierenden praxisnahe Tipps zur eigenen Praxisführung vermittelt – nach dem Motto: aus der Praxis für die Praxis. Ein zweiter Schwerpunkt sind Seminare zu aktuellen Änderungen der Gebührenordnungen.

(UV-) GOÄ und BG Abrechnung	Dr. Peter Kalbe	online	19.03.22
EBM Abrechnung	Dr. Jörg-A. Rüggeberg	online	19.03.22
IT für Chirurgen in Klinik und Praxis (DCK)	Dr. Jörg-A. Rüggeberg, Dr. Peter Kalbe	Leipzig	08.04.22
IT für die chirurgische Klinik und Praxis	Dr. Peter Kalbe, Dirk Farghal	Leipzig	08. - 09.04.22
Praxis-Optimierung	Dr. Peter Kalbe, Dr. Jörg-A. Rüggeberg, Dirk Farghal	Berlin	13. - 14.05.22

Mehr Information und Anmeldung...



EDV, Apps, IT... in der Arztpraxis

Ein entscheidender Baustein in der Niederlassung ist eine hoch effiziente und leistungsfähige IT und EDV. Allein das derzeit letzte Digitalisierungsgesetz, das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVGPMG), bringt eine Fülle von digitalen Neuerungen in das Gesundheitswesen und damit auch in die Arztpraxis, denen Sie sich in der Niederlassung nicht entziehen können.

Gehen wir mal davon aus Sie haben sich eigentlich schon für eine Niederlassung entschieden, sind sich aber noch nicht sicher und möchten nun wissen, was da kostenmäßig und organisatorisch auf Sie zukommt, dann sind IT, EDV, Apps und Digitalisierung ein sehr wichtiger Teil. Mit Einführung des E-Health-Gesetzes, welches am 29. Dezember

2015 in Kraft getreten ist, soll die Einführung einer digitalen Informations- und Kommunikationsstruktur im Gesundheitswesen vorangetrieben werden.

Diese unvollständige Auflistung der wichtigsten Neuerungen in **Tabelle 1** macht klar, ohne IT und EDV geht nichts mehr. Weiteres wird mit Sicherheit folgen! Also müssen wir uns zunächst mit dem passenden Praxisverwaltungssystem (PVS) befassen. Dieses Programm ist das digitale Fundament Ihrer Praxis. Ohne dieses läuft gar nichts. Also brauchen wir eine Software, welche zukunftsfähig ist, d. h. alle Tools, PC, Tablet, Smartphone unterstützt, an die ich alle möglichen Geräte wie Röntgen, Sonographie, EKG, EEG, Labor, OP und auch Großgeräte wie MRT und

**Dirk Farghal**

Stellv. Leiter des Themen-Referates
„Niedergelassene“ im BDC
Arbeitsgemeinschaft der Beleg- und
Kooperationsärzte (AG BeKo) im BDC
Chirurgische Praxis am Hauptbahnhof
Bahnhofplatz 9
97424 Schweinfurt
dirk.farghal@t-online.de

Farghal, D: EDV, Apps, IT... in der Arztpraxis.
Passion Chirurgie. 2022 Januar/Februar;
12(01/02): Artikel 03_02.



Diesen Artikel finden Sie auf BDCOnline
(www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen |
Fachgebiete | Niederlassung

Tabelle 1: Einführung digitaler Informations- und Kommunikationsstrukturen [1] [2]

1.4.2017	Vergütung von Telekonsilen bei Röntgenuntersuchungen
1.4.2017	Finanzielle Förderung von Videosprechstunden
1.1.2018	Medikationsplan in elektronischer Form
1.7.2018	Online-Datenabgleich und Prüfung der Versichertenstammdaten verpflichtet
1.7.2020	Elektronischer Arztbrief (eArztbrief)
1.7.2021	Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) in den Praxen
1.1.2022	Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) in den Krankenhäusern

CT anbinden kann, die mir in der Zukunft die Sektorengrenzen überbrückt und über eine HL7/FHIR-Schnittstelle auch mit einem Krankenhausinformationssystem (KIS) kommunizieren kann. Wir sprechen hier von der Interoperabilität der Systeme. Ihr PVS-System muss zudem verschiedene Fachdisziplinen bedienen können, das macht diese auch in MVZs oder Berufsausübungsgemeinschaften (BAGs) nutzbar. Die PVS muss von der KBV zertifiziert sein. Eine aktuelle Liste der zertifizierten PVS-Systeme finden Sie auf der [Homepage der KBV](#).

Die Auswahl der PVS bedingt gleichzeitig die Auswahl eines geeigneten IT-Server und der geeigneten Hardware. Welcher PC, welches Tablet, welcher Server, welcher Drucker etc. und wie organisiere ich jetzt die notwendige Telematikinfrastruktur. Die Implementierung der Telematikinfrastruktur ist sehr kompliziert und bedarf der Fachberatung. Sie benötigen den Heilberufe Ausweis (HBA2) neuster Generation, noch benötigen Sie einen Konnektor, Kartenleserterminals der neusten Generation und SMC-B (Security Module Card Typ B) auch Praxisausweis genannt. Einen guten Überblick finden Sie bei der [Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg](#). Sie haben Ihr PVS ausgesucht, die Telematik ist implementiert? Haben Sie auch an die weiteren Softwarekomponenten gedacht? Sie benötigen weitere Programme, um Ihr digitales Röntgen zu betreiben, Dokumente und Bilder zu speichern und Sie müssen eine KIM-Dienst (Kommunikation im Medizinwesen) aussuchen, um mit den verschiedenen Playern des Gesundheitswesens elektronisch kommunizieren zu können bzw. zu dürfen.

Bitte denken Sie auch an die IT-Sicherheit. Seit dem 01.04.2021 ist die gültige IT-Sicherheitsrichtlinie § 75b SGB 5 zur Sicherung von Praxis- und Patientendaten in Kraft. Hier werden hohe Sicherheitsstandards angelegt. Genaue Informationen finden Sie bei der KBV. Für die Einhaltung der Richtlinie sind Sie als Praxisbetreiber verantwortlich und Sie haften auch. Weiteres ist auch in der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) geregelt. Zunehmend geraten auch Gesundheitseinrichtungen und damit auch Arztpraxen in das Visier des Cybercrime. Was eine erfolgreiche Cyberattacke für eine Praxis bedeuten kann verdeutlicht dieses Schaubild. Aber auch Ihr IT-Haus muss in der Zukunft gemäß der Sicherheitsrichtlinie SGB 5 § 75b von der KBV zertifiziert sein.

Sie haben diese Hürden genommen, jetzt wissen Sie was Sie brauchen und wollen. **Und die Kosten?** Billig wird das nicht. Für eine chirurgische/orthopädische Einzelpraxis dürfen Sie für die Erstinstallation einer IT/EDV mit Hardware einen mittleren bis höheren fünfstelligen Betrag einplanen. Hinzukommen diverse monatliche Lizenzgebühren, sowie Personalqualifizierungsmaßnahmen. Sie benötigen eine Cyberversicherung, eine Technik-/IT-/EDV-Versicherung und eine Praxisausfallversicherung. Jede einzelne Versicherung schlägt mit 2.000 bis 3.000 Euro im Jahr zu buche.

Anlässlich eines Vortrages beim Kongress der Deutschen Chirurgie in Berlin 2017 hatte ich die Kosten zusammengerechnet und kam für eine chirurgisch-orthopädische Einzelpraxis mit D-Arztzulassung und eigenem OP, auf einen jährlichen Betrag mit Tilgungsraten



Abb.1: Kostenpositionen bei einem IT-Ausfall/-Schaden

Quelle: Dahl A: Cyberrisiken – Wie groß ist die Bedrohung und welche Absicherungskonzepte gibt es? Passion Chirurgie. 2018 September, 8(09): Artikel 04_04. <https://www.bdc.de/cyberrisiken-wie-gross-ist-die-bedrohung-und-welche-absicherungskonzepte-gibt-es/>

für IT/EDV, Lizenzgebühren, Versicherungen und monatliche Servicepauschalen an das IT-Haus, auf fast 25.000 Euro. In einer BAG oder einem MVZ verteilen sich die Kosten auf mehrere Schultern und relativieren sich dann. Zur Umsetzung der DSGVO mussten Praxen 2018 im Schnitt insgesamt 2.487 Euro für Maßnahmen aufwenden. 2019 sind diese Aufwendungen um rund 18 Prozent auf 2.932 Euro gestiegen. Insgesamt schlugen die Kosten für IT in allen Praxisformen 2019 mit rund 6.000 Euro pro Jahr für Facharztpraxen mit rund 7.000 Euro pro Jahr zu Buche. Die Steigerung betrug 60 Prozent gegenüber 2017. Für das Terminmanagement sind den Praxen – vor allem mit den Regelungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) seit Mai 2019 – Aufwendungen von 885 Euro entstanden. [3]

Die DSGVO fordert für größere Einrichtungen ab 20 Mitarbeiter mit Zugang zur IT, Datenschutzbeauftragte. Für Datenschutzbeauftragte sind Aufwendungen von im Durchschnitt EUR 1.591 für externe Datenschutzbeauftragte oder Fort- und Weiterbildungen der internen Datenschutzbeauftragten angefallen. Die Aufwendungen betrafen Haus- und Facharztpraxen mit ca. 1.806 Euro. [3] Weitere Kosten werden im Rahmen weiterer Digitalisierungsprozesse und Gesetze folgen.

Zusammenfassend ist dies für eine chirurgische Einzelpraxis nur noch sehr schwer zu leisten. Wenn Sie immer noch mit dem Gedanken spielen sich niederlassen zu wollen, dann ist die BAG oder das MVZ zu empfehlen, da die IT-/EDV-Kosten nicht die einzigen Kosten sind.

Hinzu kommen stark steigende Personalkosten von ca. 18 Prozent in den letzten drei Jahren, steigende Hygienekosten und steigende Sach- und Materialkosten usw.. Die Ertragssteigerungen in der GKV von Seiten der KV decken nicht mal mehr die Inflationsrate, das Gezerre um eine GOÄ und die ewige, immer enger werdende Diskussion um eine Bürgerversicherung sind auch nicht gerade motivierend. Aber Niederlassung bedeutet ja nicht gleich Selbständigkeit!

LITERATUR

- [1] www.bundesgesundheitsministerium.de/e-health-initiative.html
- [2] www.kbv.de/html/e-health.php
- [3] Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) 2020 ○

NIEDERLASSUNG



© iStock/a-image

Vorbereitung auf die Niederlassung: Worauf soll man schon während der klinischen Weiterbildung achten?

Die Entscheidung für eine der acht Säulen der chirurgischen Weiterbildung fällt meist aufgrund persönlicher Neigungen oder abhängig von Erfahrungen während des PJ oder dem aktuellen Stellenangebot. Es ist aber zu beachten, dass die Eignung für eine spätere Niederlassung höchst unterschiedlich ist. Unter Berücksichtigung der häufigsten Erkrankungen und Verletzungen und der Struktur der jetzt in den Praxen tätigen Chirurgen ist die Weiterbildung zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie (FA OU) am ehesten zielführend. Dies am besten mit einer ausgiebigen Rotation in einer breit aufgestellten

Allgemeinchirurgie. Die Säule Allgemeinchirurgie allein lässt dagegen keine Tätigkeit als Durchgangsarzt zu und ist daher aus Sicht des BDC für ein Karriereziel Niederlassung weniger geeignet, es sei denn in einer Gemeinschaftspraxis mit einem Orthopäden/Unfallchirurgen. Herzchirurgie und Thoraxchirurgie sind ungeeignet für die Praxistätigkeit, die übrigen Spezialisierungen dafür umso mehr. Allerdings ist die Auswahl an spezialisierten Praxen numerisch deutlich geringer.

Sofern eine spätere Niederlassung infrage kommt, empfiehlt es sich, im Rahmen der



Dr. med. Peter Kalbe
Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Gelenkzentrum Schaumburg
Stückenstraße 3
31737 Rinteln
kalbe@bdc.de

Kalbe P: Vorbereitung auf die Niederlassung:
Worauf soll man schon während der klinischen
Weiterbildung achten? *Passion Chirurgie*. 2022
Januar/Februar; 12(01/02): Artikel 03_03.



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

letzten Jahre der Klinik-Tätigkeit einige wichtige Details im Auge zu behalten. Im Gegensatz zum Krankenhaus sind bei der Tätigkeit als Vertragsarzt zahlreiche Leistungen genehmigungspflichtig und abhängig von Qualifikationsnachweisen, die nach der Klinikzeit nur mit großen Schwierigkeiten nachgeholt werden können.

TÄTIGKEIT ALS DURCHGANGSARZT

Voraussetzung ist u. a. eine ausgiebige Erfahrung in der Unfallchirurgie, am besten in der Kombination der Säule Orthopädie und Unfallchirurgie (sechs Jahre) mit der Zusatz-Weiterbildung (ZWB) „Spezielle Unfallchirurgie“ (zwei Jahre zusätzlich). Ersatzweise ist eine Zulassung als D-Arzt auch ohne diese ZWB möglich, wenn nach der Facharztanerkennung mindestens ein Jahr Tätigkeit in einem Krankenhaus mit VAV- oder SAV-Zulassung nachgewiesen wird. Diese Tätigkeit ist dann allerdings mit einem eingeschränkten Operationsspektrum verbunden.

Darüber hinaus ist darauf zu achten, dass im Klinik-Zeugnis die Erstellung von Rentengutachten und Zusammenhangsgutachten für die BG sowie Erfahrungen im Berichtswesen und im Reha-Management nachgewiesen werden. Die regelmäßige Einbindung in die fachbezogene Röntgendiagnostik (incl. Schädel und Durchleuchtungen) muss im Arbeitszeugnis bestätigt werden. Die Zulassung zum Durchgangsarztverfahren erfolgt auf Antrag durch den zuständigen Landesverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV).

RÖNTGENDIAGNOSTIK

Die Fachkunde im Strahlenschutz wird in der Regel schon im Verlauf der Klinik-Tätigkeit erworben, weil dies Voraussetzung für die Indikationsstellung ist. Dabei ist darauf zu achten, dass diese nicht auf die Notfalldiagnostik begrenzt ist, sondern auf einen konkreten Körperbereich (z. B. Skelett) abgestellt ist. In der aktuellen MWBO (2018) ist für den FA OU erfreulicherweise wieder die gesamte Röntgendiagnostik der Bewegungsorgane eingeschlossen. Trotzdem müssen für den

Antrag bei der zuständigen kassenärztlichen Vereinigung (KV) für die Röntgendiagnostik des gesamten Skeletts eine ständige Tätigkeit in der entsprechenden Röntgendiagnostik möglichst genau spezifiziert und durch ein Zeugnis eines entsprechend zu dieser Weiterbildung Zugelassenen nachgewiesen werden.

SONOGRAPHIE

Die sonographische Diagnostik ist in unterschiedlicher Spezialisierung und Umfang Bestandteil der Weiterbildung in allen chirurgischen Säulen. Trotzdem fordert die KV beim Genehmigungsverfahren den Nachweis durch Zeugnis eines fachkompetenten Weiterbildungers und eine gewisse Mindestanzahl von Untersuchungen, z. B. für die Sonographie des „Bewegungsapparats“ mindestens 200 B-Mode-Sonographien der Bewegungsorgane. Einzelheiten finden sich in der **Ultraschall-Vereinbarung**.

AMBULANTE OPERATIONEN

Grundsätzlich muss die Genehmigung zur Durchführung von ambulanten Operationen bei der KV beantragt werden. Dabei werden nur Eingriffe genehmigt, die Inhalt der nachgewiesenen Weiterbildung sind. Ein Nachweis spezieller Kompetenzen erfolgt am einfachsten durch den Erwerb einer entsprechenden Zusatz-Weiterbildung (s. unten), kann aber auch durch ein qualifiziertes Zeugnis erbracht werden.

ARTHROSKOPIE

Arthroskopische Operationen sind Standard in der Weiterbildung zum FA OU. Sofern nicht die ZWB „Spezielle orthopädische Chirurgie“ erworben wurde, müssen allerdings der KV für die Genehmigung mindestens 180 arthroskopische Gelenkeingriffe verschiedener Art durch Zeugnis nachgewiesen werden. Einzelheiten dazu finden sich in der **Arthroskopie-Vereinbarung**.

Folgende Zusatzweiterbildungen (ZWB) erscheinen aus unserer Sicht für niedergelassene Chirurgen sinnvoll (ohne Anspruch auf Vollständigkeit):

ZWB HANDCHIRURGIE

Nur in 24 Monaten Weiterbildung im Anschluss an eine Facharztanerkennung in Allgemeinchirurgie, Kinderchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie oder Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie zu erwerben. Eröffnet den Zugriff auf einen zusätzlichen Leistungskomplex im EBM. Dieser ist allerdings nicht höher bewertet als analoge Leistungskomplexe der Bewegungsorgane allgemein und somit aus betriebswirtschaftlicher Sicht verzichtbar. Allerdings ist die ZWB anzeigefähig auf dem Praxischild und den Praxis-Dokumenten, was eine öffentliche Darstellung der speziellen Fachkompetenz ermöglicht. Handchirurgische Operationen gehören zu den häufigsten ambulanten Eingriffen.

ZWB SPORTMEDIZIN

Kann berufsbegleitend durch 240 Stunden Kursweiterbildung und 120 Stunden sportärztliche Tätigkeit erworben werden. Eröffnet keine zusätzlichen Abrechnungsmöglichkeiten, kann aber Türöffner sein zum Erschließen der entsprechenden Klientel.

ZWB MANUELLE MEDIZIN

Kann entweder berufsbegleitend (320 Stunden Grund- und Aufbaukursus) oder durch

12-monatige Tätigkeit in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte erworben werden. Eröffnet auf Antrag bei der KV den Zugriff auf die EBM Nrn. 30200 und 30201 und kann eine sehr sinnvolle Erweiterung des Therapiespektrums einer orthopädisch ausgerichteten Praxis sein. Auch als Tätigkeitsschwerpunkt und Alleinstellungsmerkmal möglich.

ZWB AKUPUNKTUR

Kann berufsbegleitend durch 200 Stunden Kursweiterbildung erworben werden. Eröffnet auf Antrag bei der KV den Zugriff auf die EBM-Nrn. 30790 und 30791, allerdings begrenzt auf die Indikationen LWS-Schmerzen und chronische Knieschmerzen durch Gonarthrose und begrenzt in der Therapiemenge. Die ZWB Akupunktur ist eine sinnvolle Ergänzung für eine orthopädisch konservativ ausgerichtete Praxis und eine beliebte IGeL-Leistung für die nicht vom EBM abgedeckten Indikationen.

ZWB PHLEBOLOGIE

Kann berufsbegleitend erworben werden. Eröffnet keine zusätzlichen Abrechnungsmöglichkeiten. Der „phlebologischen Basiskomplex“ (EBM Nr. 30500) und die Varizenverödung (EBM 30501) können von allen Chirurgen erbracht und abgerechnet werden, sofern der Leistungsinhalt erfüllt wird. Auch diese ZWB ist anzeigefähig auf dem Praxischild und den

Praxis-Dokumenten, was eine öffentliche Darstellung der speziellen Fachkompetenz ermöglicht.

ZWB PROKTOLOGIE

Diese ZWB Kann von Allgemeinchirurgen, Viszeralchirurgen und Kinderchirurgen berufsbegleitend durch 12-monatige Tätigkeit unter Befugnis erworben werden und ist sinnvoll zur Darstellung einer Spezialisierung. Proktologische Eingriffe finden sich ebenfalls in der Hitliste der häufigsten ambulanten Operationen. Proktologische Schwerpunktpraxen behandeln häufig auch alle Erkrankungen des Rektums, ggfs. sektorenübergreifend auch mit stationären Operationen.

Über die hier aufgeführten Formalien hinaus sind natürlich weitere Planungen und Überlegungen im Vorfeld einer Niederlassung von Bedeutung, vor allem die Übernahme eines geeigneten Vertragsarztsitzes. Diese und andere - auch individuelle - Fragen werden diskutiert und hoffentlich auch beantwortet im Rahmen eines BDC-Workshops zum Thema „Vorbereitung auf die Niederlassung“ beim Chirurgenkongress DCK 2022 in Leipzig. Das Programm finden Sie [HIER](#). 



Niedergelassene Gefäßchirurgie, eine Chance für die Zukunft?

Der medizinische Fortschritt, die Veränderungen der Erwartungen von Patient:innen und die sinkende Zahl an Ärzte:innen fordern die Gefäßchirurgie als hochspezialisiertes Fach in besonderer Weise. Die Demographie gibt vor, dass die vorhandenen Probleme zunehmen werden. Es gibt keine weitreichenden Konzepte, diesen Herausforderungen wirklich gerecht werden zu können. Die Beschreibung des Problems trägt alleine nicht zur Lösung bei, denn es bedarf zeitversetzter, konkreter Lösungsansätze um kurz-, mittel- und langfristig den berechtigten Anforderungen der Patient:innen Rechnung tragen zu können. Wir versuchen hier eine ehrliche Beschreibung

der Versorgungssituation und erreichbarer, patientenrelevanter Verbesserungen.

EXKLUSIVE GEFÄSSCHIRURGIE

In Deutschland sind ca. 409.100 Ärzte:innen tätig, ca. 161.400 ambulant, ca. 211.900 stationär und ca. 35.800 außerhalb der klinischen Versorgung. Davon sind weniger als 2.000 Gefäßchirurg:innen. Der Anteil der ambulanten Gefäßchirurg:innen beträgt ca. 0,14 %, stationär ca. 0,69 %! Der Anteil der ambulant tätigen Gefäßchirurg:innen an den Ärzte:innen beträgt damit ca. 0,06 %, im stationären Bereich ca. 0,39 %! [1]. 2020 waren



Korrespondierender Autor:

Dr. med. Sven Gregor

Kölner Landstr 135
40591 Düsseldorf
s.gregor@email.de

Dr. med. Kerstin Schick

St. Bonifatius-Str. 5
81541 München

Dr. med. Christiana Müller

Neutor 28-32
46325 Borken

Dr. med. Siamak Pourhassan

Zur Post 4-6
46145 Oberhausen

Priv. Doz. Dr. med. Thomas Noppeney

Krankenhaus Martha-Maria Nürnberg
Stadenstraße 58
90491 Nürnberg

Dr. med. Jürgen Pleye

Pottkamp 17
48149 Münster

Gregor S, Schick K, Müller C, Pourhassan S, Noppeney T, Pleye J: Niedergelassene Gefäßchirurgie, eine Chance für die Zukunft? Passion Chirurgie. 2022 Januar/Februar; 12(01/02): Artikel 03_04.



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

998 Kolleg:innen mit Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung Gefäßchirurgie ambulant tätig, 353 mit Ermächtigung [2]. Auch wenn es gelingt mittel- und langfristig mehr Anzahl und Qualität zur Verfügung zu stellen, zeigt die absolute Zahl der Kolleg:innen, dass dies alleine nicht reichen wird. Die personelle Exklusivität ist beeindruckend. Doch ist diese Exklusivität wirklich erstrebenswert?

DAS UMFELD

Im Umfeld der sektorenübergreifenden Versorgungskonkurrenz sind funktionierende, patientenfreundliche Kooperationsstrukturen aus Angst vor juristischen Komplikationen („Korruption“) aufgelöst und zerschlagen worden. Die Versorgung der Patient:innen hat sich durch den Neuaufbau erheblicher Barrieren, gegen den expliziten, politischen Wunsch, konkret verschlechtert. Damit kein Missverständnis entsteht: Es war unstrittig wichtig und richtig, korrupte Handlungen im Gesundheitswesen auch juristisch als das zu beschreiben was sie waren und klarzustellen, dass z. B. Zuweiserpauschalen dem gesamten Geist und Sinn des gesamtgesellschaftlich finanzierten Gesundheitssystems widersprechen.

GEFÄSSCHIRURGIE VERDIENT GELD

Aus Sicht des Krankenhausträgers sind zuweisende Gefäßchirurg:innen eine „Cash cow“. Sie weisen lukrativ abrechenbare Patient:innen

zu, die mit geringem Personalaufwand zu hohen DRGs abgerechnet werden können. Sie glauben das nicht? Kennen Sie konservative Abteilungen die, obwohl sie kein Personal im Operationssaal binden müssen, mit ähnlich kleinen ärztlichen Teams vergleichbare Stationen belegen. Rechnet man die Anzahl der Gefäßchirurg:innen in Bezug zu den CMI Punkten, dann sind wir zumindest eines der goldenen Kälber der Krankenhauslandschaft. Kein Krankenhausbetriebswirt würde es sich sonst leisten, eine der vielen kleineren und kleinen Abteilungen in Deutschland zu betreiben. Kein Krankenhaus wäre bereit die hohen, nahezu regelhaft außertariflichen Gehälter gefäßchirurgischer Oberärzte (die wir den Kolleg:innen ausdrücklich gönnen!) zu bezahlen.

WIE KÖNNTEN KURZFRISTIG UMSETZBARE KOOPERATIONEN AUSSEHEN?

Es gab sehr erfolgreiche, patientenzentrierte, gut gelebte Kooperationsmodelle. Gefäßchirurg:innen können die gesamte Behandlungskette vollständig betreuen. Sie können Patient:innen vollständig ambulant diagnostizieren, die langfristige ambulante Behandlungsart mit abwägen, diese ggf. im Verlauf anpassen, die operative Therapie (ambulant oder stationär) vornehmen, die direkte Nachbehandlung leiten, und die dauerhafte Nachbehandlung gewährleisten. Ein Wunsch, der organisatorisch (wenn es alle wollen) umsetzbar ist.

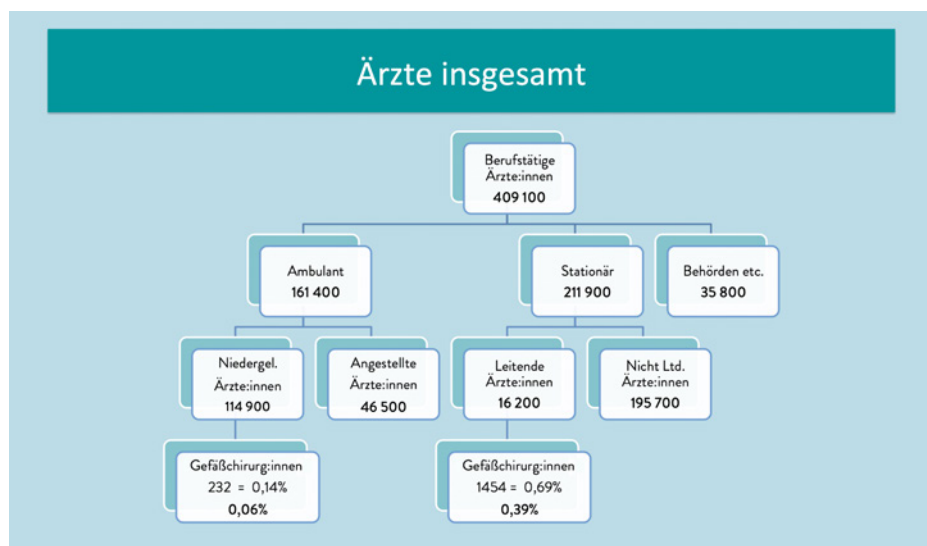


Abb. 1: Ärzte in Deutschland [1]

NIEDERGELASSENE GEFÄSSCHIRURG:INNEN ALS AKQUISE-INSTRUMENT

Ein Krankenhaus als betriebswirtschaftlich geführtes Unternehmen (leider spielt die volkswirtschaftliche Betrachtung meist keine Rolle) muss, wie jedes andere Unternehmen auch, Ressourcen verwenden, um Geld zu verdienen. Es muss Zeit, Personal und Geld investiert werden, damit geeignete Patient:innen ins Haus gelangen. Es wird nur bezahlt, wenn vor Ort behandelt wird. Es kann dem Krankenhaus nichts Besseres passieren, als eine enge Kooperation mit auswärtigen Gefäßchirurg:innen. Sie sind für das Krankenhaus kostenlos, sie verbrauchen keine Räume, stellen keine Gehaltsansprüche, müssen nicht fortgebildet werden, fordern keine Rücklagenbildung, keine Vertretungsregelungen und keine 24h Dienstbereitschaften. Die Zeit für die Akquise von Patient:innen ist eine kostenlos in Anspruch genommene Leistung auf Chefarztniveau. Niedergelassene Ärzte:innen treffen alle medizinischen Entscheidungen eigenverantwortlich, vollumfänglich und letztinstanzlich. Dementsprechend ist die Leistung der niedergelassenen Kolleg:innen als chefarztähnliches Akquise-Instrument einzuordnen. Leistungen niedergelassener Gefäßchirurg:innen in Kooperationen an Oberarztstrukturen und -gehaltern zu orientieren ist, in bewusster Ignoranz der tatsächlich erbrachten Leistungen, politisch bzw. trügerschaftsmotiviert.

NIEDERGELASSENE GEFÄSSCHIRURG:INNEN VOR DEM EINGRIFF

Für Patient:innen ist die OP-Vorbereitung in Kliniken besonders lästig. Diese dauert häufig immer noch sehr lange. Würden wir ambulant vergleichbar viel Zeit verbrauchen, wären wir alle pleite. Eine Übernahme dieser Tätigkeit könnte den Kliniken erhebliche Kosten ersparen, die rechtssicher in Form einer angemessenen Vergütung an niedergelassene Kolleg:innen weitergegeben werden könnte. Hiermit entstünde eine direkt umsetzbare Verbesserung für die Patient:innen bei konstanten Kosten und gesteigerter Patientenbindung. Wo gibt's das sonst?

OPERIERENDE NIEDERGELASSENE GEFÄSSCHIRURG:INNEN

Nur bei echten sektorenübergreifenden Kooperationen besteht die Option der kontinuierlichen Behandlung. Niedergelassene Gefäßchirurg:innen, (sofern sie z. B. rechtssicher am Krankenhaus angestellt sind), kennen ihre Patient:innen detailliert. Werden Übergabesituationen vermieden (hier zwischen den Sektoren), werden auch Fehler vermieden. Besteht die Möglichkeit der Operation durch niedergelassene Gefäßchirurg:innen, sollte diese auch, sofern vom Patienten gewünscht, so durchgeführt werden. Es gewährleistet, dass exakt die Therapie durchgeführt wird, die in langen Gesprächen und oft monatelangen abwägenden Prozessen mit Patient:innen sowie ggf. Angehörigen besprochen worden sind. In einem zu Recht detailverliebten Fach wie der Gefäßchirurgie ist dies wichtig, denn die Komplikationen sind im Negativfall erheblich. Es muss ausdrücklich betont werden, dass dies nur für persönlich erbrachte Leistungen gilt. Frühere Auswüchse (z. B. niedergelassener Arzt trinkt Kaffee auf der Station, während die Chirurgen des Hauses operieren), die inhaltlich nichts Anderes waren als verdeckte Zuweiserprämien, sind nicht tolerabel. Sie diskreditieren die guten, an der Versorgungsqualität der Patient:innen orientierten Kooperationen.

NIEDERGELASSENE GEFÄSSCHIRURG:INNEN ALS QUALITÄTSGARANT

Nach der Entlassung garantiert die fehlende Übergabesituation eine konkrete Verbesserung der patientenindividuellen Behandlungsqualität. Es kann und wird eine gelebte Qualitätskontrolle erfolgen. Follow-up-Quoten, wie sie aufgrund der engen persönlichen Patientenbindung in gefäßchirurgischen Praxen Standard sind, sind im Krankenhaus aktuell selbst unter Studienbedingungen und Einberechnung besonderer positiver Studieneffekte (z. B. Hawthorne Effekt) nicht reproduzierbar.

Was ist Kontinuität, Patientenbindung und Qualitätskontrolle wert? Betrachtet man die

Diskussionen der letzten Jahre: unbezahlbar. In einem Gesundheitssystem, das seit Jahren versucht Instrumente zu entwickeln, um messbare Qualität zu generieren (und fortgesetzt ungeeignete wie selbst auszufüllende QM-Bögen benutzt), wären alleine die in den Praxen selbstverständlichen Follow-up-Raten unbezahlbar.

DIE BEDEUTUNG DER KRANKENHAUSABTEILUNG

Brauchen wir dann noch Krankenhausabteilungen? Natürlich! Dies umfänglich darzustellen ist hier nicht Gegenstand und würde den Rahmen weit sprengen. Im Kurzen: Man kann natürlich in intelligenten Kooperationen mit niedergelassenen Ärzte:innen vollständige Versorgungsketten an 365 Tagen 24 Stunden am Tag organisieren. Dies ist aber (neben lokalen Besonderheiten) bestenfalls mittelfristig realistisch möglich. Ob dies unbedingt angestrebt werden sollte, sei dahingestellt. Ein Blick über den Atlantik zeigt deutlich die Limitierung in der ländlichen Fläche (auch in Deutschland leben ca. 70 % der Bevölkerung in Städten unter 100.000 Einwohnern) [3], denn in den USA ist die Versorgungsdichte mit Gefäßchirurg:innen um ein Vielfaches geringer als bei uns. Von anderen lernen, könnte hier heißen, die gleichen Fehler nicht zu wiederholen.

WAS SIND DIE GRENZEN?

Die Grenze aller Kooperation stellt die persönliche Behandlungskompetenz der Gefäßchirurg:innen dar. Wer nicht persönlich gewährleisten kann seine Patienten auf der Intensivstation nachzubetreuen, sollte entsprechende Eingriffe nicht durchführen. Wer komplexe Eingriffe nicht beherrscht und nicht in ausreichender Frequenz durchgeführt hat, sollte diese Eingriffe auch in Kooperationen nicht durchführen. Das gilt selbstverständlich für die niedergelassenen Kolleg:innen sowie für die an Kliniken angestellten in gleicher Weise.

WIE SOLL DIE VERTEILUNG SEIN?

Schaut man sich die Qualitätsberichte der Krankenhäuser an, so leben die Abteilungen überwiegend von peripherer arterieller

Chirurgie. Hier wird auch in Zukunft die größte Gruppe von Patient:innen zu erwarten sein. Die nötigen strukturellen Voraussetzungen für eine Gefäßchirurgie multimorbider Patient:innen mit komplexen Pathologien vorzuhalten sollte die Domäne der stationären Gefäßchirurgie sein und bleiben. Varizenchirurgie, Shuntchirurgie, periphere Angioplastien sollten entweder adäquat gegenfinanziert vollständig ambulant, oder in anzustrebenden Kooperationsformen ambulant/teilstationär erfolgen. Diese sollten örtlich konzentriert gefördert werden.

DURCHLÄSSIGKEIT

Genauso offen wie aus der Niederlassung in die Klinik muss die Möglichkeit der Tätigkeit aus der Klinik in die Niederlassung ermöglicht werden, denn auch hier ergeben sich Chancen zukunftsfähige Arbeitsumfelder zu schaffen. Es gilt also fachliche Grenzen zu akzeptieren, aber jedwede organisatorische, die Patientenbehandlung verschlechternde Grenzen, abzubauen!

VERGÜTUNG

Alle bisher überwiegend diskutierten Vergütungsmodelle (EBM, DRG, etc.) haben viele Mütter und Väter, aber die Qualität der Versorgung von Patient:innen ist nicht dabei. Wir müssen uns von den interessengesteuerten Vergütungsdiskussionen trennen, und endlich damit beginnen die Leistung an den Patient:innen zu vergüten, und das sektorenunabhängig anhand der Qualität. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn eine nicht operative Therapie für den Patienten besser ist.

DIE SORGEN DER JURISTEN

Es ist sicherlich nicht unsere Aufgabe juristische Spitzfindigkeiten im Detail zu kommentieren. Hier nur so viel: In der Championsleague verdient man mehr als in der Regionalliga. Ein überzogener Vergleich, aber einer, der die Thematik gut erklärt. Niedergelassene Gefäßchirurg:innen, deren Praxen vielleicht schon Jahrzehnte vor Ort sind, sind lokal bekannte Personen. Wenn eine Praxis z. B. um den Faktor zehn mehr Patient:innen

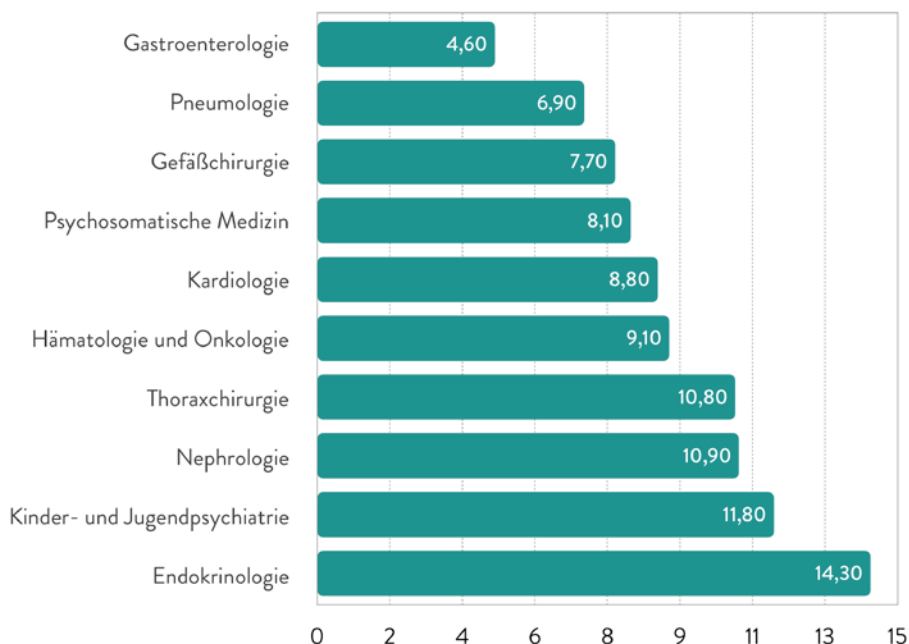
im Jahr ambulant betreut als eine ganze Krankenhausabteilung im Jahr behandelt, dann hat dies einen benennbaren Wert. Langjähriges Vertrauen und persönlicher Bekanntheitsgrad sind werterhöhende Größen. Auch die besondere Leistung der kontinuierlichen persönlichen Behandlung ist ein besonderer Wert.

LANGFRISTIGE OPTIONEN

Die Gefäßchirurgie ist ein Fach am Scheideweg. Die Ambulantisierung wird fortschreiten, ob wir wollen oder nicht. Es ist nicht hilfreich, wenn immer mehr kleine Klinikabteilungen entstehen, in denen nicht selten zu wenig Gefäßchirurg:innen arbeiten, um einen gewünschten Ablauf bei hoher angestrebter Qualität auch wirklich 24/7 gewährleisten zu können. Der resultierende Kampf um den Nachwuchs wird härter, trotzdem sind OberarztNachfolgen nur schwer zu besetzen [4]. Die jungen Kolleg:innen werden dabei schlimmstenfalls in fachliche Anforderungen gezwängt, die ihrem Ausbildungsstand nicht entsprechen. Das Ergebnis der chirurgischen Ausbildung an den Universitäten (der Anteil der Medizinstudierenden, die eine chirurgische Disziplin als Berufswahl ergreifen wollen, ist vor dem praktischen Jahr größer als danach – wir vertreiben die jungen Ärzte aktiv aus der Chirurgie!) ist langfristig nicht zu überschätzen [5, 6, 7]. Burnout, Depression, Selbstmord sind Themen die Gefäßchirurg:innen betreffen und es bleibt inständig zu hoffen, dass wir hier nicht wie so oft den amerikanischen Verhältnissen nur ein paar Jahre hinterher sind (die in den USA am zweithäufigsten betroffene Gruppe, der sich selbst tötenden Ärzte sind die Gefäßchirurgen).

UNSERE CHANCE

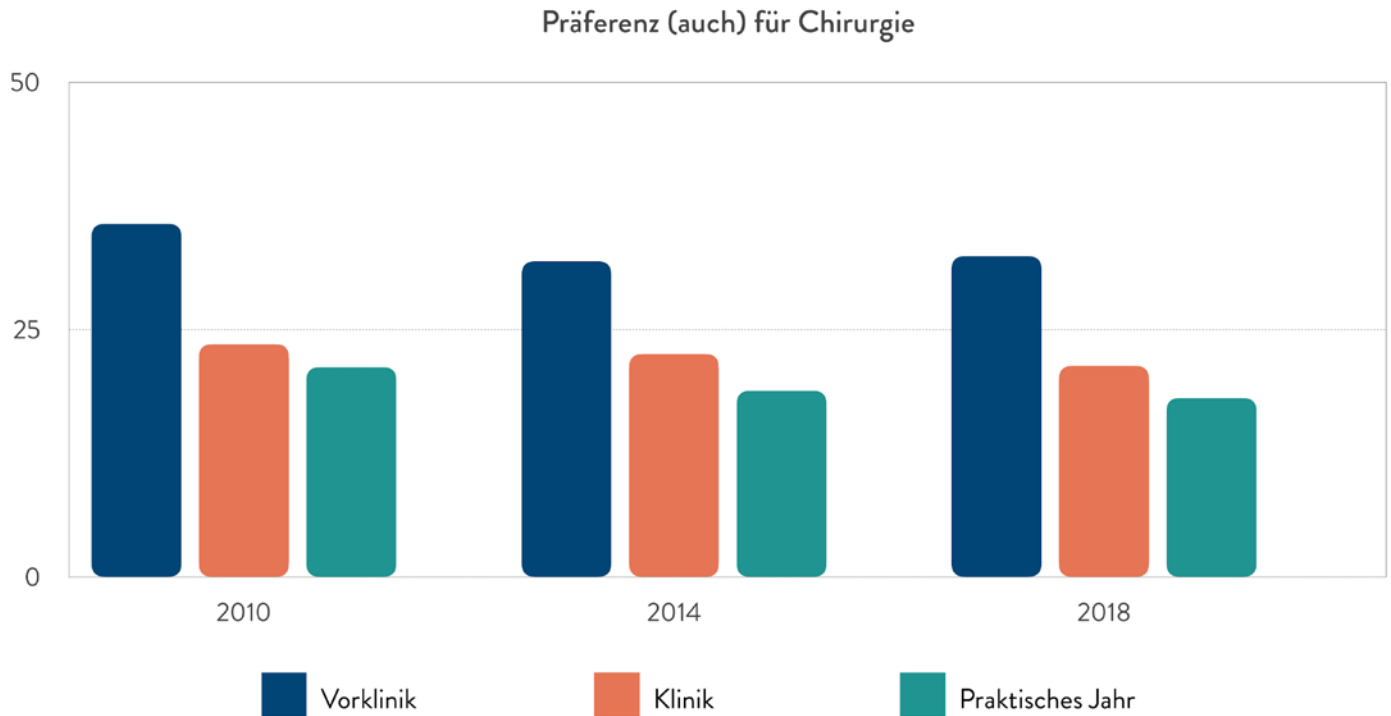
Das Fach hat ein ungeheures Potential. Die Gefäßchirurgie als sektorenübergreifende präventive, häufig bestenfalls konservative, wenn nötig invasiv therapierende und langfristig patientenbezogen begleitende Medizin bietet eine Vielzahl von Möglichkeiten, wirklich gute Medizin zu betreiben. Eine solche Medizin ist nicht ohne niedergelassene Kolleg:innen möglich.



Der Oberarzt-Index gibt an, wie viele Fachärzte rein rechnerisch auf eine Oberarztausschreibung im Deutschen Ärzteblatt entfallen. Je niedriger der Wert, desto geringer die Zahl potenzieller Mitbewerber auf eine Stelle. Der Durchschnittswert aller Fachgebiete beträgt **26,9**.

Quellen: Ärztestatistik Statistisches Bundesamt, Stand 31.12.2017; Stellenauswertung mainmedico 2018

Abbildung 2: OberarztNachfolge [4]



Die Präferenzen für die Fächer Allgemeinmedizin und Chirurgie ändern sich dem „Berufsmonitoring Medizinstudierende“ zufolge seit 2010 und im Verlauf des Studiums: Die Allgemeinmedizin gewinnt, die Chirurgie verliert an Attraktivität für Studierende.

Abbildung 3: Präferenz (auch) für Chirurgie [5]

Es gilt aus den Fehlern der Vergangenheit zu lernen, die Lehren anderer Länder miteinzubeziehen und eine Idee von dem zu entwickeln, wie das Potential gerade der jungen Kolleginnen und Kollegen und der folgenden Generationen von Gefäßchirurg:innen viel besser als heute genutzt werden kann. Es ist die Aufgabe für diese Generationen behandelnder Ärzte:innen Rechtssicherheit, kooperative Arbeitsstile, kooperative Strukturen und zukunftsfähige Modelle zu entwickeln. Wir, die wir heute in eigener Verantwortung oder in Leitungspositionen tätig sind, haben die Chance in hohem Maße davon zu profitieren. Nicht mehr als behandelnde Ärzte, sondern als Patienten.

LITERATUR

- [1] <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/gesamtzahl-der-aerzte>, Zugriff 01.12.2021 und eigene Darstellung, Informationen auf Anfrage bei den Ärztekammern und KVen
- [2] <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16398.php>, Zugriff 01.11.2021
- [3] <https://www.bfw-newsroom.de/deutsche-grossstaedte-2020-nicht-mehr-gewachsen/>, Zugriff 05.11.2021
- [4] Martin, Wolfgang; Arbeitsmarkt Ärzte: Sorge um den Oberarzneimannswachstum Dtsch Arztebl 2019; 116(31-32): [2]

- [5] Medizinstudierende: Sie wissen, was sie wollen. Richter-Kuhlmann; Dtsch Arztebl 2019; 116(7): A-295 / B-243 / C-243
- [6] <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/109474/Medizinstudierende-stellen-Zertifikat-Faires-PJ-vor>, Zugriff 01.11.2021
- [7] <https://www.bdc.de/strukturierte-grundvoraussetzungen-fuer-das-praktische-jahr/>, Zugriff 01.11.2021 ○



© iStock/Everyday_better_to_do_everything_you_love

Praxiscontrolling – einfach und leistungsorientiert

Die Autoren, Dr. med. Bertram Wittrin und Kai-Uwe Groß, berichten anschaulich aus eigener Projekterfahrung über die Vorteile eines modernen Praxiscontrollings mit Fokussierung auf das praxisindividuelle Leistungsspektrum und die dahinter liegende Kostenstruktur.

Dr. med. Bertram Wittrin – seit 2004 niedergelassener Chirurg, engagiert sich seit vielen Jahren für die Stärkung der niedergelassenen Chirurgen in verschiedenen Verbänden und Funktionen.

Kai-Uwe Groß, Dipl.-Ing. (FH) und Master of Business Consulting, beschäftigt sich seit über 20 Jahren mit betriebswirtschaftlichen Fragestellungen in Unternehmen des Mittelstands.

Ziel der Autoren war es, eine Lösung des Praxiscontrollings zu entwickeln, welche die Praxen ganzheitlich und leistungsspezifisch betrachtet. Das gewonnene betriebswirtschaftliche Know-how soll die Praxen stärken und ihren Stellenwert im Gesundheitssystem zukünftig sichern.



Korrespondierender Autor:
Dr. med. Bertram Wittrin
 Facharzt für Chirurgie/Phlebologie
 Holtenauer Str. 73
 24105 Kiel
 wittrin@web.de



Kai-Uwe Groß (M.BC, Dipl.-Ing FH)
 controlguide.med GbR

Wittrin, B, Groß, K U: Praxiscontrolling – einfach und leistungsorientiert. Passion Chirurgie. 2022 Januar/Februar; 12(01/02): Artikel 03_05.



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

In Zeiten stagnierender bis rückläufiger Honorare und steigender Kosten sollten sich Praxisinhaber unternehmerische Entscheidungen über die zukünftige Ausrichtung der Praxis und über die Abrechnungsmöglichkeiten erbrachter Behandlungen bewusstmachen. Der Blick der niedergelassenen Ärzte sollte sich auch auf die Finanzen, hier insbesondere auf die Behandlungskosten, und auf die Entwicklung der Anzahl erbrachter Behandlungen richten.

WELCHE VORTEILE BIETET EIN MODERNES PRAXISCONTROLLING?

Ein Praxiscontrolling bietet unmittelbare und mittelbare Vorteile. Diese sind im Folgenden aufgeführt.

UNMITTELBARE VORTEILE

Bewusstsein und Transparenz über die

- tatsächlich erbrachten Behandlungen,
- leistungsspezifische Kostenverursachung,
- leistungsspezifische Erlössituation.

Durch das gewonnene Bewusstsein und die Transparenz erhält der Praxisinhaber jederzeit eine positive Rückmeldung und ein begründetes Sicherheitsgefühl bei der erfolgreichen Praxisführung.

MITTELBARE VORTEILE

Die gewonnenen Erkenntnisse bilden die Grundlagen, um Arztpraxen leistungsbasiert zu steuern und so auf zukünftige Veränderungen vorzubereiten.

Zukünftige Veränderungen können beispielsweise sein

- veränderte Leistungen in Art und Anzahl,
- Kosten und Erlöse,
- Anstellung eines Arztes,
- Praxisveräußerung,
- Investitionserfordernisse,
- Teilnahme an IV-Verträgen.

Insgesamt bieten die Erkenntnisse aus diesen Überlegungen eine nachvollziehbare, über das Bauchgefühl hinausgehende Entscheidungsgrundlage, die mit den Stakeholdern geteilt und erörtert werden kann.

WELCHE VORTEILE BIETET EIN AN DER BEHANDLUNG AUSGERICHTETES PRAXISCONTROLLING?

In verschiedenen Arbeiten werden die Herausforderungen des Kalkulierens in Arztpraxen aufgezeigt. [1] Zumeist stellen vorliegende Beiträge auf Einzelaspekte des Praxiscontrollings ab und betrachten weniger häufig die Praxis ganzheitlich.

Ziel der Autoren war es daher, eine Lösung zu entwickeln, welche die Praxen ganzheitlich und leistungsspezifisch betrachtet. Das dabei gewonnene betriebswirtschaftliche Know-how soll die Praxen stärken und ihren Stellenwert im Gesundheitssystem zukünftig sichern.

Methodisch basiert das Vorgehen auf der Prozesskostenrechnung nach Horváth [2], welche in Unternehmen mit signifikanten Gemeinkosten im Rahmen von Kostenkalkulation, u. a. auch in Krankenhäusern [3], eingesetzt wird.

Die Prozesskostenrechnung sieht zunächst vor, alle Behandlungen zu definieren und in Teilschritte zu gliedern. Das Ergebnis dieses Analyseschrittes ist eine ganzheitliche Sichtweise auf das Behandlungsspektrum der Arztpraxis. Diese bildet die Grundlage für eine verursachungsgerechte Zuweisung der Kosten und führt zu einer hohen Ergebnisqualität bei den Kalkulationsergebnissen.

Das entstandene Zahlenwerk aus Fallzahlen, Kostenarten und kalkulierten Kosten je Behandlungsschritt und Behandlungsablauf, bildet eine fundierte Grundlage für die Steuerung einer Arztpraxis.

WELCHE SCHRITTE SIND ZUR IMPLEMENTIERUNG ERFORDERLICH?

Idealerweise beginnt der Aufbau des Praxiscontrollings mit einem Onlineseminar. Ziel des ersten Schrittes ist es, Leistungen identifizieren und systematisch erfassen zu können. Ergebnis dieses Schrittes ist ein vollständiges Abbild der Behandlungen in Art und Anzahl.

Der zweite Schritt richtet den Blick auf die Praxiskosten. Diese werden analysiert, interpretiert

und verursachungsgerecht den Behandlungen zugewiesen.

Nach diesen beiden Schritten liegt bereits ein erstes Ergebnis über die jeweiligen Behandlungskosten vor.

Durch das Hinterlegen der durchschnittlichen Behandlungshonorare je Behandlung, wird der Deckungsbeitrag und Überschuss für jede Behandlung ausweisbar.

Eine monatliche oder quartalsweise Aktualisierung der Fallzahlen und Kostendaten gewährleistet eine fortlaufende Aktualität der Kalkulationsergebnisse.

WELCHE BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHEN FAKTOREN SIND FÜR EIN PRAXISCONTROLLING BEDEUTEND?

Liquidität erfordert eine laufende Überprüfung sämtlicher Einnahmen und Ausgaben und deren Ursache. Hierbei sollten leistungsspezifische Deckungsbeiträge ermittelt und „negative“ Einzelleistungen identifiziert werden. Grundlage ist eine aktuelle und ganzheitliche Leistungserfassung und Kostenrechnung in der Arztpraxis.

Fixkosten zu bewerten und zu steuern bedeutet Kapazitätsauslastungen und Bearbeitungsschritte zu identifizieren und ggf. diese zu erhöhen.

Personalkosten aktiv steuern beinhaltet das Personalstundenaufkommen an den Leistungszahlen auszurichten. Das Ziel ist, möglichst stabile Personalkosten je Behandlungsart zu erzielen.

Periodisches Controlling bedeutet Leistungszahlen und Praxiskosten gegenüberzustellen und die sogenannte „Performance“ der Arztpraxis zu bewerten. Anhand der Datenhistorie im Monats-, Quartals- und Jahresverlauf können Veränderungen sofort erkannt werden.

Szenarien-Berechnungen helfen die Auswirkungen erwarteter Kostensteigerungen für Personal, Praxis- und Servicekosten auf die Behandlungskosten zu ermitteln. Zudem kann der Einfluss unterschiedlicher Leistungszahlen auf die Behandlungskosten,

Deckungsbeiträge und Überschüsse aufgezeigt werden.

CONTROLGUIDE.MED GbR UNTERSTÜTZT PRAXEN UND MVZ BEI DER IMPLEMENTIERUNG

Das Praxiscontrolling wird durch eine von den Autoren entwickelte webbasierte Software zur Verfügung gestellt, welche ein umfangreiches, leistungs-, finanz- und kennzahlenbasiertes Controlling zur Verfügung stellt. Eine zusätzliche Installation von Hard- oder Software ist nicht erforderlich.

Die von den Autoren gegründete controlguide.med GbR kann die benötigten Daten in die Software einpflegen und alle notwendigen individuellen Anpassungen vornehmen. Sobald die grundlegenden Daten (Leistungsdaten und betriebswirtschaftliche Auswertung) aus der Praxis- und Buchhaltungssoftware übernommen wurden, stellt die Controlling-Software die beschriebenen Ergebnisse vollständig zur Verfügung.

Das Programm kann für Praxen und MVZ jeder Größe eingesetzt werden und verfügt über eine Vielzahl vordefinierter Behandlungsläufe.

Der geringe laufende Zeitaufwand erfordert keine zusätzliche Arbeitskraft. Es werden keine personenbezogenen Daten benötigt, damit entfällt die Diskussion um den Datenschutz.

LITERATUR

- [1] Plausibilität der Kalkulation des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) Expertise im Auftrag des GKV-Spitzenverbands Berlin, August 2010 IGES Institut GmbH, <https://www.iww.de/zp/archiv/praxiskosten-was-kostet-eine-zahnarztstunde-f35600>, <https://www.iww.de/pfb/steuergestaltung/praxiscontrolling-so-behaelt-ihr-mandant-seine-zahlen-im-griff-f83204>
- [2] Horvath, P.-R. Mayer: Prozesskostenrechnung. Der neue Weg zu mehr Kostentransparenz und wirkungsvolleren Unternehmensstrategien, in: CONTROLLING, 1. Jg. (1989), Heft 4, S. 214–219.
- [3] Greiling, M./Thomas, F. (2002): „Prozessorientierung im Krankenhaus - Die Einführung der Prozesskostenrechnung als Grundlage zur Kalkulation der DRGs“. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Düsseldorf

Mehr erfahren?

Wir informieren Sie gern in einem individuellen Gespräch oder besuchen Sie uns auf den kostenlosen Webinaren.

Webinar-Termine: 16. Feb. 2022 und 4. März 2022 – jeweils um 16 Uhr

Anmeldung erbeten wir unter office@controlguide.de mit Angabe des Vor- und Zunamens, des Praxisnamens sowie der Personenanzahl.

controlguide.med GbR
Kai-Uwe Groß (M.BC, Dipl.-Ing FH)
Dr. med. Bertram Wittrin
Holtenauer Str. 73, 24105 Kiel
E-Mail: office@controlguide.de
www.med.controlguide.de





Intersektorale Versorgung in der Chirurgie – es wird Zeit!

Am 1. und 2. Oktober 2021 traf sich das Referat Niedergelassene Chirurgen (RNC) im Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) zu einer Klausurtagung in Werder am Schwielowsee. Am ersten Tag wurden anstehende Änderungen im Verband und allgemein im ambulanten Sektor diskutiert. Unter anderem wurde ein Beschluss gefasst zur Konkretisierung des Status des/der niedergelassenen Chirurgen/Chirurgin in der anstehenden Satzungsänderung des BDC, welche den Mitgliedern 2022 auf der BDC-Mitgliederversammlung zur Abstimmung vorgelegt werden wird.

Ausführlich diskutiert wurden in der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

anstehende Veränderungen bezüglich der Weiterentwicklung des D-Arzt systems im niedergelassenen Bereich. Die Position des BDC hierzu wurde kürzlich an dieser Stelle publiziert [3], ebenso wie zum leidigen Thema der Finanzierung von Hygienekosten im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) [7]. Nach jahrelangem Stillstand beim Thema ambulantes Operieren deuten sich nun am Horizont Veränderungen an, die sich durchaus positiv für die Vertragsärzte entwickeln dürften. So ist zum einen von politischer Seite erkannt worden, dass wir in Deutschland beim ambulanten Operieren im Vergleich zu ähnlich entwickelten OECD-Staaten immer noch weit hinterherhinken [5]. Zum anderen ist durch



Dr. med. Ralf W. Schmitz
Referatsleiter Niedergelassene
Chirurgen im BDC
Schönberger Str. 11
24148 Kiel
schmitz@bdc.de

zahlreiche Studien in der Vergangenheit belegt, dass ambulante Operationen nicht nur sicher sind, sondern oftmals auch eine niedrigere Komplikationsrate haben [1, 2]. Daher wurde im MDK-Gesetz aus 2020 festgelegt, dass eine Förderung und damit Besserstellung der Vergütung, kalkuliert auf aktuellen Kosten bei der Betreibung eines ambulanten OP-Zentrums, zu erfolgen hat. In diesem Zusammenhang tagen derzeit unter aktiver Beteiligung des BDC diverse Arbeitsgruppen, koordiniert durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Darüber hinaus hatte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen angemahnt, dass zusätzlich zum aktuell gültigen AOP-Katalog weitere operative Leistungen aus dem stationären Sektor herausgelöst werden sollen [6]. Dem folgte das Bundesgesundheitsministerium mit der Vergabe eines ersten Gutachtens zur Identifizierung von initialen Leistungsbereichen [9]. Von der KBV, dem Spitzenverband der GKV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft wurde zur Konkretisierung ein weiteres Gutachten ausgeschrieben. Bis Ende Januar 2022 soll das IGES-Institut Vorschläge erarbeiten, welche der bisher hauptsächlich stationär erbrachten Eingriffe dafür in Frage kommen und wie diese zukünftig vergütet werden sollen.

Dieses Thema wurde vertieft am zweiten Tag der Klausur, der im Zeichen eines Workshops zur Verbesserung der intersektoralen Versorgung stand. Das RNC hatte sich zum Ziel gesetzt unter Beteiligung von Klinikärzten eine Position zu diesem Thema zu erarbeiten. Dabei sollte es im Gegensatz zu bisher erfolgten Diskussionen nicht in erster Linie um pekuniäre Auswirkungen bei der Verschiebung von Leistungen aus dem einen in den anderen Sektor gehen, im Vordergrund sollte vielmehr eine Verbesserung der Versorgung der Patienten stehen.

Zur Einführung in das Thema wurde zunächst vom Leiter des Referates vorgestellt, was heutzutage in einer chirurgischen Praxis oder einem MVZ angeboten wird und wie sich insbesondere die Zusammenarbeit mit dem stationären Sektor darstellt unter besonderer Berücksichtigung der Schnittstellenproblematik. Dem schloss sich ein Impulsreferat

von Prof. D. Vallböhmer, viszeralchirurgischer Chefarzt aus Duisburg, an, der darlegte, wo es aus Sicht eines Klinikers in der Zusammenarbeit zwischen den Sektoren hakt. Abgerundet wurde die Einführung durch eine Vorstellung der aktuellen politischen Diskussion zum Thema intersektorale Versorgung, der beteiligten Player, also Bund-Länder-Arbeitsgruppe, SpifA, MDK-Gesetz usw. Im Anschluss daran entwickelte sich eine lebhaft Diskus-sion und abschließend konnte vom Referat der niedergelassenen Chirurgen eine Position erarbeitet werden.

Gefordert wird als Voraussetzung ein gemeinsamer Leistungskatalog von ambulant und/oder intersektoral zu erbringenden Leistungen auf Basis des bestehenden AOP-Vertrages. Das Ergebnis des IGES-Gutachtens bleibt abzuwarten. Das daraus abzuleitende Pilotprojekt sollte nach Überzeugung der niedergelassenen Chirurgen mindestens 30 Leistungen umfassen, einschließlich der Definition von Ausschlusskriterien und Ausnahmeindikationen.

Die neuen intersektoral zu erbringenden Leistungen sollen nicht nach EBM, sondern im Sinne einer Anpassung oder Modifizierung der DRG vergütet werden. Die Begründung dafür liegt in einer konsequenten, jährlichen Anpassung der Kostenstrukturen der DRGs. Dies hat im EBM-System nie so richtig funktioniert und basiert aktuell immer noch auf einem 1995 kalkulierten Standardbewertungssystem (STABS).

Weiter muss für die vorgesehenen operativen Eingriffe eine Differenzierung bzgl. des Schweregrades erfolgen auf der Basis einer akzeptierten und praktikablen Klassifikation.

Einige Eingriffe werden nicht in großer Zahl durchgeführt, sodass eine Wirtschaftlichkeit aus dem Erlös des Eingriffes allein kaum darstellbar sein wird. Daher sollen ähnlich wie bei der dualen Finanzierung des Krankenhauses Vorhalte- und Investitionskosten berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang soll die Leistung auch dort vergütet werden, wo sie anfällt. So soll eine leistungsgerechte Aufteilung der zu erbringenden Komplexe, z. B. durch Differenzierung von Strukturkosten

Schmitz, R: Intersektorale Versorgung in der Chirurgie – es wird Zeit! Passion Chirurgie. 2022 Januar/Februar; 12(01/02): Artikel 03_06.



Diesen Artikel finden Sie auf BDCOnline (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete | Niederlassung

(ambulantes OP-Zentrum) und medizinischen Kosten (Arzt) erfolgen.

Die Verschiebung von operativen oder auch konservativen Leistungen aus dem Krankenhaus in den ambulanten oder einen neuen dritten Sektor hat Einfluss auf die Bedarfsplanung. Diese muss zukünftig intersektoral ausgerichtet sein. Im dafür zuständigen Gemeinsamen Bundesausschuss bedarf es auch des Aushandelns von Qualitätskriterien für die neuen Versorgungsstrukturen.

Bekanntermaßen gibt es an der Schnittstelle Vertragsarztpraxis/Hauptabteilung Krankenhaus Reibungs- und Informationsverluste. Der Grund ist oftmals die schlechte Erreichbarkeit eines Ansprechpartners auf der Gegenseite oder auch ein suboptimales Entlassungsmanagement, z. B. an den Hausarzt und damit eintretende unnötige Verzögerungen im Heilverfahren bis hin zu Qualitätsverlusten. Daher fordert das Referat eine Intensivierung der digitalen Vernetzung der Sektoren mit dem Ziel eine elektronische (cloudbasierte) Fallakte zu implementieren. Dadurch sollen Schnittstellenprobleme und Informationsverluste bei Überführung in einen anderen Sektor minimiert werden. In diesem Zusammenhang wird weiter empfohlen Raum für intersektorale Konferenzen (Tumorboard, Morbidity und Mortality) und die gemeinsame Entwicklung von Standard

Operating Procedures (SOPs) zu schaffen. Die dafür notwendigen Kosten in der Entwicklung und Anschaffung von Software, Apps, Messenger Diensten etc. sollen refinanziert werden. Und last but not least: vor dem Hintergrund der neuen kompetenzbasierten Weiterbildungsordnung müssen immer mehr Weiterbildungsinhalte im ambulanten Sektor erbracht werden, da dort die entsprechenden Leistungen ausgeübt werden [4]. Daher wird dringend empfohlen intersektorale Verbundweiterbildungen zu implementieren, wie sie z. T. in Form von Modellprojekten schon funktionieren [8].

Die von allen anwesenden Regionalvertretern konsentrierte Position soll bei weiteren Treffen des BDC unter Beteiligung der stationär tätigen Kolleginnen und Kollegen thematisiert und diskutiert werden. So soll das gemeinsame Ziel einer echten intersektoral ausgerichteten Behandlung basierend auf einer qualitativ besseren Versorgung der Patienten erreicht werden.

LITERATUR

[1] Chung, F.; Mezei, G.; Tong, D. (1999): Adverse events in ambulatory surgery. A comparison between elderly and younger patients. In: Canadian Journal of 29 Anaesthesia 46 (4), S. 309. DOI: 10.1007/BF03013221

- [2] Friedlander, D. F.; Krimphove, M. J.; Cole, A. P.; Marchese, M.; Lipsitz, S. R.; Weissman, J.S. et al. (2019): Where Is the Value in Ambulatory Versus Inpatient Surgery?
- [3] **Kalbe P: Anpassungen der ambulanten D-Arzt-Versorgung. Passion Chirurgie. 2021 Oktober; 11(10): Artikel 04_06**
- [4] **Ludwig, J: Kompetenzbasierte Weiterbildung: Ursprünge, Inhalte und Erfahrungen. Passion Chirurgie. 2020 September, 10(09): Artikel 05_01**
- [5] OECD (2020): Health care utilisation. Surgical Procedures. Paris.
- [6] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Berlin
- [7] **Schmitz R: Hygienekosten in der chirurgischen Praxis – ein Update. Passion Chirurgie. 2021 November; 11(11): Artikel 04_06.**
- [8] **Schmitz R. Chirurgische Verbundweiterbildung in Kiel. Passion Chirurgie. 2015 August, 5(08): Artikel 02_08**
- [9] Schreyögg, J., Milstein, R.: Identifizierung einer initialen Auswahl von Leistungsbereichen für eine sektorengleiche Vergütung. Gutachten im Auftrag des BMG Hamburg Center for Health Economics 26.03.2021 



Ambulantes Operieren

– Ihre Mission. Unsere Lösungen.

Egal, was die Zukunft bringt – mit uns sind Sie bestens gerüstet.



Projektplanung



OP-Ausstattung



Praxisorganisation



Sterilgutaufbereitung



Finanzierung



Technischer Service

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.

CHIRURGIE AKTUELL

LIVE

Minimal-invasive Stabilisierung von Wirbelsäulenfrakturen 16.02.22

Implementierung von Fast-track Protokollen 16.03.22

Chirurgische Therapie des Rektumkarzinoms 20.04.22

Aktueller Stand der minimal-invasiven Gastrektomie 11.05.22

LEITLINIE

LIVE

S1-Leitlinie „Post-COVID/Long-COVID“ 24.02.22

S3-Leitlinie „Lungenkarzinom“ 24.03.22

S3-Leitlinie „Analkarzinom“ 28.04.22

S3-Leitlinie „Adulte Weichgewebesarkome“ 19.05.22

NACHWUCHS

Wo Blut, da Leben: Gefäßchirurgie am Puls der Zeit

WAS WOLLEN SIE MAL WERDEN?

Diese Frage stelle ich meinen Studenten im Praktischen Jahr regelmäßig. Die Antworten sind erwartungsgemäß unterschiedlich und gehen von einer klaren Vorstellung („Ich will Psychiater werden“) über die ungefähre Richtung („was chirurgisches“) hin zur Unentschlossenheit oder – positiv formuliert – Offenheit für alles („mal sehen, wo es mir im PJ am besten gefällt“).

Aber auch die von vorneherein festgelegten ändern ihre Meinung nicht selten, was man z. B. an meiner Geschichte sieht: Ich wollte unbedingt Pathologin werden, weil ich dort meine Promotionsarbeit durchgeführt habe. Im PJ hat mir dann aber die Chirurgie sehr gut gefallen, insbesondere die Stimmung, die direkte Art, das pragmatisch Praktische ohne viele Worte und natürlich das Handwerkliche. Aber an die Gefäßchirurgie habe ich noch lange nicht gedacht, das kam erst später.

WIE SIEHT ES MIT DER GEFÄSSCHIRURGIE AUS?

Dass ein junger Kollege von vorneherein Gefäßchirurg werden will, das kommt sehr selten vor. Warum ist das so? Hier ein paar der genannten Gründe bzw. Vorurteile:

- Viele haben noch keine gefäßchirurgischen Operationen oder Behandlungen gesehen.
- Und die Gefäßchirurgie ist doch ein kleines Randgebiet der Chirurgie, oder etwa nicht?
- Außerdem hat die Gefäßchirurgie doch immer so schwierige operative Eingriffe, die ewig dauern und scheinbar nicht enden wollen.
- Und die Patienten sind multimorbid und anstrengend.
- Letztlich ist es schwierig mit einer Niederlassung.

**PD Dr. med. Susanne Regus**

Chefärztin der Klinik für
Gefäßchirurgie
Klinikum Reutlingen
Steinbergstrasse 31
72764 Reutlingen
regus_s@klin-rt.de

Regus S: Wo Blut, da Leben: Gefäßchirurgie
am Puls der Zeit. Passion Chirurgie.
2022 Januar/Februar; 12(01/02):
Artikel 04_02.



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

STIMMT DAS WIRKLICH?

- Die Gefäßchirurgie ist natürlich ein kleineres Gebiet als die Viszeral- oder Unfallchirurgie. Das liegt einfach daran, dass die beiden anderen Richtungen schon deutlich länger bestehen und ein größeres Spektrum an operativen Eingriffen haben. Die Gefäßchirurgie expandiert allerdings rasant und stetig. Deshalb gibt es auch immer häufiger eigenständige Gefäßchirurgische Kliniken, zunehmend auch an Universitätskliniken.
- Gefäßchirurgische Eingriffe können teilweise sehr anspruchsvoll sein, das ist aber keine Besonderheit der Gefäßchirurgie, sondern kommt in jedem chirurgischen Fachgebiet vor. Gerade die anspruchsvollen Operationen sind aber doch die Herausforderung, die einem den Spaß an der Arbeit dauerhaft aufrechterhalten.
- Gefäßchirurgische Patienten haben in aller Regel deutlich mehr Begleiterkrankungen als der durchschnittliche unfallchirurgische Patient, das stimmt. Aber das hat auch viele Vorteile, wie z. B. die stetige Auffrischung der im Studium gelernten Kenntnisse und Fähigkeiten konservativer Fachrichtungen, allen voran hier die Kardiologie (KHK), aber auch Neurologie (Carotisstenosen) oder Nephrologie (Hämodialyseshunt etc). Außerdem ist der typische „Gefäßpatient“ weder schnell beleidigt oder gar nachtragend (letzteres schon allein deshalb nicht, weil er vieles gleich wieder vergisst (Atherosklerose ist eine Systemerkrankung und betrifft alle Gefäße, auch die im Gehirn).
- Niederlassung in der Gefäßchirurgie ist durchaus möglich und nicht unüblich. Man kann auch operieren und primär Varizen behandeln: auf konventionelle Weise (Stripping) oder auch endoluminal (Laser, Schaum, Radiofrequenz). Größere arterielle Eingriffe kann man auch als Niedergelassener durchführen, wenn man Belegbetten in einem kooperierenden Krankenhaus hat.

KANN ICH DENN GEFÄSSCHIRURG WERDEN? WAS BRAUCHT ES DAFÜR?

Ein gewisses handwerkliches Geschick sollte vorhanden sein, wobei das Meiste erlernbar ist. Provokativ formuliert vermag jeder, der mit Messer und Gabel essen kann, auch Chirurg werden. Blut sehen können muss man aber natürlich schon, und Freude an der manuellen Tätigkeit sollte ebenfalls vorliegen.

WAS IST DAS TOLLE AN DER GEFÄSSCHIRURGIE?

Da könnte ich weit ausholen, will mich aber auf das Wesentliche beschränken. Auf jeden Fall ist für jeden etwas dabei:

1. Wer es filigran mag, der operiert an den kleinen Gefäßen, z. B. Bypässe bis zum Fuß oder Anlage von Hämodialyseshunts am Handgelenk.
2. Wer mehr für das „größere“ ist, der wird Eingriffe an der Aorta oder Beckenschlagadern bevorzugen.
3. Wer Spannung sucht, kommt ebenfalls auf seine Kosten bei Eingriffen an der Halsschlagader oder akuten Gefäßverletzungen.
4. Die Innovativen können sich in endovaskulären Techniken austoben und die Gefäße sozusagen „von innen aus der Ferne“ versorgen.
5. Und wer doch nicht so gerne operiert, sondern lieber Sprechstunde macht und sich in der Diagnostik heimisch fühlt, für den gibt es die umfangreichen nicht-invasiven Untersuchungsverfahren (Ultraschall, Flussmessungen, Pletysmographien, etc.)
6. Und wer die Niederlassung anstrebt, dem bietet insbesondere die endoluminale Varizenbehandlung umfangreiche und lukrative Möglichkeiten.

WAS SIND WEITERE VORTEILE?

- Gefäßchirurgische Rufdienste sind meist ruhiger als in der Unfall- oder Viszeralchirurgie. Es lebt sich sozusagen entspannter.
- Bei Notfällen hat man meist „Vortritt“ und muss sich nicht hintenanstellen,

weil Notfälle oft vital bedrohlich sind und oberste Priorität haben (Blutungen, traumatische Gefäßverletzungen).

- Zu Gefäßchirurgen sind alle nett: Für den Fall, dass man sie mal braucht, wenn es blutet (z.B. iatrogene Gefäßverletzung intraoperativ).

Und nun noch eine abschließende Lernzielkontrolle:

1. WELCHE DER NACHFOLGENDEN AUSSAGEN IST RICHTIG?

- A. Die Gefäßchirurgie ist ein kleines Randgebiet der Chirurgie
- B. Nur wer lange und viel operiert, kann Gefäßchirurg werden
- C. In der Facharzt-Ausbildung darf man erst in den letzten Jahren was operieren
- D. Niederlassung ist als Gefäßchirurg sehr unrealistisch

- E. Die Gefäßchirurgie expandiert stetig und ist bzw. wird in vielen Kliniken eigenständig

2. WELCHE AUSSAGE ZUR GEFÄSSCHIRURGIE IST FALSCH?

- A. Sie ist sehr vielseitig, operativ wie konservativ sowie diagnostisch
- B. Es wird Wert auf eine strukturierte Ausbildung gelegt
- C. Sie vereint althergebrachte Methoden mit innovativen minimal-invasiven Verfahren
- D. Die Rufdienste sind meistens sehr arbeitszeitintensiv
- E. Die Patienten sind zwar meist multimorbid, dafür aber treu und selten nachtragend

Zu guter Letzt: wer sich vom Inhalt dieses Artikels überzeugen bzw. sich ein persönliches Bild machen möchte, der ist herzlich eingeladen, bei der Autorin und ihrem Team zu hospitieren.

Lösungen: 1E, 2D

Tab. 1: Was kommt in der Facharzt Ausbildung auf einen zu?

	1. Jahr	2. Jahr	3. und 4. Jahr	5. und 6. Jahr
Stationsarbeit	☒	☒	☒	☒
Sprechstunde	☒	☒	☒	☒
Notaufnahme		☒	☒	☒
Intensivstation		☒		
Operative Eingriffe	Ports	Vorhofkatheter	Bypässe bis Knie	Bypässe bis Fuß
	Debridements	Embolektomien	Aorten (endo)	Carotis
	Amputationen	Femorales TEAs	Aorten (offen)	Subclavia
	Varizen	Hybrideingriffe	Dialyseshunt	Shuntrevisionen

BDC|SEMINAR



FÜHRUNGSSEMINARREIHE: CHIRURGINNEN AUF DEM WEG NACH OBEN

Der BDC hat es sich zum Ziel gesetzt, explizit Chirurginnen auf Führungspositionen vorzubereiten und dafür eine Seminarreihe aufgelegt. Die Seminare bieten speziell zugeschnittene Module zu folgenden Themen:

Referentinnen: Sabine Schicke, Dr. Gunda Leschber

Modul 1 Führungsstrategien AUSGEBUCHT	Berlin	28. – 29.01.22
Modul 2 Durchsetzungsstrategien im Klinikalltag	Berlin	04. – 05.03.22
Modul 3 Erfolgsstrategien in eigener Sache	Berlin	27. – 28.05.22
Modul 4 Gesprächsstrategie – souverän Klartext reden	Berlin	30.09. – 01.10.22
Modul 5 Speziell für Berufsstarterinnen „Mission Karriere: Spielregeln für den Klinikalltag“	Berlin	11. – 12.11.22
Refresher	Berlin	in 2023

Modul 1 – 5 und Refresher: 450,- € für Mitglieder; 650,- € für Nichtmitglieder

Mehr Information und Anmeldung...

M3-Abschlusstraining STAATS- EXAMEN UND KARRIERE

Essen, 18.–19.03.2022

Intensiv-Vorbereitung auf die 3. Ärztliche Prüfung
in Chirurgie und Innerer Medizin

→ www.staatsexamen-und-karriere.de

Bester
Support
für Ihre
PJ'ler:innen

- Fallbasierte Sessions
- Simulierte Prüfungssituationen
- Klinisches Argumentationstraining ›Clinical Reasoning‹
- u.v.m.

EINSATZ VON ULTRASCHALLBECKEN BEI DER INSTRUMENTENAUFBEREITUNG

Der Einsatz von Ultraschallbecken ist keine *conditio sine qua non*. Sind die Instrumente nach der Aufbereitung optisch sauber und zeigt der Validierungsbericht des Aufbereitungsverfahrens keine erhöhten Proteinkontaminationen, gibt es keinen Grund zur zusätzlichen Vorreinigung benutzter Instrumente in Ultraschallbecken. Gibt es hierbei Probleme, kann die Reinigung chirurgischer Instrumente durch Ultraschallbecken wesentlich verbessert werden. Dabei ist jedoch zu beachten, die Ultraschallreinigung nur für jene Instrumente einzusetzen, bei denen die Hersteller ein solches Verfahren nicht ausschließen (Instrumentenschädigung).

Beim Kauf des Ultraschallbeckens ist zu beachten, dass dieses für die Aufbereitung von Medizinprodukten (Instrumenten) bestimmt ist (Intensität, Frequenz). Im Ultraschallbecken sind nur solche Desinfektions- oder Reinigungslösungen einzusetzen, für die Gutachten für diesen Einsatzzweck vorliegen. Hinweise findet man in den Gebrauchsanweisungen der Ultraschallbecken sowie in den Produktinformationen von Reinigungs- und Instrumentendesinfektionsmitteln. Der zur Instrumentenaufbereitung eingesetzte Ultraschall von etwa 40 KHz führt nicht zur Inaktivierung von Bakterien, Viren oder Pilzen. Daher kann aus Gründen des Arbeitsschutzes ein Einsatz begrenzt viruzid wirkender Reinigungs- oder Desinfektionsmittellösungen empfehlenswert sein.

Wesentlicher Faktor für die Reinigung in Ultraschallbecken ist das Auftreten von Kavitation; das sind winzige Bläschen, die bei der Implosion Wasserstrahlen mit einer Geschwindigkeit von ca. 500 m/s erzeugen, die dann auf die Instrumentenoberfläche prallen. Kanäle oder Hohlräume im Inneren der Instrumente werden daher im Ultraschallbecken nicht gereinigt.

Da Luft in den Kavitationsbläschen die Implosion der Bläschen bremst, ist die Entfernung von Gasen aus der Flüssigkeit im Ultraschallbecken vor der Reinigung von Instrumenten notwendig. Das erfolgt, indem das gefüllte Ultraschallbecken ohne Instrumente über eine (vom Hersteller des Ultraschallbeckens angegebene) „Entgasungszeit“ betrieben wird.

Die implodierenden Kavitationsblasen erzeugen ein unangenehmes klirrendes Geräusch. Daher sind die Ultraschallbecken bei Betrieb abzudecken.

Die Reinigungs- oder reinigende Desinfektionslösung ist exakt bis zur vorgegebenen Markierung am Ultraschallbecken einzufüllen. Anschließend sind die Instrumente in den in die Flüssigkeit eingehängten Siebkorb (niemals auf den Boden des Beckens) einzubringen. Die Beschallungszeit von Instrumenten soll wegen der Schädigung der Oberfläche der Instrumente fünf Minuten nicht wesentlich überschreiten.

Das Auftreten von Kavitation in der Flüssigkeit kann überprüft werden. Hierfür werden spezielle Chemoindikatoren angeboten. Dies kann alternativ realisiert werden, indem weiche Aluminiumfolie im Ultraschallbecken über 15 Minuten beschallt wird. Diese muss anschließend eine deutliche Lochbildung aufweisen oder völlig zerstört sein.

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



Korrespondierender Autor:

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

Ärztlicher Leiter

HyKoMed GmbH

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für

Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)

popp@hykomed.de

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

Krankenhaushygiene/Umweltschutz

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Dr. med. Ricarda Schmithausen

Universitätsklinikum Bonn (UKB)

Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit (IHPH)

Dr. rer. nat. Wolfgang Kohnen

Stellvertretender Abteilungsleiter Krankenhaushygiene

Beauftragter für das Qualitätsmanagement

Abteilung für Hygiene und Infektionsprävention

Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität

Mainz

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für

Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)

Popp W, Jatzwauk L, Schmithausen R, Kohnen W: Einsatz von Ultraschallbecken bei der Instrumentenaufbereitung. *Passion Chirurgie*. 2022 Januar/Februar; 12(01/02): Artikel 04_04.



Weitere Hygiene-Tipps finden Sie auf BDC|Online

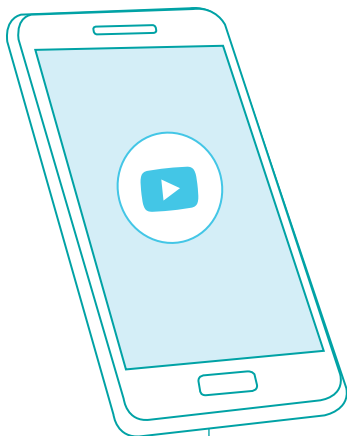
(www.bdc.de), Rubrik Wissen | Qualität &

Patientensicherheit | Hygiene-Tipp).

HYGIENE CLIP

Get Your Disinfection

Erfolgreiche bundesweite
Kampagne des BDC
in Kooperation
mit DGKH und BDH



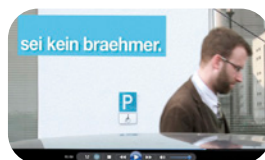
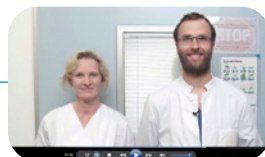
Gute Chirurgie kann durch eine Infektion gefährdet werden. Es gibt vermeidbare und unvermeidbare Infektionen. Letztere sind schicksalhaft und kaum zu beeinflussen. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und die deutschen Hygieniker betreiben seit 2008 eine bundesweite Informationskampagne, die dazu 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)

REZENSION

Infektionen in der Allgemein- und Viszeralchirurgie



Infektionen in der Allgemein- und Viszeralchirurgie

Hrsg.: Maier S, Eckmann C
 Springer 2021, 253 Seiten, Softcover
 EUR: 54,99
 ISBN: 978-3-662-62507-1
 eBook, EUR: 42,99
 ISBN: 978-3-662-62508-8

Beim Verlag bestellen...

Rezensent:

Prof. Dr. med. Arved Weimann

Chefarzt
 Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
 Onkologische Chirurgie
 Klinikum St. Georg gGmbH
 Delitzscher Straße 141
 04129 Leipzig
 arved.weimann@sanktgeorg.de

Weimann A: Rezension: Infektionen in der Allgemein- und Viszeralchirurgie. *Passion Chirurgie*. 2022 Januar/Februar; 12(01/02): Artikel 04_05.



Weitere Rezensionen finden Sie auf
 BDC|Online (www.bdc.de), Rubrik Wissen |
 Aus-, Weiter- & Fortbildung | Rezensionen.

Prävention und Therapie postoperativer Infektionen sind wichtige Anliegen der perioperativen Medizin. So ist die Rate infektiöser Komplikationen ein klassischer Parameter der Ergebnisqualität. Dennoch erfreut sich das Thema bei vielen Chirurgeninnen und Chirurgen eher gemischter Beliebtheit. So ist die für sie „spannende“ Aufbereitung auch eine Herausforderung.

Im vorliegenden Buch von Stefan Maier und Christian Eckmann wird der Fokus auf die Infektionen in der Allgemein- und Viszeralchirurgie gelegt. Beide Herausgeber sind als chirurgische Chefärzte aktiv und bekannt für ihre infektiologische Expertise. Bemerkenswert ist, dass auch bei diesem Thema der Kreis der Autorinnen und Autoren nahezu ausschließlich Chirurgeninnen und Chirurgen sowie Intensivmediziner:innen sind. Renommiertere Verstärkung sind die Vorsitzende der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie am Robert-Koch-Institut Marianne Abele-Horn und der Leiter des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin und Mitglied der Kommission Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch Institut Axel Kramer, der sich seit Jahrzehnten wissenschaftlich mit der Hygiene chirurgischer Prozesse beschäftigt.

Offensichtlich wurde ganz besonderer Wert auf den klinischen Bezug der auch für Chirurgeninnen und Chirurgen eher trockenen Kapitel „Diagnostische Grundlagen“ mit aktuellen Biomarkern, „Hygienemaßnahmen“ und der Systematik der „Antibiotika“ gelegt. Die

Infektionen in der Allgemein- und Viszeralchirurgie sind „eingebettet“ in die Diagnostik und operative Therapie der jeweiligen Krankheitsbilder und werden durch die aktuellen klinischen Klassifikationen ergänzt. Hierdurch bereiten Nachschlagen und Lektüre dem chirurgischen Leser besondere Freude. Besonders gelungen ist das Kapitel über die schweren nekrotisierenden Weichgewebsinfektionen. Hier besteht ja im klinischen Alltag häufig Unsicherheit bereits bei der Einschätzung der Dringlichkeit. Stark und von profundem klinischer Erfahrung geprägt ist auch das Kapitel zu kontaminierten Wunden.

Es fehlt nicht ein Kapitel zu den noch wenig verstandenen genderspezifischen Unterschieden in Auftreten und Sterblichkeit der Infektionen. Sehr hilfreich sind die Tabellen, u. a. zu ätiologisch bedeutsamen Infektionserregern, zu Probenentnahme und Transport, sowie hochrelevant zur perioperativen Infektionsprävention und zur Antibiotikaprophylaxe, insbesondere bei multiresistenten gramnegativen Erregern. Selbstverständlich werden auch Pilz- und parasitäre Infektionen thematisiert, außerdem Probleme des Transplantations unter Immunsuppression und auch das, was Allgemein- und Viszeralchirurg:innen über thorakale Infektionen wissen sollten. Für den Rezensenten kamen die für Infektionsprädisposition und Heilung wichtigen metabolischen Aspekte noch etwas kurz. Dies kann in der Neuauflage, die bei dem sehr gelungenen Buch und der zu erwartenden Resonanz bald erforderlich sein dürfte, ja ergänzt werden. ○

Personalia



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

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

JANUAR/FEBRUAR 2022

Prof. Dr. med. Chris Braumann, ehemaliger leitender Oberarzt am St. Josef-Hospital Bochum, übernahm zum 01. Oktober 2021 den Chefarztposten der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie an den Evangelischen Kliniken Gelsenkirchen (EVK). Prof. Braumann ist Professor für Chirurgie an der Ruhr-Universität Bochum.

Dr. med. Christian Deindl MBA, ehemals Niedergelassener Chirurg und Kinderchirurg in der Nürnberger kinderchirurgischen Praxis-klinik in Nürnberg, wurde am 12.09.2021 zum Präsidenten des Bundesverbands für Ambulantes Operieren e.V. (BAO) gewählt.

PD Dr. med. Dr. h.c. Klaus Exner, Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie und Dozent an der Goethe Universität in Frankfurt, wurde im November 2021 für humanitäre Einsätze und wissenschaftliche Kooperation auf dem Gebiet der Plastischen Chirurgie der Ehrendokortitel an der Nationalen Medizinischen Danylo-Halyzkyi-Universität Lwiw/Ukraine verliehen.

Dr. med. Kay Großer hat als Nachfolger von **Dr. med. Peter Illing** die Leitung der Klinik für Kinderchirurgie und des Zentrums für schwerbrandverletzte Kinder am Klinikum Kassel übernommen. Der Kinderchirurg wechselt vom Helios-Klinikum Erfurt nach Kassel.

Prof. Dr. med. habil. Henrik Menke, Chefarzt der Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie am Sana Klinikum in Offenbach am Main, wurde am 15.10.2021 zum neuen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) gewählt.

Dr. med. Rüdiger Roggendorf leitet seit dem 16.08.2021 die Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie am Helios Klinikum Uelzen. Dr. Roggendorf war zuletzt Leitender Oberarzt der Abteilung für Orthopädie und Chirurgie und Sektionsleiter für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Mediclin Krankenhaus in Crivitz.

Dr. med. Oliver Scheffel, ist neuer Leiter der Klinik für Adipositas und metabolische Chirurgie am Sana Klinikum Offenbach. Er war zuvor bereits Leitender Oberarzt und kommissarischer Leiter der Klinik.

Olaf Schlonski, Facharzt für Allgemeine Chirurgie, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und mit Spezialisierung für Spezielle orthopädische Chirurgie und Spezielle Unfallchirurgie, ist seit Oktober 2021 der neue Chefarzt der Abteilung Unfallchirurgie und Orthopädie am SRK Krankenhaus Waltershausen-Friedrichroda.

Michael Steffen übernahm im Oktober 2021 die Chefarztposition in der Klinik für Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie im Klinikum Saarbrücken. Der ehemalige Oberarzt übernahm die Position von seinem ehemaligen Chef, **PD. Dr. Petzold**, der in den Ruhestand wechselte.

Dr. med. Christopher Wenck ist seit dem 01.10.2021 neuer Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie der Segeberger Kliniken in Bad Segeberg. Wenck war zuvor Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie die des Ärztlichen Direktors an der Helios Mariahilf Klinik Hamburg.



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

Honorare für BG-Gutachten wurden zum 01. Januar 2022 angehoben



Dr. med. Peter Kalbe
Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Gelenkzentrum Schaumburg
Stükenstraße 3
31737 Rinteln
kalbe@bdc.de

Die ständige Gebührenkommission nach § 52 des Ärztevertrags zwischen KBV und DGUV hat auf Antrag der Ärzteseite eine Erhöhung der Honorare für Gutachten für die gesetzliche Unfallversicherung um 15 bis 20 Prozent beschlossen. Die neuen Gebühren gelten ab dem 01. Januar 2022, sofern die

gutachterliche Untersuchung nach diesem Stichtag stattfindet. Folgende Erhöhungen wurden vereinbart:

Die UV-GOÄ finden Sie stets aktualisiert auf den [Internetseiten der KBV](#). 

Tab. 1.: UV-GOÄ

GO.-Nr. UV-GOÄ	Bezeichnung	Bis 31.12.2021 / €	Ab 1.1.2022 / €
146-147	Erstes Rentengutachten (147: Augen)	120,00	140,00
148-152	Zweites Rentengutachten etc.	100,00	115,00
160	Freies GA - Begutachtungsmaterie mit normalem Schwierigkeitsgrad	280,00	330,00
161	Freies GA - Begutachtungsmaterie mit hohem Schwierigkeitsgrad.	490,00	570,00
165	Freies GA - Begutachtungsmaterie mit hohem Schwierigkeitsgrad und sehr hohem zeitlichen Aufwand zu speziellen Kausalzusammenhängen und/oder differentialdiagnostischen Problemstellungen .	700,00	840,00

Kalbe P: Honorare für BG-Gutachten wurden zum 01. Januar 2022 angehoben. Passion Chirurgie. 2022 Januar/Februar; 12(01/02): Artikel 04_07.



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



Frage & Antwort



Revisionssichere Software zur Dokumentation



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

Heberer J: F+A: Revisionssichere Software zur Dokumentation. 2022 Januar/Februar; 12(01/02): Artikel 04_08.



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

FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, ob ihm Nachteile daraus entstehen können, dass er für seine elektronische Patientendokumentation keine revisionssichere Software verwendet.

ANTWORT:

Durch das 2013 eingeführte Patientenrechtegesetz wurde in § 630f Abs. 1 Sätze 2 und 3 BGB ausdrücklich normiert und klargestellt, dass auch in der elektronischen Patientenakte nachträgliche Berichtigungen und Änderungen nur zulässig sind, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen wurden. Insbesondere aus der Gesetzesbegründung ergibt sich, dass dies durch den Einsatz einer Software sicherzustellen ist, die nachträgliche Änderungen automatisch kenntlich machen muss. Ein Übergangszeitraum wurde durch das Gesetz nicht eingeräumt, sodass eine umgehende Umstellung auf eine revisionssichere Software seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes in der juristischen Beratung vom Verfasser zwingend angeraten wird.

Aufgrund dieser Klarstellung in § 630f Abs. 1 S. 2, 3 BGB, nebst der Ausführungen in der Gesetzesbegründung sowie der damaligen Rechtslage zum Beweiswert besteht aus Sicht

des Verfassers somit bereits seit 2013 die Gefahr, dass bei Nichtverwendung einer revisionssicheren Software in einem Rechtsstreit durchaus eine Beweiswertminderung bzw. sogar keinerlei Beweiswert der Dokumentation durch die Gerichte angenommen werden kann. Die Instanzgerichte hatten bislang die der Dokumentation zukommende Indizwirkung bei Nichtverwendung einer revisionssicheren Software in der Regel aber erst dann abgelehnt, wenn die Gegenseite greifbare Anhaltspunkte für eine nachträgliche Änderung zu ihren Lasten dargelegt hatte.

Der BGH hat nunmehr mit Urteil vom 27.04.2021 – VI ZR 84/19 verdeutlicht und abschließend entschieden, dass einer elektronischen Dokumentation, die nachträgliche Änderungen entgegen § 630f Abs. 1 Satz 2 und 3 BGB nicht erkennbar macht, gerade keine positive Indizwirkung dahingehend zukommt, dass die dokumentierte Maßnahme von dem Behandelnden tatsächlich getroffen worden ist. Eine automatische Beweislastumkehr zu Lasten des Arztes hat der BGH zwar glücklicherweise abgelehnt. Jedoch hat er ausdrücklich festgehalten, dass einer solchen Dokumentation die abstrakte Beweiskraft fehlt (vgl. BGH, a. a. O., Rn. 28, 29).

Neu ist allerdings, dass der BGH entgegen der bisherigen Rechtsprechung nun ausdrücklich

bestimmt, dass der Wegfall der positiven Indizwirkung (d. h. eine dokumentierte Maßnahme rechtfertigt den Schluss, dass sie tatsächlich erfolgt ist) auch dann eintritt, wenn der Patient keine greifbaren Anhaltspunkte dafür darlegt, dass die Dokumentation nachträglich zu seinen Lasten geändert worden ist (vgl. BGH, a. a. O., Rn. 29). Dies bedeutet aus Sicht des BGH zwar nicht, dass eine elektronische Dokumentation, die nachträgliche Änderungen nicht erkennbar macht, bei der Beweiswürdigung vollständig unberücksichtigt zu bleiben hat. Sie bildet vielmehr einen tatsächlichen Umstand, den der Tatrichter bei seiner Überzeugungsbildung unter Berücksichtigung des gesamten Inhalts der Verhandlungen und des Ergebnisses der Beweisaufnahme einer umfassenden und

sorgfältigen, angesichts der fehlenden Veränderungsicherheit aber auch kritischen Würdigung zu unterziehen hat (vgl. BGH, a. a. O., Rn. 30).

Nach Auffassung des Verfassers hat dies zur Konsequenz, dass der Patient eine nachträgliche Änderung zu seinen Lasten nicht (mehr) rügen muss, sondern, dass die Indizwirkung bereits bei Nichtverwendung einer revisions-sicheren Software automatisch wegfällt. Dies kann sich selbstverständlich zu Lasten des Arztes auswirken.

In diesem Zusammenhang sei noch erwähnt, dass auch berufsrechtlich bereits seit Jahren die Pflicht besteht, dass Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen

Speichermedien besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen bedürfen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern. Hierbei sind die Empfehlungen der jeweils zuständigen Ärztekammer zu beachten (vgl. § 10 Abs. 5 M-BO sowie die entsprechenden Übernahmen in den Berufsordnungen der Länder).

Aus juristischer Sicht des Verfassers ist jedem Arzt somit zwingend anzuraten, auf die Verwendung einer revisionssicheren Software bei elektronisch geführter Patientenakte zu achten. Für die Revisionssicherheit ist jedenfalls zu gewährleisten, dass neben dem Inhalt der nachträglichen Änderung auch der ursprünglich dokumentierte Inhalt sowie der Zeitpunkt der Änderung erkennbar sein muss. ○



Vertragsärztliche Pflicht zur Vorhaltung einer Berufshaftpflichtversicherung

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob es rechtmäßig ist, dass der Zulassungsausschuss ihn zum Nachweis eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes auffordert.

ANTWORT:

Das Vorgehen des Zulassungsausschusses ist rechtmäßig. Denn am 20.07.2021 ist der durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) neu eingeführte § 95e SGB V in Kraft getreten.

Dieser gestaltet nunmehr den Abschluss einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung als vertragsärztliche Pflicht aus. Die Versicherung ist hiernach ausreichend,

wenn das individuelle Haftungsrisiko des Vertragsarztes versichert ist; die Mindestversicherungssumme nach § 95e Abs. 2 SGB V darf nicht unterschritten werden (§ 95e Abs. 1 SGB V).

§ 95e Abs. 2 SGB V legt eine Mindestversicherungssumme von 3.000.000,- Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall fest. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann jeweils mit der Bundesärztekammer und der jeweiligen Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum 20.01.2022 höhere

Mindestversicherungssummen als die in Satz 1 genannte Mindestversicherungssumme vereinbaren. Für ermächtigte Ärzte gilt dies entsprechend, soweit für deren Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht.

Auch für MVZ, Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften mit angestellten Ärzten gilt dies entsprechend mit der Maßgabe, dass ein Haftpflichtversicherungsschutz für die gesamte von dem Leistungserbringer ausgehende ärztliche Tätigkeit bestehen muss sowie, dass die Mindestversicherungssumme 5.000.000,- Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall betragen muss; die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den dreifachen

Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

In der anwaltlichen Beratungspraxis werden ohnehin höhere Mindestversicherungssummen empfohlen, um dem Kriterium einer ausreichenden Versicherung nachzukommen, da hierfür stets das individuelle Haftungsrisiko der jeweiligen fachgebietsspezifischen ärztlichen Tätigkeit maßgebend ist. Die empfohlenen Summen betragen derzeit für Personenschäden 7.500.000,- Euro, für Sachschäden 500.000,- Euro und für Vermögensschäden 200.000,- Euro.

§ 95e Abs. 3 SGB V regelt sodann eine Nachweispflicht gegenüber dem Zulassungsausschuss bei Stellung eines Antrags auf Zulassung, auf Ermächtigung und auf Genehmigung einer Anstellung sowie auf Verlangen des Zulassungsausschusses. Ferner besteht diesem gegenüber nunmehr eine unverzügliche Anzeigepflicht über das Nichtbestehen des Versicherungsverhältnisses, Beendigung des Versicherungsverhältnisses sowie über Änderungen des Versicherungsverhältnisses, die den vorgeschriebenen Versicherungsschutz im Verhältnis zu Dritten beeinträchtigen können.

Fehlt ein Versicherungsschutz, ist dieser nicht ausreichend oder beendet, muss der Zulassungsausschuss nach Kenntniserlangung den Vertragsarzt zunächst zur Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG auffordern. Kommt der Vertragsarzt dem nicht unverzüglich bzw. bei Beendigung bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses

nach, so hat der Zulassungsausschuss das Ruhen der Zulassung mit sofortiger Wirkung zu beschließen. Ihm steht hier also kein Ermessen zu. Auf diese Folge muss der Vertragsarzt aber vorab hingewiesen werden.

Wird das Bestehen eines ausreichenden Versicherungsschutzes durch den Vertragsarzt nachgewiesen, so wird das Ende des Ruhens der Zulassung durch Bescheid des Zulassungsausschusses festgestellt und das Ruhen der Zulassung endet mit dem Tag des Zugangs dieses Bescheides beim Vertragsarzt. Sollte jedoch das Ruhen der Zulassung nicht innerhalb von zwei Jahren nach dem Anordnungsbeschluss enden, so hat der Zulassungsausschuss die Entziehung der Zulassung zu beschließen (vgl. § 95e Abs. 4 SGB V).

In § 95e Abs. 6 SGB V wurde festgelegt, dass die Zulassungsausschüsse die bei ihnen zugelassenen Vertragsärzte, MVZ, BAGen und ermächtigten Ärzte bis zum 20.07.2023 erstmals dazu aufzufordern haben, das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes durch eine Versicherungsbescheinigung innerhalb einer Frist von drei Monaten nachzuweisen.

Insofern ist die Nachweisaufforderung des Zulassungsausschusses gemäß § 95e Abs. 6 SGB V gerechtfertigt. Die genannten Leistungserbringer sind nach § 95e Abs. 3 SGB somit auch zum Nachweis verpflichtet. Sollten die Leistungserbringer dieser Aufforderung des Zulassungsausschusses nicht nachkommen, so treffen sie die oben

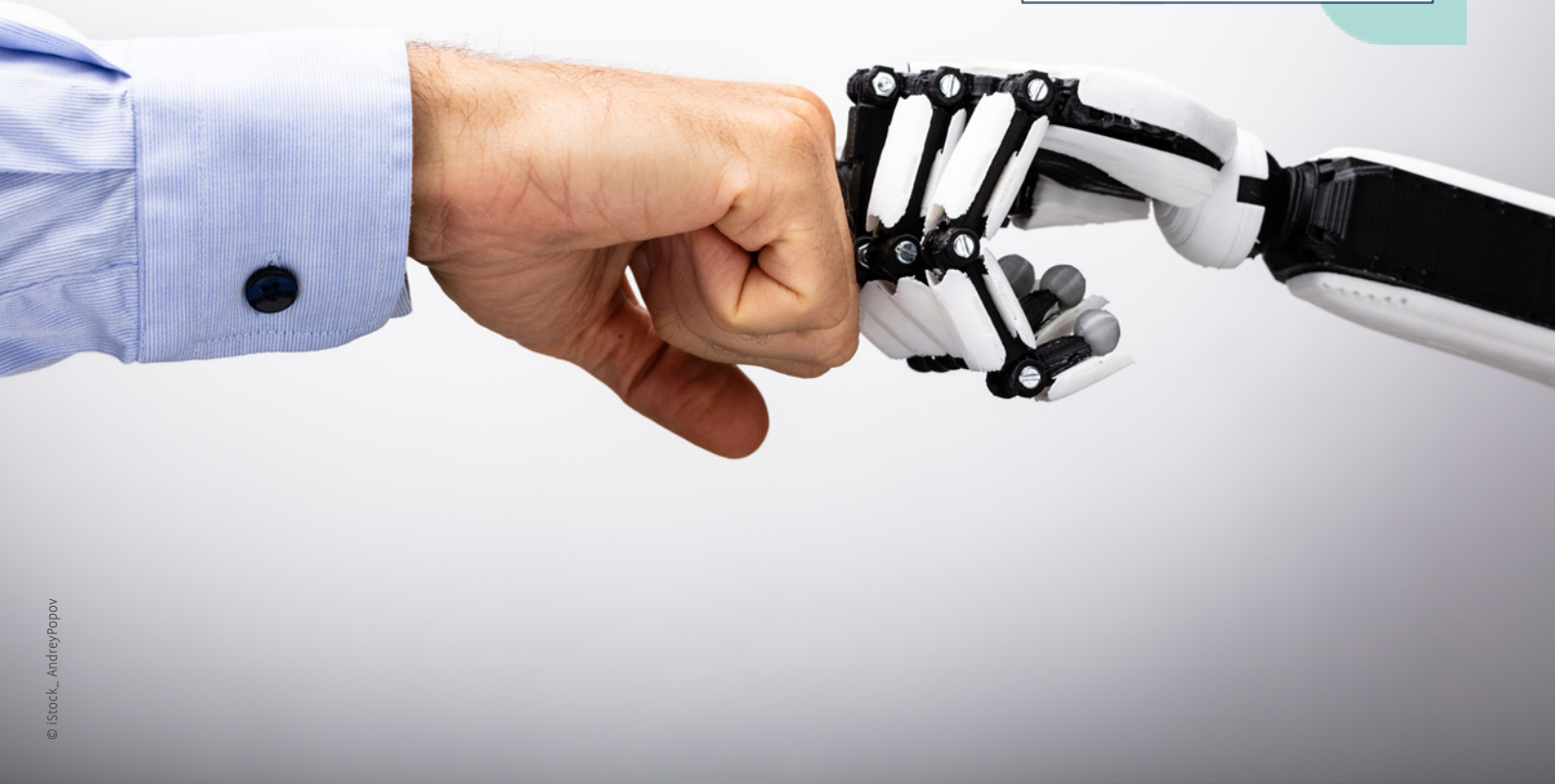
dargestellten erheblichen Rechtsfolgen des § 95e Abs. 4 S. 2 - 7 SGB V, d. h. der Zulassungsausschuss muss zunächst das Ruhen der Zulassung beschließen und in der weiteren Folge könnte sogar der Zulassungsentzug drohen.

Nachdem der Zulassungsausschuss bei einem Verstoß gegen die vertragsärztliche Pflicht zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung auch die zuständige Ärztekammer informieren muss, drohen daneben auch berufsrechtliche Konsequenzen.

Hinzukommt, dass auch das Ruhen der Approbation droht, da dieses nach § 6 Abs. 1 Nr. 5 BÄO angeordnet werden kann, wenn sich ergibt, dass der Arzt nicht ausreichend gegen die sich aus seiner Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren versichert ist, sofern kraft Landesrechts oder kraft Standesrechts eine Pflicht zur Versicherung besteht. In allen Bundesländern ist eine standesrechtliche Pflicht in den Berufsordnungen sowie in 12 Bundesländern auch eine landesrechtliche Pflicht in den Heilberufe-Kammergesetzen hierzu normiert.

Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass aus juristischer Sicht zum einen zwingend auf das Vorhalten einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung geachtet werden muss und zum anderen einer (zukünftigen) Aufforderung des Zulassungsausschusses zum entsprechenden Nachweis unverzüglich nachgekommen werden sollte, um die dargestellten erheblichen negativen Konsequenzen zu vermeiden. ○

BDC-PRAXIS TEST



© Istock_ AndreyPopov

Künstliche Intelligenz in der Chirurgie

VORWORT

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

eine im Herbst 2018 unter 2.000 deutschen Verbrauchern durchgeführte Studie von VMware ging der Frage nach, in welchem Maße potentielle Nutzer künstlicher Intelligenz (KI) vertrauen, wenn es um das hohe Gut ihrer Gesundheit geht. Die Studienergebnisse werden begeisterte Tekkies enttäuschen, ergaben sie doch neben viel Akzeptanz auch ein großes Misstrauen. Während zwar die Mehrheit der Befragten (68 %) den Einsatz von KI befürworten, um dadurch ihren älteren Familienangehörigen ein längeres Leben im eigenen Heim zu ermöglichen, würden 61 % der Deutschen einen menschlichen Chirurgen einem Roboter trotzdem immer noch vorziehen, selbst wenn der Heilungsprozess sich dadurch verlängert. Die Studie resümiert, dass die Hauptgründe für dieses Misstrauen in der Abneigung der Verbraucher die Kontrolle über bestimmte Lebensbereiche abzugeben und in der Angst vor fehlendem Datenschutz liegen. Dagegen bewerten viele Befürworter von KI in der Medizin die Thematik komplett anders: sie sind davon überzeugt, dass „KI die Medizin zur besten je dagewesenen Medizin mache, Millionen Menschen Leid ersparen und die

**Korrespondierender Autor:****Dr. med. Joël L. Lavanchy**

Oberarzt Viszerale und
Transplantationschirurgie
Universitätsklinik für Viszerale
Chirurgie und Medizin
Inselspital, Universitätsspital Bern,
Universität Bern
Freiburgstrasse
3010 Bern
joel.lavanchy@insel.ch

Prof. Dr. med. Guido Beldi

Leitender Arzt Viszerale und
Transplantationschirurgie
Universitätsklinik für Viszerale
Chirurgie und Medizin
Inselspital, Universitätsspital Bern,
Universität Bern
Freiburgstrasse
3010 Bern

Lavanchy, J L, Beldi G: BDC-Praxistest:
Künstliche Intelligenz in der Chirurgie.
Passion Chirurgie. 2022 Januar/Februar;
12(01/02): Artikel 05_01.



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

Gesundheitssysteme weltweit gerechter, menschlicher, effizienter und sicherer machen werde“. Klingt übertrieben? Was denn nun? Blinde Begeisterung? Pures Misstrauen?

Pikanterweise beurteilte eine aktuelle Meta-Studie im Lancet aus 2019, weniger als 1 % von mehr als 20.000 KI-Studien zur medizinischen Bilddiagnostik als vertrauenswürdig. Fazit: Alea iacta non est (Nicht-Lateiner könnten jetzt ihr Smartphone zücken!). Um unsere Meinung zu schärfen hilft sicher der aktuelle Beitrag aus der Universitätsklinik Bern, in dem wir lernen, was KI für die Chirurgie bedeuten und welche Potentiale wir vielleicht heben können.

Spannende Lektüre wünschen

Prof. Dr. med.
C. J. Krones



und

Prof. Dr. med.
D. Vallböhmer



Künstliche Intelligenz (KI, engl. artificial intelligence) ist eine Technologie, die aktuell in aller Munde ist. Viele Branchen setzen große Hoffnungen in KI für die Weiterentwicklung ihrer Dienstleistungen und Produkte. Eine Vorreiterrolle spielt dabei natürlich die Informationstechnologie selbst: Sind Sie sich bewusst, dass die Auswahl der Bücher, die Ihnen zum Kauf empfohlen werden, der Vorschlag der Abendunterhaltung durch Online-Streaming-Dienste oder die Nachrichten, die Ihnen in den sozialen Medien angezeigt werden, Resultate von KI sind? Dieser Artikel erläutert die wichtigsten technischen Begriffe der KI und gibt eine Übersicht über die Erforschung und den Einsatz von KI in der Chirurgie.

WAS IST KÜNSTLICHE INTELLIGENZ?

Der Begriff KI wurde 1955 erstmals vom Computerwissenschaftler John McCarthy als „die Wissenschaft und Technik der Herstellung intelligenter Maschinen“ beschrieben [1]. Seither hat sich diese junge Disziplin der Computerwissenschaften in vielfältigen Anwendungen etabliert. Nur 40 Jahre nach der Erstbeschreibung von KI, hat 1997 erstmals der von IBM entwickelte Schachcomputer Deep Blue den amtierenden Weltmeister

Garry Kasparov unter Turnierbedingungen besiegt [2]. Doch was ist KI wirklich, und wie wird sie angewandt?

Eine der am häufigsten verwandten KI-Anwendungen ist das maschinelle Lernen (engl. machine learning). Dabei handelt es sich um Computerprogramme, sogenannte Algorithmen, die am Beispiel (Trainings-Datensatz) das Erkennen von Mustern (Markern) erlernen. Die erlernten Muster können dann durch den Algorithmus in einem unbekannten Test-Datensatz wiedererkannt werden (Abb. 1). Da diese Methode des maschinellen Lernens von Menschen generierte Datensätze für das Training des Algorithmus benötigt, wird sie als überwachtes Lernen (engl. supervised learning) bezeichnet. Im Gegensatz dazu gibt es Anwendungen des maschinellen Lernens, bei denen keine Trainings-Datensätze geliefert werden, sondern der Algorithmus aus der Struktur der zu bewertenden Daten die Muster selbstständig erlernt. Bei diesen Anwendungen spricht man von nicht-überwachtem Lernen (engl. unsupervised learning).

Für die Bearbeitung von Bild- und Video-Daten mittels maschinellern Lernen werden vornehmlich neuronale Netzwerke (engl. convolutional neural network) verwandt. Neuronale

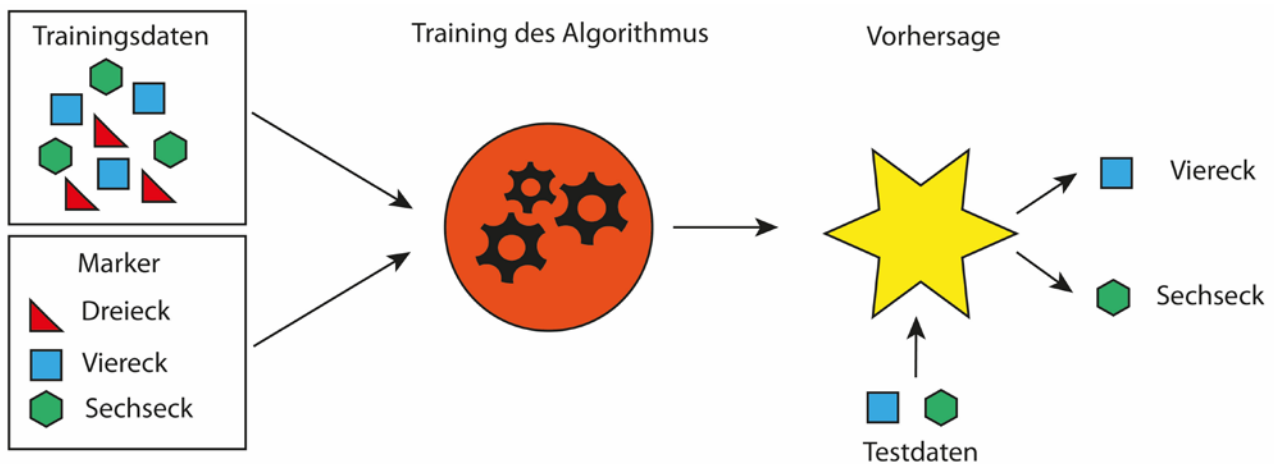


Abb. 1: Wie funktioniert überwachtes maschinelles Lernen?

Anhand von markierten Trainingsdaten wird ein Algorithmus darin trainiert, die Marker von nicht markierten Testdaten vorherzusagen.

Netzwerke sind Algorithmen, die in Analogie zum menschlichen Gehirn auf vielen Ebenen (engl. layer) von neuronalen Verschaltungen basieren. Bei neuronalen Netzwerken werden nur der eingespeiste Datensatz (input) und der resultierende Datensatz (output: Klassifikation bei kategorischen Outcomes oder Regression bei numerischen Outcomes) definiert. Zwischen Input- und Output-Layern finden viele Zwischenrechenschritte in sogenannten versteckten Ebenen (engl. hidden layers) statt, die nicht explizit programmiert werden. Deshalb haftet KI-Anwendungen das Image von nicht nachvollziehbaren willkürlichen Entscheidungen eines Computerprogrammes an. Dem muss aber entgegnet werden, dass die Architektur eines Algorithmus im Gegensatz zum Trainings-Datensatz die Resultate einer KI-Anwendung nur wenig beeinflusst. Die aktuell verfügbaren Anwendungen der KI in der Chirurgie benutzen neuronale Netzwerke im Bereich des überwachten Lernens für die Analyse von Bild- und Video-Daten (z. B. intraoperative Standbilder oder Video-Aufzeichnungen endoskopischer Eingriffe).

WIE WIRD KI IN DER CHIRURGIE ANGEWANDT?

Auf drei Anwendungen von KI in der Chirurgie wird im folgenden Abschnitt näher eingegangen:

1. KI zur Risikostratifizierung und Prognose von Outcomes
2. KI zum Erlernen der „Sprache der Chirurgie“

3. KI zur intraoperativen Unterstützung von Chirurgen

KI ZUR RISIKOSTRATIFIZIERUNG UND PROGNOSE VON OUTCOMES

KI-Modelle können eine Vielzahl prä- und perioperativer Variablen in die Risikostratifizierung und Prognose von Outcomes einbeziehen. Assoziationen und Interaktionen von prä- und perioperativen Risikofaktoren können von KI in einer Komplexität berechnet werden, die über lineare, uni- und multivariable Regressionsanalysen hinausgeht. Deshalb sind KI-Modelle zur Risikostratifizierung und Prognose von Outcomes in der Chirurgie besonders geeignet und zuverlässiger als konventionelle Risikokalkulatoren.

Eine der ersten KI-Anwendungen in diesem Bereich ist der „POTTER“ Risikokalkulator zur Vorhersage postoperativer Mortalität und Morbidität nach Notfalleingriffen [3]. Die Datengrundlage dieser Anwendung bildet die Datenbank des „American College of Surgeons (ACS) National Surgical Quality Improvement Program“. Mehr als 150 prä- und perioperative Variablen von über 320.000 Patienten, die zwischen 2007 und 2013 einen chirurgischen Notfalleingriff hatten, wurden für das Training des Algorithmus verwendet. Mit der Beantwortung von vier bis elf Fragen kann für jeden Patienten das 30-Tages-Mortalitätsrisiko mit einer höheren Genauigkeit als konventionelle Risiko-Scores (AUROC 0.916 vs. American Society of Anesthesia Score

0.874 vs. Emergency Surgery Score 0.891 vs. American College of Surgeons Surgical Risk Calculator 0.898) berechnet werden.

Eine vergleichbare KI-Anwendung gibt es für die Mortalität- und Morbiditäts-Vorhersage in der Unfallchirurgie in Form einer Smartphone App [4]. Der „Trauma outcome predictor“ wurde anhand der „ACS Trauma Quality Improvement Program“ Datenbank erstellt. Alle Patienten über 18 Jahre wurden eingeschlossen, die zwischen 2010 und 2016 wegen eines stumpfen oder penetrierenden Traumas behandelt wurden. Die Daten von über 745.000 Patienten wurden für das Training und die Daten von über 185.000 Patienten für die Validierung des Algorithmus verwendet. Sowohl für stumpfes als auch penetrierendes Trauma hat der „Trauma outcome predictor“ eine höhere Genauigkeit in der Mortalitätsvorhersage als der etablierte „Trauma and Injury Severity Score“ (AUROC 0.890 resp. 0.941 vs. 0.866 resp. 0.935).

Die Risikostratifizierung und Outcome Vorhersage kann neben klinischen Daten auch auf präoperativer Bildgebung beruhen. In einer US-amerikanischen Studie wurden die präoperativen Computertomographie Bilder von Bauchwandhernien zur automatischen Beurteilung der chirurgischen Komplexität und Vorhersage von postoperativen Wundinfektionen verwendet [5]. Anhand von nahezu 370 Patienten und über 9300 CT-Bildern wurde der Algorithmus trainiert. Die Notwendigkeit einer Komponentenseparation zur

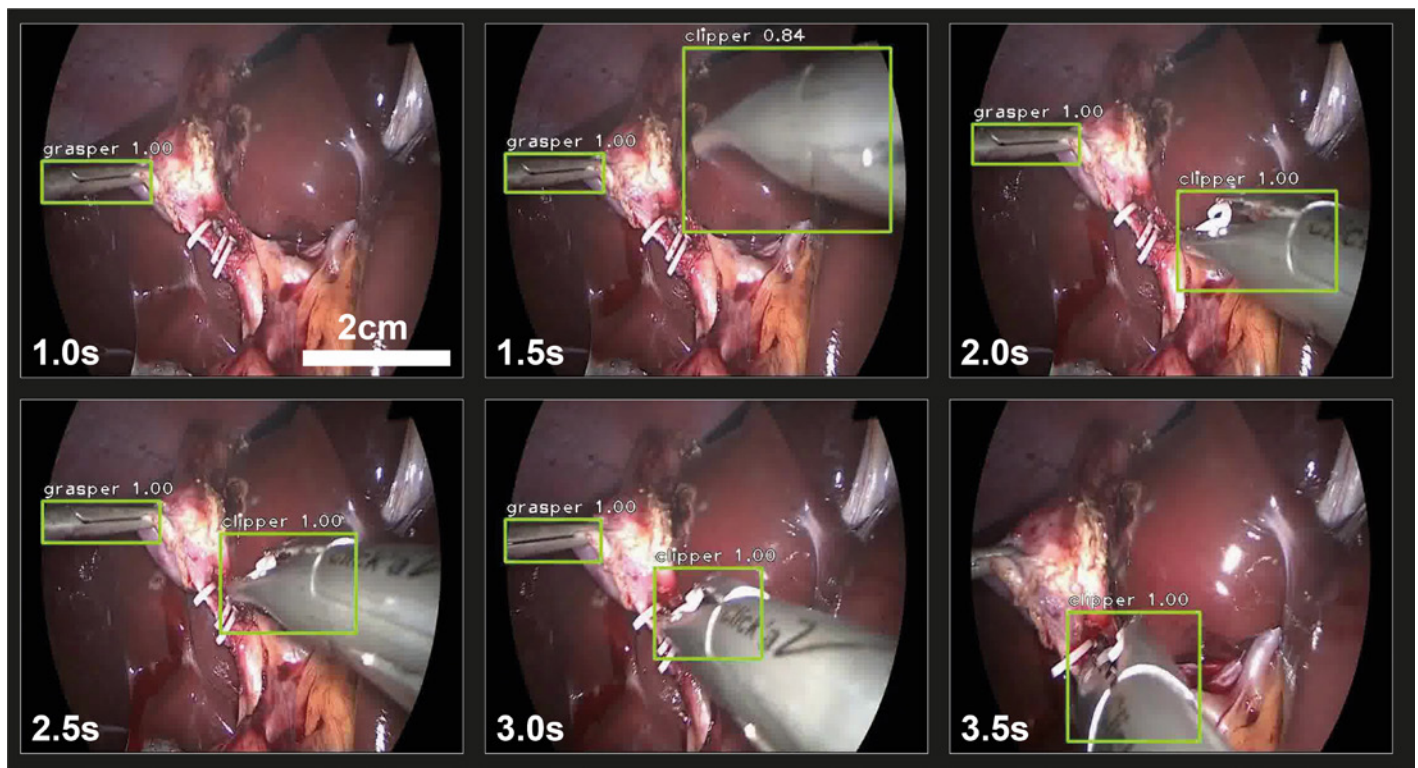


Abb. 2: Instrument-Erkennungs-Algorithmus.

Der Algorithmus identifiziert die Instrumente (grüne Boxen), klassifiziert sie (grasper = Fasszange, clipper = Clipzange) und gibt die Erkennungskonfidenz an. (6 Beispielbilder, vollständiges Video unter <https://doi.org/10.1038/s41598-021-84295-6>)

Bauchwandhernien Versorgung wurde vom KI-Algorithmus deutlich genauer vorhergesagt als von erfahrenen Bauchwand Chirurgen (Genauigkeit 81,3 % vs. 65,0 %, $p < 0.001$). Postoperative Wundinfektionen konnten durch den Algorithmus sehr gut vorhergesagt werden (AUROC 0.898, $p < 0.001$).

KI ZUM ERLERNEN DER „SPRACHE DER CHIRURGIE“

Damit KI die „Sprache der Chirurgie“ erlernen kann, müssen mehrstündige Eingriffe in kürzere, reproduzierbare und hierarchisch gegliederte Einheiten aufgeteilt werden. So unterteilt sich jede Operation in mehrere Phasen (Zugang, Mobilisation, Resektion, Rekonstruktion, etc.), welche sich wiederum aus mehreren Schritten (Präparation, Gefäßkontrolle, etc.) und wiederum aus repetitiven Handlungen (Schneiden, Koagulieren, Nähen, etc.) zusammensetzen. Endoskopische Eingriffe eignen sich hervorragend für das Training von KI aufgrund der einfach aufzuzeichnenden Videos und des somit vorhandenen Rohdatenmaterials. Mittels manueller Markierung des Rohdatenmaterials

durch Chirurgen, wurden Algorithmen trainiert, welche die Operationsphasen in laparoskopischen Cholezystektomien [6], in laparoskopischen Sleeve-Gastrektomien [7], in laparoskopischen Magenbypass Operationen [8] und in laparoskopischen kolorektalen Eingriffen [9] identifizieren. Die Identifikation von Operationsphasen eignet sich zum Beispiel für die Analyse der durchschnittlichen Operationsdauer pro Phase und somit auch für die Vorhersage der verbleibenden Operationszeit [10].

Neben der Identifikation von Operationsphasen und -schritten ist das Erkennen der Instrumente von zentraler Bedeutung für das Verständnis der Chirurgie. Mit Hilfe von KI lassen sich laparoskopische Instrumente identifizieren und klassifizieren (Abb. 2). Erfolgt die Instrumentenerkennung über einen gewissen Zeitraum lassen sich Bewegungsabläufe und -muster extrahieren. Präzise Bewegungsmuster mit kurzen Wegstrecken sind charakteristisch für gute chirurgische Fähigkeiten. Durch die Analyse der Bewegungsmuster lassen sich chirurgische Fähigkeiten automatisch mittels

KI beurteilen [11]. Dies ist sowohl für die Aus- und Weiterbildung von Chirurgen als auch in der Analyse von postoperativen Komplikationen wichtig.

KI ZUR INTRAOPERATIVEN UNTERSTÜTZUNG VON CHIRURGEN

Der nächste logische Schritt nach dem Erlernen der chirurgischen Sprache durch KI ist die Unterstützung von Chirurgen während der Operation. Diese Anwendungen stecken jedoch aktuell noch in den Kinderschuhen, da dafür Algorithmen notwendig sind, die in Echtzeit und mit beschränkten, mobilen Rechenkapazitäten funktionieren.

Da die laparoskopische Cholezystektomie ein häufiger und vergleichsweise standardisierter Eingriff mit kurzer Operationsdauer ist, basieren viele Entwicklungen in diesem Bereich auf diesem Eingriff. So wurde zum Beispiel durch eine Gruppe in Strasbourg, Frankreich ein intraoperatives Assistenzsystem entwickelt, welches mittels KI analysiert, ob während der laparoskopischen Cholezystektomie

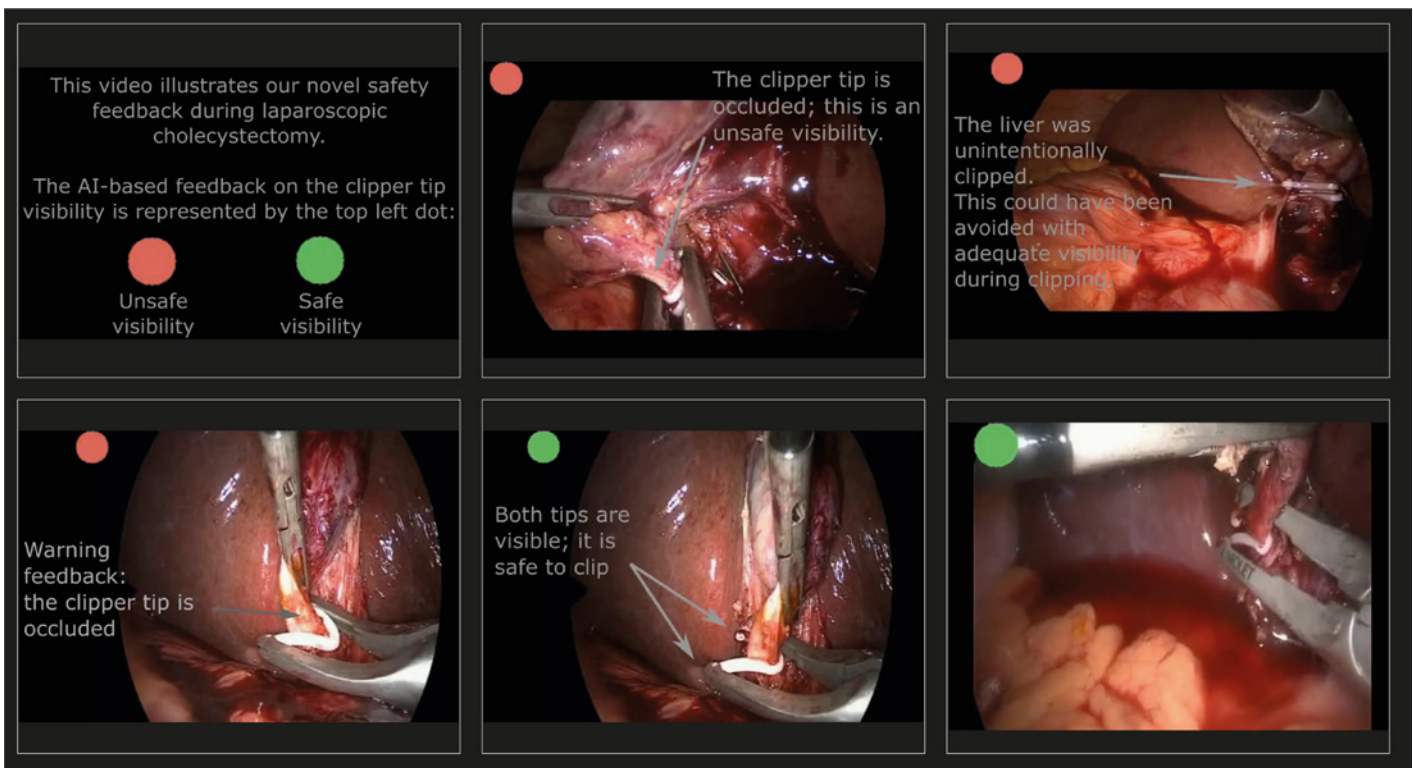


Abb. 3: Assistenzsystem

Das Assistenzsystem zeigt mit einem grünen beziehungsweise roten Punkt an, ob die Spitzen der Clipzange sichtbar beziehungsweise nicht sichtbar sind (6 Beispielspielbilder, vollständiges Video unter <https://doi.org/10.1007/s11548-021-02441-x>)

die „critical view of safety (CVS)“ erreicht wird [12]. CVS ist ein Konzept welches 1995 zur Reduktion von Gallengangsverletzungen während der laparoskopischen Cholezystektomie eingeführt wurde und beinhaltet unter anderem die sichere Visualisierung des Ductus cysticus und der Arteria cystica [13].

Da es bei der Clip Applikation an Gallenblasengang und -arterie leicht zu versehentlichem Verletzen von Nachbarstrukturen (Hauptgallengang, rechts-posteriore Leberarterie) kommen kann, wurde von unserer Gruppe ein intraoperatives Assistenzsystem entwickelt, welches mittels KI erkennt, ob die Spitzen des Clips frei sind, bevor dieser appliziert wird [14]. So wird durch visuelle

Rückmeldung sichergestellt, dass die zu clippende Struktur vollständig vom Clip umfasst wird und sich keine unerwünschten Strukturen darin befinden (Abb. 3).

Ein weiteres intraoperatives Assistenzsystem analysiert mittels KI wo sich anatomisch sichere („go“) und unsichere („no-go“) Zonen für die Präparation während der laparoskopischen Cholezystektomie befinden [15]. Diese Information wird in Echtzeit mittels Einblendung über das Bild des Laparoscops projiziert, so dass die „go“ und „no-go“ Zonen im Sinne einer erweiterten Realität (engl. augmented reality) für das ganze Operationsteam (Chirurg, Assistent, OP-Pflege, Zuschauer) sichtbar sind.

ZUSAMMENFASSUNG

KI hat das Potential die Chirurgie nachhaltig zu verändern. Erste Schritte im Einsatz von KI für die Risikostratifikation und Prognose von Outcomes chirurgischer Patienten und zum Erlernen der „Sprache der Chirurgie“ wurden bereits unternommen. Darauf aufbauend werden Assistenzsysteme entwickelt, die den Chirurgen der Zukunft intraoperative Entscheidungshilfen in Echtzeit liefern werden. Erste Prototypen dieser KI-Assistenzsysteme existieren bereits, ihre Validierung im klinischen Einsatz ist jedoch noch ausstehend.

Die Literaturliste erhalten Sie auf Anfrage via passion_chirurgie@bdc.de. 

BDC|Pressemitteilung

Koalitionsvertrag:

ÜBERGREIFENDE GESUNDHEITSVERSORGUNG NUR UNTER BETEILIGUNG BEIDER SEKTOREN

Berlin, den 25.11.2021: Der im Vertrag der sogenannten „Ampelkoalition“ aus SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP für den Gesundheitsbereich vorgesehene Ausbau der Versorgung an der Sektorengrenze ist nahelegend und sachgerecht. Die geplanten integrierten Gesundheits- und Notfallzentren eröffnen die Chance, die Versorgung stärker am Bedarf der Bevölkerung auszurichten. „Gerade die Einbeziehung kurzstationärer Leistungen in dieses Konzept sehen wir sehr positiv. Allerdings muss der Gesetzgeber klarstellen, dass Leistungserbringer sowohl aus dem ambulanten als auch dem stationären Sektor in diesem Grenzbereich versorgen dürfen“, sagt Dr. Jörg Rüggeberg, Vizepräsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC).

Das soll sich auch im Vergütungssystem widerspiegeln: Die neuen, „ambulantisierten“ Leistungen sollen sektorengleich über sogenannte Hybrid-DRGs vergütet werden. „Im Endeffekt kommt es natürlich darauf an, welche Kalkulation genau man den Hybrid-DRGs zugrunde legt. Die Vergütung durch Hybrid-DRGs sollte man unbedingt dazu nutzen, auch kurzstationäre Aufenthalte in den neuen Versorgungsbe- reich zu integrieren“, so Dr. Friederike Burgdorf, Geschäftsführerin des BDC. „Allerdings wäre es wünschenswert, sektorübergreifende Versorgung nicht nur bei ambulanten Patienten oder sogenannten Kurzliegern umzusetzen, sondern zusätzlich Wege zu öffnen, institutionelle Grenzen in der Gesamtbehandlung der Patienten zu beseitigen und entsprechende Kooperationsmodelle zu fördern“, erklärt Dr. Rüggeberg.

Den auch in der Krankenhausplanung und -finanzierung gezeigten Reformwillen begrüßt der BDC grundsätzlich. So soll die Planung künftig statt auf Fachabteilungen auf Leistungsgruppen (zum Beispiel Endoprothetik oder Wirbelsäulenchirurgie) und auf Versorgungsstufen (also Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) basieren und sich zum Beispiel an der Erreichbarkeit und demografischen Entwicklung orientieren. Auch bei der Krankenhausfinanzierung sollen die Versorgungsstufen künftig eine Rolle spielen. Zusätzlich sollen erlösunabhängige Vorhaltepauschalen das System ergänzen. In Bundesländern, die diese „Leitplanken“ umsetzen, übernimmt der Bund dann einen Anteil der Investitionsfinanzierung. Im Gegenzug sollte der Bund nach Auffassung des BDC auch mehr Planungsbefugnisse erhalten, um länderübergreifende Aspekte besser berücksichtigen zu können.

Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Präsident des BDC, sagt: „Bei alldem müssen wir aber ein gesundes Maß finden. Reformen sind insgesamt gut, wenn der Saldo zwischen Aufwand und Nutzen positiv ist, insbesondere, wenn ein deutliches qualitatives Plus in der Versorgung der Bevölkerung daraus resultiert. Reformen dürfen aber nicht zum Selbstzweck werden. Vor allem dürfen wir die Leistungserbringer nicht mit noch mehr bürokratischen Vorgaben belasten. Nicht zuletzt sieht die Ampelkoalition ja auch ein „Bürokratieabbau-paket“ vor. Dieses Vorhaben muss im Endeffekt auch wirklich umgesetzt werden.“

Presse-Kontakt BDC: Holger Wannenwetsch,
Telefon 030/28004-201, presse@bdc.de



Alle Pressemitteilungen und das Medienecho finden Sie auf [BDC|Online](https://www.bdc.de) im Bereich Presse.

BDC|Pressemitteilung

Studie zur Corona-Pandemie zeigt:

KLINIKEN REGELN OPERATIONS BETRIEB AUTONOM AM BESTEN

Berlin, den 29.11.2021 – Angesichts der dramatischen Dynamik der SARS-CoV-2-Pandemie wird es unvermeidlich sein, das reguläre Operationsprogramm an den Kliniken zugunsten der Behandlung von Corona-Patienten einzuschränken. Die Betrachtung der bisherigen Wellen zeigt, dass die deutschen Kliniken, während der zweiten und dritten Pandemiewelle in Abhängigkeit von den Inzidenzen und von der Dringlichkeit der Eingriffe dies eigenständig absolut situationsgerecht geregelt haben. Dagegen hat die behördlich angeordnete Absage elektiver Eingriffe während der ersten Welle zu einem undifferenzierten pauschalen Fallzahlrückgang in Kliniken geführt. Das ist das Ergebnis einer Studie, die auf einem Benchmarking-Programm des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA), des Verbandes für OP-Management (VOPM) und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) beruht.

Die Studie basiert auf einer Analyse der Fallzahlentwicklung in der Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie der Unfallchirurgie/Orthopädie während der zweiten (Herbst/Winter 2020/2021) und dritten Welle (Frühjahr 2021) bis zum 31. Mai 2021. „Aktuell müssen wir natürlich alles tun, um schwerer erkrankte COVID-Patienten stationär bestmöglich zu versorgen. Das gilt jedoch ebenso für andere schwerere elektive Krankheitsbilder. Wenn man die Auswahl der Patienten den Kliniken überlässt, erhält man ein sehr gut austarierendes, sich selbst steuerndes System, das zeigen unsere Zahlen ganz klar“, sagt Dr. Jörg Rüggeberg, Vizepräsident des BDC. So sei deutlich erkennbar, dass Eingriffe mit hoher Dringlichkeit – die Krebsoperationen als Beispiel aus der Viszeralchirurgie – in der zweiten und dritten Welle nur mäßig rückläufig waren.

Dagegen habe man bei Eingriffen, deren Verschiebung erfahrungsgemäß für Patienten mit keinen negativen Folgen verbunden sei, wie zum Beispiel die operative Versorgung von Hernien, deutliche Fallzahlrückgänge beobachtet, so Rüggeberg.

Hoher Fallzahlrückgang bei hoher Inzidenz, geringer Fallzahlrückgang bei niedriger Inzidenz: Auch in der Relation zwischen Operationsfrequenzen und Inzidenz zeigt sich der situationsgerechte Umgang der Kliniken mit der Pandemie. So ging die Fallzahl in den unfallchirurgisch-orthopädischen Hauptabteilungen in Hochinzidenzgebieten während der zweiten Welle um bis zu 40 Prozent zurück. In Niedriginzidenzgebieten lag der Rückgang im selben Zeitraum bei höchstens 18 Prozent. Während der ersten Welle dagegen sank die Fallzahl aufgrund der behördlichen Beschränkung elektiver Eingriffe insgesamt um bis zu 35 Prozent – und das trotz erheblich geringerer Inzidenzen im Vergleich zu den Folgewellen.

„Kliniken müssen immer dazu in der Lage sein, akute schwerere Eingriffe durchzuführen, besonders wenn es um bösartige Erkrankungen geht, um möglichst Folgeschäden für Nicht-COVID-Erkrankte zu minimieren. Niemand will gerne die Verantwortung einer Triage übernehmen, aber letztlich muss die individuelle Indikation der entscheidende Parameter sein. Die Kliniken haben gezeigt, dass sie in der Lage sind, in der Pandemie den Handlungsbedarf nach Dringlichkeit des Eingriffs und aktueller Inzidenzsituation vor Ort flexibel einzuschätzen. Diesen Spielraum darf ihnen die Politik trotz der unzweifelhaft angespannten Lage nicht nehmen“, appelliert Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Präsident des BDC.

Presse-Kontakt BDC: Holger Wannenwetsch,
Telefon 030/28004-201, presse@bdc.de



Alle Pressemitteilungen und das Medienecho finden Sie auf [BDC|Online](https://www.bdc.de/Online) im Bereich Presse.

Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl Wilhelm Lauterbach

KULTSTATUS HAT PROFESSOR LAUTERBACH SCHON LANGE, NUN IST ER NEUER GESUNDHEITSMINISTER DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

Seit dem 8. Dezember 2021 ist Karl Lauterbach Bundesgesundheitsminister im Kabinett von Bundeskanzler Olaf Scholz. Kultstatus hat er schon lange, nicht nur durch regelmäßige Social Media-Beiträge und einschlägige Auftritte bei diversen Talk- und Kabarettshows des öffentlich-rechtlichen Fernsehens (Tipp der Redaktion: [Anti-Kater-Drinks selber machen – mit Hazel Brugger und Karl Lauterbach | heute-show – YouTube](#)). Bereits seit 2005 wird Lauterbach stets per Direktmandat in den Bundestag gewählt. Bekannt geworden ist er zunächst durch zahlreiche (populär-)wissenschaftliche Publikationen, die Berufung in den „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ (1999-2005) und in die „Rürup-Kommission“ (2003), schließlich durch seine Karriere als Sprecher der Arbeitsgruppe Gesundheit der SPD und als stellvertretender Fraktionsvorsitzender der SPD im Bundestag. Wellen schlug Lauterbach als Arzt, Gesundheitswissenschaftler und Politiker vor allem in den letzten zwei Jahren mit fortwährenden Erklärungen, Mahnungen und Interpretationen zur Corona-Pandemie. An ihm scheiden sich bekanntermaßen die Geister. Während die einen glühende Befürworter sind (#WirwollenKarl bei Twitter), erntet er von seinen Gegnern Ablehnung bis hin zu Hass.

ABER WER IST KARL LAUTERBACH WIRKLICH UND WAS HABEN WIR VON IHM ALS BUNDESGESUNDHEITSMINISTER ZU ERWARTEN?

Karl Lauterbach (59), geboren in Düren, ist Arzt, Gesundheitsökonom und Politiker. Nach einer bemerkenswerten Schullaufbahn – trotz guter Noten hat er wohl aufgrund seiner Herkunft aus dem Arbeitermilieu

zunächst nur eine Empfehlung für die Hauptschule erhalten und ist dann über die Realschule zum Gymnasium gewechselt – studierte Lauterbach in den Achtzigerjahren Medizin in Aachen und promovierte 1991 an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Von 1989 bis 1992 studierte er an der *Harvard School of Public Health* und erwarb einen Master of Public Health (MPH) sowie einen Master of Science (M.Sc.) mit den Schwerpunkten Epidemiologie und Health Policy and Management. Gefördert von der CDU-nahen Konrad-Adenauer-Stiftung, erlangte Lauterbach dort 1995 zudem den Abschluss eines *Scientiæ Doctor* (Sc.D.). 1996/97 gründete der frisch berufene Professor an der Universität Köln das Institut für Gesundheitsökonomie und Epidemiologie. Seit 2008 ist er „Adjunct Professor“ für Gesundheitspolitik und -management an der Harvard School of Public Health.

Karl Lauterbach ist Vater von vier Kindern aus seiner früheren Ehe mit der Ärztin und Epidemiologin Angela Spelsberg und eines weiteren Kindes aus seiner Beziehung mit Ulrike Winkelmann, Journalistin und Chefredakteurin der taz in Berlin.

Im Bundestag und in der Wissenschaft wird er teilweise als Besserwisser und Einzelgänger wahrgenommen, mit einer exzentrischen Note. Als sein Markenzeichen galt bis 2020 die Fliege („hygienischer als Schlips“ und daher präferiert von Ärzten in den USA, wie er gerne informiert).

Politisch vertritt Lauterbach mitunter plakative Thesen. Er ist erklärter Vertreter der Bürgerversicherung, für die er sich bereits zu Zeiten Ulla Schmidts in der Rürup-Kommission einsetzte, als es darum ging, die klammen Kassen finanziell zu stabilisieren. Vielfach wahrgenommen wurde in diesem Kontext auch sein Buch „*Der Zweiklassenstaat*“.



**Dr. med. Friederike Burgdorf,
M. Sc.**

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

Wie die Privilegierten Deutschland ruinieren“ (2007), in dem er auch die sogenannte „doppelte Facharztschiene“ hinterfragte. Lauterbach hat bereits damals als enger gesundheitspolitischer Berater Ulla Schmidts die medizinische Versorgung öffentlich für zu viele umstrittene Leistungen und zu wenig Qualität und Transparenz kritisiert. Dabei hat er stets betont: „Meine Kritik richtet sich gegen das System und seine Strukturen, nicht gegen die Beteiligten.“ Damals war Lauterbach an der Einführung der Praxisgebühr beteiligt. Außerdem hat er sich für eine Pauschalierung der hausärztlichen Vergütung mit Qualitätsboni eingesetzt, um dem sogenannten „Hamsterradeffekt“ zu begegnen. Mitgewirkt hat Lauterbach an der Einführung der DRG im Krankenhausbereich. Daneben machte er sich stark für einen maßvollen Abbau von Krankenhäusern in Deutschland stark. Die entbudgetierte fachärztliche Vergütung für die Behandlung neuer Patienten, die im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) eingeführt wurde, befürwortete Lauterbach als Maßnahme zum Abbau einer Zweiklassenmedizin.

Als Gesundheitsminister hat Lauterbach nun prioritär der Pandemie zu begegnen. Darüber hinaus kündigte er an, dem Hausärztemangel angehen zu wollen, unter anderem durch mehr Medizinstudienplätze und Anreizsysteme für junge Ärzte, im System zu bleiben. Er will die Arzneimittelforschung in Deutschland fördern und sich für eine verbesserte Altenpflege einsetzen. Maßgeblich einbeziehen möchte er in seine

Entscheidungen Kriterien der evidenzbasierten Medizin.

Alles in allem weiß Bundeskanzler Scholz, dass er mit Lauterbach zwar einen „Mann vom Fach“ hat, der in Zeiten der Pandemie auch „ohne nennenswerte Einarbeitung sofort loslegen kann“. Allerdings hat er es sich mit dieser Benennung aber auch nicht einfach gemacht. Vertreter von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Deutscher Krankenhausgesellschaft ebenso wie der Krankenkassen haben den neuen Bundesgesundheitsminister in ihren Pressemitteilungen wohlwollend im Amt begrüßt. Und auch Lauterbach klingt irgendwie anders als zuvor, wenn er seinen Vorgänger im Amt für das Krisenmanagement während der Corona-Pandemie lobt und bei der Vorstellung durch Bundeskanzler Scholz ankündigt: „Wir werden das Gesundheitssystem stärken. Mit uns wird es keine Leistungskürzungen im Gesundheitswesen geben.“ Obacht bleibt aber weiterhin geboten, denn Lauterbach ist dafür bekannt, stets authentisch und prinzipientreu zu bleiben. Jüngst stieß er auf Unverständnis bei seinem rheinländischen Wahlvolk, als er vorschlug, das Karnevals fest ausnahmsweise von Februar auf den Sommer zu verschieben. Denn er könne sich schlicht nicht vorstellen, wie man fröhlich Karneval feiern könne, verbunden mit dem Risiko, sich selbst oder andere mit dem Corona-Virus zu infizieren. Und so ist und bleibt zunächst die Pandemiebekämpfung vordringlichste Aufgabe des neuen Bundesgesundheitsministers. ○

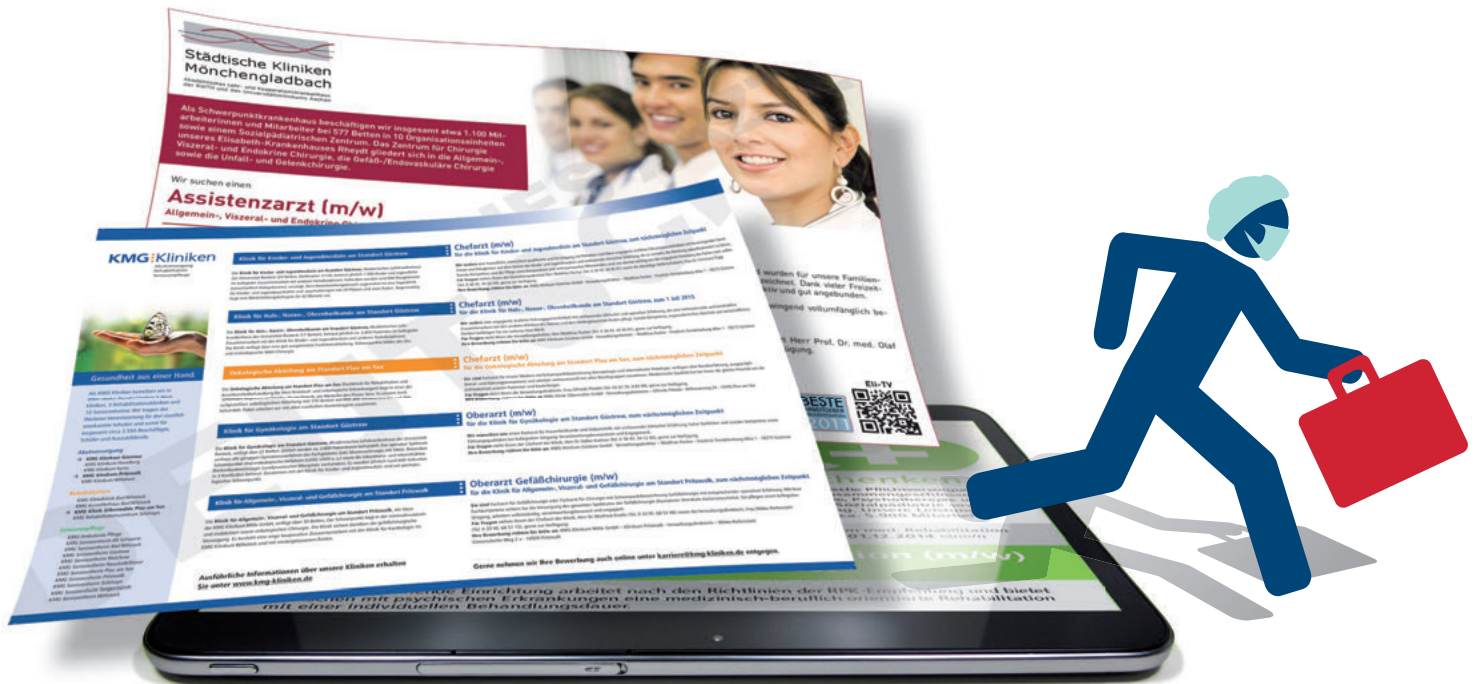
Burgdorf F: Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard)
Karl Wilhelm Lauterbach.
Passion Chirurgie. 2022 Januar/Februar;
12(01/02): Artikel 05_04.



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



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





DCK 2022

Gemeinsam lernen und heilen

JETZT ANMELDEN!
[www.dck2022.de/
anmeldung](http://www.dck2022.de/anmeldung)

139. Deutscher Chirurgen Kongress
06.–08. April 2022 | Congress Center Leipzig
Kongresspräsident: Prof. Dr. Hauke Lang, Mainz

**IDENTITÄT BEWAHREN – WISSEN
MEHREN – WANDEL GESTALTEN**



28.–30. März 2022
Prä-Kongress



06.–08. April 2022
Deutscher Chirurgen Kongress



06.–08. April 2022
Livestream einzelner Sitzungen

Das aktuelle Vorprogramm finden Sie
hier: www.dck2022.de/programm





AUS DER
DGCH

Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung



**Prof. Dr. med. Dr. h.c.
Hans-Joachim Meyer**
Generalsekretär der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
h-jmeyer@dgch.de

Präsident des Berufsverbandes der
Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
praesident@bdc.de

Im Auftrag des Präsidenten lade ich hiermit alle Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zur **Mitgliederversammlung** in Leipzig sehr herzlich ein.

Die **Mitgliederversammlung inkl. Wahlen** findet am **Donnerstag, den 07.04.2022, 13.00 – 14.30 Uhr** im **Saal 1** im Kongresszentrum Leipzig (CCL), Seehausener Allee 1, 04356 Leipzig, statt.

TAGESORDNUNG

1. Eröffnung durch den Präsidenten
2. Wahlen (siehe Bekanntmachung)
3. Bericht des Präsidenten
4. Bericht des Generalsekretärs
5. Bericht des Schatzmeisters
6. Vergabe der Stipendien
7. Verschiedenes

ZU TOP 2: WAHLEN

In Vollzug der gültigen Satzung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sind folgende Positionen des Präsidiums ab 01. Juli 2022 neu zu besetzen:

1. Generalsekretär/in
2. Dritter Vizepräsident 2022/2023, dann Präsident 2024/2025
3. niedergelassener Arzt für Chirurgie
4. Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland

Nach § 15.1 der Satzung erhält die Mitgliederversammlung für die von ihr **zu bestätigen- den Kandidaten** (hier 1. & 2.) zum Präsidium bzw. Vorstand jeweils einen Namensvorschlag

vom Präsidium. (Darüber hinaus unterbreitet das Präsidium Wahlvorschläge für die weiteren Mitglieder des Präsidiums (§13.2))

ZU 1.:

Als Generalsekretär wird der Mitgliederversammlung **Herr Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen** aus Frankfurt/Main, vorgeschlagen.

ZU 2.:

Als Dritter Vizepräsident 2022/2023 und Präsident 2024/2025 wird der Mitgliederversammlung **Herr Prof. Dr. med. Udo Rolle** aus Frankfurt/Main, vorgeschlagen.

ZU 3.:

Als niedergelassener Arzt für Chirurgie wird der Mitgliederversammlung **Herr Dr. med. Peter Kalbe** aus Rinteln, vorgeschlagen.

ZU 4.:

Als Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland wird der Mitgliederversammlung **Herr Prof. Dr. Klaus Emmanuel** aus Salzburg, vorgeschlagen.

Berlin, 26.10.2021

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

Bitte AN ALLE CHEF- UND OBERÄRZTE:

Bitte stellen Sie Ihre Assistenzärzte, die nicht Mitglied unserer Gesellschaft sind, aber am Kongress teilnehmen, zur kostengünstigen Teilnahme mit einer Arbeitsbescheinigung aus.

Einladung zum DCK 2022



Prof. Dr. med. Hauke Lang
Präsident DGCH 2021/22
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Transplantationschirurgie
Universitätsmedizin Mainz
Langenbeckstraße 1
55131 Mainz

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
Pflegerkräfte, Studierenden und Partner aus
der Industrie,

hiermit möchte ich Sie im Namen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zum 139. Kongress unserer Gesellschaft nach **Leipzig** (06. bis 08. April 2022) sehr herzlich einladen.

Im Jahr des 150-jährigen Jubiläums der DGCH werden wiederum die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) und die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) ihre Jahrestagung und, wie auch schon beim DCK 2021 in Mainz, die Deutsche Gesellschaft für Plastische-Rekonstruktive-und Ästhetische Chirurgie (DGPRÄC), die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG) sowie die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) ihre Frühjahrstagung im Rahmen des DCK 2022 veranstalten. Auch der Berufsverband der Deutschen Chirurgen, die Bundeswehr, der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe und die Rettungsdienste werden zusammen mit allen unter dem Dach der DGCH vereinigten chirurgischen Fachgesellschaften ebenfalls am DCK 2022 teilnehmen und diesen mit eigenen sowie interdisziplinären und interprofessionellen Veranstaltungen beleben.

Noch ist nicht absehbar, wie die gegenwärtige Pandemie auch den DCK 2022 beeinträchtigen wird. Klar ist, dass eine solche Pandemie unser Leben und Handeln langfristig beeinflussen wird und wir letztlich mit dem Corona-Virus leben müssen.

Nachdem pandemiebedingt 2020 der DCK komplett abgesagt werden musste, konnte in 2021 ein überwiegend digitaler Kongress abgehalten werden. Dank viel Engagement und enormer Anstrengungen aller Beteiligten verlief dieser Kongress erfreulicherweise

reibungslos und erfolgreich. Neue Formate wurden hervorragend angenommen und viele Online-Sitzungen, angefangen von den Meetings der Sektion Chirurgische Forschung über Plenarveranstaltungen bis hin zu Industriesymposien, erfreuten sich großer Beteiligung mit Teilnehmerzahlen, die bisweilen weit über denen in den vergangenen Jahren lagen.

Allerdings wurde allen, sowohl den Referenten vor Ort als auch den Teilnehmern zuhause, bewusst, wie sehr uns neben dem wissenschaftlichen Austausch insbesondere der persönliche Kontakt gefehlt hat und fehlt. Der Wunsch nach einem Präsenzkongress war jederzeit spürbar und wurde nahezu von allen Beteiligten geäußert. Und so hoffen wir sehr, dass wir uns 2022 in Leipzig wieder ohne Einschränkung treffen können. Allerdings möchten wir die vielen beim Kongress in Mainz gewonnenen Erkenntnisse nicht unberücksichtigt lassen. Neben dem eindeutigen Fokus auf Präsenzveranstaltungen sollen wesentliche Anteile des Kongresses auch wieder online zur Verfügung stehen - DCK 2022 hybrid. Auch Sitzungen der chirurgischen Forschung, Rapid Communications und Postersitzungen sollen wieder als online Präkongress-Sitzungen veranstaltet werden.

Auch beim DCK soll der inzwischen schon traditionelle Organspendelauf wieder ausgerichtet werden, um auf die nach wie vor zu geringen Spenderzahlen und die hieraus resultierende Problematik des Organmangels weiter aufmerksam zu machen und ins Blickfeld der Öffentlichkeit zu rücken. Obwohl beim DCK 2021 in Mainz der Organspendelauf nur virtuell stattfinden konnte, erfreute er sich mit mehr als 4000 Teilnehmern einer Rekordbeteiligung. Unser Ziel für 2022 ist es, neben einem Präsenzauf vor Ort in Leipzig auch wieder eine virtuelle Teilnahme

anzubieten, um Sportlern aus dem gesamten Bundesgebiet und über die Grenzen Deutschlands hinaus eine Teilnahme zu ermöglichen.

Zum aktuellen Zeitpunkt muss der weitere Verlauf der Pandemie selbstverständlich abgewartet und die Flexibilität in der Kongressplanung so lange wie möglich gewahrt werden.

Der DCK 2022 steht unter dem Motto „Identität bewahren, Wissen mehr und Wandel gestalten“.

Ganz sicher steht die Chirurgie, wie alle anderen Disziplinen auch, vor großen

Herausforderungen, teilweise sogar sehr unwägbaren, wie wir aktuell schmerzlich erfahren mussten. Die Chirurgie wird sich verändern, aufgrund neuer sozioökonomischer Rahmenbedingung und aufgrund technischen Fortschritts und wissenschaftlicher Ergebnisse. Und ganz sicher wird die Chirurgie immer mehr in interdisziplinäre Strukturen integriert werden.

Lassen Sie uns gemeinsam dahingehend wirken, dass die Chirurgie nicht Gegenstand des Wandels wird und an Bedeutung verliert, sondern den Wandel mitbestimmt, ihn vorantreibt und letztlich vielleicht sogar gestärkt aus ihm hervorgeht.

Nach den Covid-19 bedingten Einschränkungen sehnen wir uns nicht nur nach einer Normalisierung des öffentlichen Lebens, sondern auch nach einer Rückkehr des beruflichen Alltags mit fachlich-wissenschaftlichem Austausch und Interaktion in einer persönlichen Atmosphäre.

Ich würde mich sehr freuen, Sie möglichst zahlreich in **Leipzig und online** zum DCK 2022 begrüßen zu dürfen.

Ihr
Prof. Dr. Hauke Lang
Präsident DGCH 2021/2022

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

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: 06221/56-33850
Solveig.Tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
www.sdgc.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: BariSurg₁* Registriernummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. B.P. Müller	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m ² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m ² Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP Kontrollgruppe: Magenbypass-OP	FPI: 27.11.2013 163 von 248 Patienten	– Kein Fallgeld	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
Studientitel: DISPACT-2₂* Registrierungsnummer: DRKS00014011				
Dr. med. Rosa Klotz	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 37 von 294 Patienten	DFG 1.250 € / Patient	Dr. med. Rosa Klotz Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Heidelberg Im Neuenheimer Feld 420 T: 06221/56-6980 F: 06221/56-33850 E: rosa.klotz@med.uni-heidelberg.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: HULC₃* 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 315 von 812 Patienten	DFG 500 € / 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: IOWISI₄* Registrierungsnummer: DRKS00012251 EudraCT 2017-000152-26				
Prof. 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 674 von 680 Patienten	DFG 400 € / Patient	Prof. 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: PERCOG₅* Registrierungsnummer: DRKS00009451; EudraCT: 2015-005219-34				
Prof. 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 15 von 150 Patienten	- 400 € / Patient	Prof. Dr.med. Daniel Reim Ismaninger Straße 22 81675 München 089/4140-5019 089/4140-2184 daniel.reim@tum.de
Studientitel: PONIY₆* 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 245 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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: WOPP₇* 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 344 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] Distal Pancreatectomy – A randomised controlled trial to compare minimal-invasive distal pancreatectomy to open resection (DISPACT-2 Trial)

[3] Hernia reduction following laparotomy using small stitch abdominal wall closure with and without mesh augmentation – HULC

[4] Intraoperative wound irrigation to prevent surgical site infection after laparotomy

[5] Parenterale Ernährung unter neoadjuvanter Chemotherapie beim lokal fortgeschrittenen Magenkarzinom/Karzinom des ösophagogastralen Übergangs zur Reduktion der postoperativen Morbidität

[6] Postoperative negative pressure incision therapy following open colorectal surgery: a randomized-controlled trial

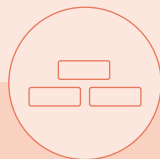
[7] Pulmonary wedge resection plus parietal pleurectomy (WRPP) versus parietal pleurectomy (PP) for the treatment of recurrent primary pneumothorax

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

Stand: Dezember 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 Eingangsfloor angebracht, würdigen wir die Spender. Sie werden auch in der Mitgliederzeitschrift *PASSION CHIRURGIE* bekannt gegeben.

Überweisungen mit Angabe von Namen und Adresse des Spenders werden erbeten auf das Konto der DGCH bei der Deutschen Apotheker- und 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. H. Lang

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 52 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 Bühnen, Murnau
 Herr Dr. med. Abdullah Mury, Heide
 Herr Dr. med. Andreas Ungeheuer, München
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Schellerer, Bamberg
 Herr Prof. Dr. med. Tilman Mischkowsky, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Hans-Joachim Wiendl, Bamberg
 Herr Prof. Dr. med. Klaus Roosen, Würzburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Gert Carstensen, Mülheim
 Herr Prof. Dr. med. Peter M. Vogt, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Fritz L. Rüeff, 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
 Hess. 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
 Herr Prof. Dr. med. Reinhart T. Grundmann, Burghausen
 in memoriam Margarethe Grundmann, Burghausen

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. Izbic, Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Hans Zipp, 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 Dr. med. Jörg Kluge, Erfurt
 in memoriam Dr. med. habil Werner Kluge, Dresden

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 Prof. Dr. med. Ralf-Bodo Tröbs, Mülheim a. d. Ruhr
 Herr Dr. med. Alexander Florek Radebeul
 zu Ehren von Dr. med. Hans-Joachim Florek, 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
 Herr Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski, Magdeburg
 Herr Dr. med. Kurt Zimmermann, Lauterbach
 Herr Dr. med. André Stoberneck, Kleve
 in memoriam PD Dr. med. Claus Engelmann
 Herr Prof. Dr. med. Thomas Riemenschneider, Bonefeld

DGCH-PRÄSIDIUM

ab 01. Januar 2022



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	H. Lang, Mainz
1. Vizepräsident	M. Ehrenfeld, München
2. Vizepräsident	A. Seekamp, Kiel
3. Vizepräsidentin	C. Bruns, Köln
Schatzmeister	J. Werner, München
Generalsekretär	H.-J. Meyer, Berlin

FRÜHERE PRÄSIDENTEN

J. Fuchs, Tübingen	2018
M. Anthuber, Augsburg	2019
T. Schmitz-Rixen, Frankfurt/M.	2020

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	N. C. Nüssler, München
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	H. Menke, Offenbach
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	A. Böning, Gießen
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	K. Welcker, Mönchengladbach
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	D. Pennig, Köln
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.	J.-A. Rüggeberg, Bremen
Perspektivforum Junge Chirurgie	J. Kröplin, Schwerin B. Blank, Kulmbach

SPRECHER DER SENATOREN

T. Pohlemann, Homburg
J. Jähne, Hannover

SENATOREN

H.-J. Peiper, Göttingen
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
T. Pohlemann, Homburg

WEITERE MITGLIEDER

Leitender Universitätschirurg	S. Fichtner-Feigl, Freiburg
Leitender Krankenhauschirurg	C. Krones, Aachen
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik	D. Gray, Frankfurt/Main
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

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



Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2022



**Prof. Dr. med. Dr. h.c.
Hans-Joachim Meyer**
Präsident des Berufsverbandes der
Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
praesident@bdc.de

Generalsekretär der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
h-jmeyer@dgch.de

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr
Kollege,

hiermit lade ich Sie satzungsgemäß zur Mit-
gliederversammlung des BDC ein.

Zur Vereinfachung der Organisation bitte ich
Sie, Ihre gültige Mitgliedskarte zur Überprü-
fung der Legitimation vorzulegen.

Termin: Freitag, 8. April 2022, 12:00 – 13:00 Uhr
Ort: Congress-Center Leipzig, Saal 5,
Messe-Allee 1, 04356 Leipzig

Ich wünsche Ihnen eine angenehme Anreise.
Ihr

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Präsident des Berufsverbandes der Deutschen
Chirurgen e.V.

Am Freitag, den 8. April, 10:00 bis 12:00
Uhr (Raum 8), findet eine Rechtsberatung
für BDC-Mitglieder mit dem BDC-Justitiar,
Dr. Jörg Heberer, statt. Eine Anmeldung via
justitiar@bdc.de ist erforderlich.

TAGESORDNUNG

TOP 1	Begrüßung	Meyer
TOP 2	Feststellung der Beschlussfähigkeit	Meyer
TOP 3	Genehmigung der Tagesordnung	Meyer
TOP 4	Bericht des Präsidenten	Meyer
TOP 5	Bericht des Schatzmeisters	Mayer
TOP 6	Antrag auf Entlastung des Vorstandes	
TOP 7	Bestellung eines Wahlleiters	
TOP 8	Wahlen des Präsidiums	
TOP 9	Satzungsänderungen**	
TOP 10	Bericht des Justiziars	Heberer
TOP 11	Aktuelles aus der Berufspolitik	Mitglieder des Präsidiums
TOP 12	Verschiedenes	

* Neuwahlen von: Vorstand, erweiterter Vorstand, Leiter der Themenreferate, Leiter der Fachreferate, Ehrenrat

** Satzungsänderungen in
Titel (Vereinsname)
§ 1 Abs. 1, 2: Name, Sitz
§ 2 Abs. 2, 4: Zweck des Vereins
§ 4 Abs. 1, 4: Mitgliedschaft
§ 6: Ehrenmitgliedschaft
§ 7 Abs. 2: Organe des Vereins
§ 8 Abs. 1, 3: Die Mitgliederversammlung
§ 9 Abs. 1d, 2, 4: Das Präsidium
§ 10 Abs. 1, 2b, 2d, 2e, 2f, 3, 4, 5: Der erweiterte Vorstand
§ 11: Der Vorstand
§ 12 Abs. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7: Die Regionalvertretungen der niedergelassenen Chirurgen
§ 13 Abs. 2, 3, 4, 6, 8: Die Landesverbände
§ 15: Der Ehrenrat
§ 16 Abs. 3: Auflösung des Vereins



Lesen Sie mehr über den BDC auf
BDC[Online (www.bdc.de)

BDC-PRÄSIDIUMSSITZUNG

Zum Auftakt der digitalen Präsidiumssitzung 2021 überreichte BDC-Präsident Professor Hans-Joachim Meyer symbolisch sowohl die Wolfgang Müller-Osten-Medaille an Professor Joachim Jähne und Dr. Michael Wagner als auch den Journalistenpreis der Deutschen Chirurgen 2021 an Nina Horaczek für ihren Beitrag „Emma lebt“ in der Wiener Wochenzeitung „Falter“.

Joachim Jähne hat nach eigener Aussage vor allem „viele schöne Erinnerungen“ an seine Tätigkeit als Leiter der BDC-Akademie. Michael Wagner war zum Zeitpunkt der Sitzung in Indien, möchte dort „noch viel bewegen“, aber erstmal im Ruhestand eine Familienchronik schreiben. Und Nina Horaczek, deren Vater Chirurg war, freute sich sehr über ihren Preis, der für sie allerdings „eher den Ärzten und dem Pflegepersonal des AKH Wien“ gehöre, die sich vorbildlich um die kleine Emma gekümmert hätten.

Auf der weiteren Agenda der Präsidiumssitzung standen unter anderem die Beratung zur gendergerechten Änderung des Vereinsnamens, die Wahlvorschläge für das Präsidium gegenüber der Mitgliederversammlung und verschiedene Fachberichte sowie die Statements der Fach- und Themenreferate.

Die Wahlempfehlungen für die nächste Mitgliederversammlung bildeten den Schwerpunkt der Sitzung: Im Ergebnis wurden alle vorgeschlagenen Mitglieder des Vorstandes und des erweiterten Vorstandes den Delegierten zur Wahl im Rahmen der Mitgliederversammlung im April 2022 empfohlen.

Zum Abschluss stellten Prof. Katja Schlosser als Präsidentin und Dr. Julia Gump als Vizepräsidentin den im Januar 2021 neu gegründeten Verein „Die Chirurgeninnen e.V.“ vor. BDC und „Die Chirurgeninnen e.V.“ vereinbarten, künftig enger zusammenarbeiten.



Die BDC-Präsidiumssitzung fand am 26. und 27. November 2021 statt.

KidsClub Chirurgie



Kinderbetreuung auf dem Chirurgenkongress 2022

Wann: an allen Kongresstagen, Mittwoch 06.04. bis Freitag 08.04.2022, von 08:00 Uhr bis 18:00 Uhr.
Wer: Kinder im Alter von 12 Monaten bis 10 Jahre. Die Kinderbetreuung ist auf 20 Kinder täglich begrenzt.
Wo: Congress Center Leipzig
Wie: Verbindliche Anmeldung* bis zum 30. März 2022 unter mail@bdc.de oder Fax BDC 030/28004-108
Vorort-Anmeldungen am Tagungsschalter je nach Kapazität gegebenenfalls noch möglich.
Nähere Informationen über BDC|Online (www.bdc.de) oder über die Kongressseite unter www.dck2022.de.

Eine Initiative von



Verbindliche Anmeldung*

Bitte bis zum 30. März 2022 an den BDC senden: mail@bdc.de oder Fax 030/28004-108

Name des Kindes

Geburtsdatum

Ich wünsche eine Betreuung am

- ☐ Mittwoch, 06. April von bis Uhr
☐ Donnerstag, 07. April von bis Uhr
☐ Freitag, 08. April von bis Uhr

Name des

Sorgeberechtigten

Adresse

**Mobiltelefonnummer
des Sorgeberechtigten**

Vorort-Anmeldungen am Tagungsschalter nach Kapazität möglich, jedoch ohne Garantie. Bitte melden Sie sich am Betreuungstag mit Ihrem Kind direkt am Tagungsschalter.

*** Bitte geben Sie uns so früh wie möglich Bescheid, wenn Ihr Kind doch nicht betreut werden soll: 030/28004-150.**

Haftungsausschluss durch den Kongressveranstalter: Der Veranstalter übernimmt keine Haftung für Sach- und Personenschäden. Dies gilt auch für Schäden, die durch Dritte verursacht werden. Der Haftungsausschluss erstreckt sich auch vollständig auf fahrlässige und grobfahrlässige Pflichtverletzungen des vom Veranstalter mit der Kinderbetreuung beauftragten Fachpersonals!

BDC | Landesverbände

BDC | Westfalen-Lippe

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Waldemar Uhl, MHSA

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Björn Schmitz

Regionalvertreter NL
Jerzy Wielowiejski

Stellv. Regionalvertreter NL
Prof. Dr. med. Michael Aufmkolk

BDC | Bremen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Carolin Tonus

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Heiner Wenk

Regionalvertreter NL
Dr. med. Björn Ackermann

BDC | Hamburg

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Carolin Tonus

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Michaela Rothe

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Mansfeld

Regionalvertreter NL
Dr. med. Philipp Kölln

Regionalvertreter NL
Dr. med. Michaela Rothe

BDC | Schleswig-Holstein

Vorsitzender
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Michael Müller

Regionalvertreter NL
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Bertram Wittrin



DER BDC IN DEN BUNDESLÄNDERN

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

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

www.bdc.de/bdc-landesverbände

BDC | Nordrhein

Vorsitzender
Dr. med. Jüßen Klein

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Werner Boxberg

stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Sven Gregor

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Jürgen Klein

BDC | Hessen

Vorsitzender
Frank Forst

1. Stellvertr. Vorsitzender
Dr. med. Christoph Schüürmann

2. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Alexander Buia

Regionalvertreter NL
Dr. med. Detlev Grapentin

BDC | Rheinland Pfalz

Vorsitzender/Regionalvertreter Pfalz
Dr. med. Jörg Fischböck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Stefan Studier-Fischer

Regionalvertreter Rheinland
Dr. med. Andreas Herzog

Regionalvertreter Rheinland
Dr. med. Lutz Riedel

BDC | Saarland

Vorsitzender
Dr. med. Peter Bongers

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Daniel Bastian

BDC | Baden-Württemberg

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Schäffer

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph W. Jaschke

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Szabo

Regionalvertreter NL
Christoph W. Jaschke



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

BDC | Mecklenburg

Vorsitzender
PD Dr. med. Lutz Wilhelm

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph Prinz

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

Vorsitzender
Dr. med. Ludwig Schütz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Stephan Dittrich

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Jörg Hammer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Hammer

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Stephan Dittrich

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 | Thüringen

Vorsitzender
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Lutz Künanz

Regionalvertreter NL
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Ingo Menzel

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:
Holger Wannenwetsch
Telefon 030/28004-201
presse@bdc.de

Termine BDC | Akademie*

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
04.03.2022	05.03.2022	Plauen	2022-21520	Seminar: Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Dr. med. Lutz Meyer	100,00 €	200,00 €
05.05.2022	07.05.2022	Hamburg	2022-21666	Common Trunk	PD Dr. med. Dr. Uwe Johannes Roblick; Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith	350,00 €	550,00 €
09.05.2022	12.05.2022	Tuttlingen	2022-21663	Common Trunk	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	400,00 €	600,00 €
13.05.2022	14.05.2022	Potsdam	2022-21512	Workshop: Intensivmedizin & Reanimation	Prof. Dr. med. Frank Marusch; Dr. med. Susanne Kanter; PD Dr. med. Dirk Pappert	300,00 €	500,00 €
23.06.2022	24.06.2022	Berlin	2022-21509	Praktisches Seminar: Orthopädie und Unfallchirurgie	Dr. med. MSc Johanna Ludwig; PD Dr. med. Theresa Diermeier	300,00 €	500,00 €

FACHARZTVORBEREITUNG							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
09.03.2022	12.03.2022	Berlin	2022-23691	Facharztseminar Gefäßchirurgie	Prof. Dr. med. Andreas Greiner	350,00 €	550,00 €
14.03.2022	18.03.2022	online	2022-22570	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller	250,00 €	450,00 €
17.03.2022	19.03.2022	online	2022-23920	Facharztseminar Plastische Chirurgie	Prof. Dr. med. Heinz-Herbert Homann; Prof. Dr. med. Ulrich Kneser	250,00 €	450,00 €
09.05.2022	13.05.2022	Erfurt	2022-23670	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Albrecht Stier	350,00 €	550,00 €
16.05.2022	20.05.2022	Hamburg	2022-23820	Facharztseminar Orthopädie/Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großerlinden	350,00 €	550,00 €
20.06.2022	22.06.2022	Augsburg	2022-22580	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Matthias Anthuber	250,00 €	450,00 €
22.06.2022	24.06.2022	Erlangen	2022-23711	Facharztseminar Thoraxchirurgie	Prof. Dr. Dr. h.c. Horia Sirbu	350,00 €	550,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
09.03.2022	11.03.2022	Augsburg	2022-23610	Spezielle Unfallchirurgie Teil II	Prof. Dr. Dr. h.c. Edgar Mayr	300,00 €	500,00 €
24.03.2022	25.03.2022	Köln	2022-23677	Viszeralchirurgie Kompakt: Oberer Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. med. Christiane Bruns; Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder; PD Dr. med. Hans Fuchs	300,00 €	500,00 €
27.04.2022		online		Hernie kontakt	Dr. med. Ralph Lorenz; Prof. Dr. med. Henning Niebuhr; Dr. med. Wolfgang Reinhold; Dr. med. Bernd Stechemesser	0,00 €	0,00 €
28.04.2022	29.04.2022	Bremen	2022-23612	Osteosyntheseverfahren an der oberen Extremität	Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn	400,00 €	600,00 €
Mai/Juni 2022		Hamburg	2022-23780	Facharzt-Seminar Hand zur Prüfungsvorbereitung Orthopädie/Unfallchirurgie	Dr. med. Jan Cruse; Dr. med. Paul Preisser; Dr. med. Johanna Russe	130,00 €	160,00 €
03.05.2022	05.05.2022	Berlin	2022-23681	Viszeralchirurgie Kompakt: Endokrine Chirurgie	Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller; Dr. med. Mechthild Hermanns	300,00 €	500,00 €
06.05.2022		Berlin	2022-25810	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung	Prof. Dr. med. Julia Seifert	270,00 €	330,00 €
06.05.2022	07.05.2022	Mannheim	2022-23675	Viszeralchirurgie Kompakt: Proktologie	Prof. Dr. med. Dieter Bussen; Dr. med. Andreas K. Joos	300,00 €	500,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
07.05.2022		Berlin	2022-23632	Kindertraumatologie für D-Ärzte/-Ärztinnen	Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn	180,00 €	220,00 €
07.05.2022		Berlin	2022-25840	Rehabilitationsmedizin / -Management	Dr. med. Peter Kalbe; Dr. med. Sybille Larsen	135,00 €	165,00 €
10.05.2022	12.05.2022	Berlin	2022-23671	Viszeralchirurgie Kompakt: Hepatobiliäre Chirurgie	Prof. Dr. med. Johann Pratschke; Prof. Dr. med. Moritz Schmelzle; Prof. Dr. med. Robert Öllinger; Prof. Dr. med. Wenzel Schöning	300,00 €	500,00 €
12.05.2022	13.05.2022	Köln	2022-23688	Viszeralchirurgie Kompakt: Funktionelle Chirurgie des oberen Gastrointestinaltraktes	Prof. Dr. med. Jessica Leers	300,00 €	500,00 €
15.06.2022	16.06.2022	Berlin	2022-23678	Viszeralchirurgie Kompakt: Kolorektale Chirurgie	Dr. med. Oliver Haase; Prof. Dr. med. Johann Pratschke	300,00 €	500,00 €
17.06.2022	18.06.2022	Templin OT Groß Dölln	2022-23682	13. Brandenburger Viszeralchirurgisches Update	PD Dr. med. Rainer Kube; Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch	30,00 €	50,00 €
17.06.2022	18.06.2022	Berlin	2022-23865	Fußchirurgie III	Dr. med. Dan-Henrik Boack	500,00 €	650,00 €
23.06.2022	24.06.2022	Berlin	2022-22401	CAMIC 1: Grundlagen der minimalinvasiven Chirurgie	Dr. med. Panagiotis Fikatas	400,00 €	600,00 €

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
11.02.2022	12.02.2022	Nürnberg	2022-24712	Abschlusscolloquium hygienebeauftragte Ärzte (Bundeskongress Chirurgie)	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		
13.05.2022	14.05.2022	Berlin und online	2022-24707	Abschlusscolloquium für hygienebeauftragte Ärzte (HBA)	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Axel Kramer		

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
04.03.2022	05.03.2022	Berlin	2022-26532	Führungsseminare: Modul 2 - Durchsetzungsstrategien im Klinikalltag	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	450,00 €	650,00 €
19.03.2022		online	2022-27706	Abrechnungseminar EBM	Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg	50,00 €	80,00 €
19.03.2022		online	2022-27701	Abrechnungseminar GOÄ und BG	Dr. med. Peter Kalbe	50,00 €	80,00 €
26.03.2022		Berlin	2022-24714	Seminar G-DRG-Update 2022	Prof. Dr. med. Thomas Auhuber	150,00 €	220,00 €
08.04.2022	09.04.2022	Leipzig	2022-27834	IT für Chirurgen in Klinik und Praxis Teil 1 + Teil 2	Dr. med. Peter Kalbe; Dirk Farghal	150,00 €	200,00 €
13.05.2022	14.05.2022	Berlin	2022-27832	Praxis-Optimierung	Dr. med. Peter Kalbe; Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg; Dirk Farghal	350,00 €	500,00 €
27.05.2022	28.05.2022	Berlin	2022-26533	Führungsseminare: Modul 3 – Erfolgsstrategien in eigener Sache	Dr. med. Gunda Leschber; Prof. Dr. med. Katja Schlosser; Sabine Schicke	450,00 €	650,00 €
28.05.2022		online	2022-25590	Begutachtung im Behandlungsfehlerprozess	Prof. Dr. med. Heiner Wenk	270,00 €	330,00 €
08.06.2022		online	2022-24715	Der ökonomische Notfallkoffer für Chirurg:innen	Prof. Dr. med. Thomas Auhuber	150,00 €	220,00 €

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

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

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

* Änderungen hinsichtlich Termin, Ort und Format sind der BDC|Akademie vorbehalten.

SPONSOREN DER BDC | AKADEMIE

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) definiert traditionell chirurgische Fort- und Weiterbildung als eine seiner Kernaufgaben. Das Angebot der BDC|Akademie hat sich in den letzten Jahren insbesondere auf dem digitalen Sektor stetig erweitert und folgt der karrierebedingten Gliederung vom Berufseinstieg des chirurgischen Nachwuchses bis hin zu den praxisorientierten Anforderungen an klinisch tätige Chirurgeninnen und Chirurgen im Krankenhaus und in der Niederlassung.

Dieses umfassende Programm ist ohne finanzielle und materielle Unterstützung der medizintechnischen und pharmazeutischen Industrie heutzutage gerade unter den sich ändernden Rahmenbedingungen nicht umsetzbar. Das betrifft neben dem Gesamtprogramm der Akademie auch immer wieder die gezielte Förderung einzelner zukunftsorientierter

Projekte mit innovativen und modernen Lernkonzepten. Der konstruktive und regelmäßige Dialog, der hier zwischen der BDC|Akademie und den einzelnen Industrieunternehmen intensiv gepflegt wird, ist Ausdruck dieser engen Kooperation.

Hierbei ist zu betonen, dass die Inhalte der ärztlichen Fortbildung nach wie vor unabhängig von wirtschaftlichen Interessen sind. 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 Fort- und Weiterbildung.



LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Februar 2022

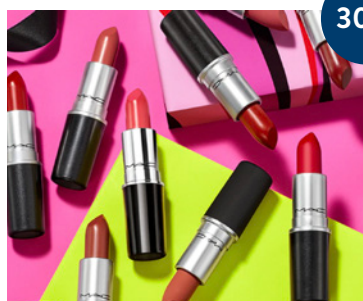
%

25 %



ZWILLING: 25 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

30 %



MAC: 30 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

25 %



HESSNATUR: 25%
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

20 %



FITBIT: 20 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

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

PANORAMA

Mitglieder im Einsatz

Dear Doctor !

It is our honor to invite you to attend
this special talk on following topics.

Management of Open F

Basic principles of Plast

Date : 14 th February 2019 (Thu

Time : 2:00 PM to 4 : 00 PM

Place : Meeting Room, Bago Gen



Fracture by Dr. Michael Schmidt & Plastic Surgery by Dr. Klaus Exner

(Thursday)

General Hospital





PD Dr. med. Dr. h.c. Klaus E. Exner
Königstein
ke@klauserner.de

50 Jahre humanitäre Einsätze – Erfahrungen eines plastischen Chirurgen in Entwicklungsländern

War es die Prägung durch das humanistische Gymnasium Philippinum in Marburg, die Geschichte der Elisabeth von Thüringen oder der Einfluss des Vaters Gerhard Exner, der als Ordinarius für Orthopädie das Konrad-Biesalski-Haus als erstes Studentenheim für Behinderte begründete? Es schien mir selbstverständlich, als angehender Medizinstudent körperlich behinderten Mitmenschen zu helfen, Studenten früh morgens im Rollstuhl über Hinterhöfe und Treppen in die alten Marburger Hörsäle zu bringen.

1972 brachte mich ein Stipendium für ein Jahr als Gast verschiedener Projekte medizinischer Entwicklungshilfe nach Bolivien. Die Begegnung mit Indios, die dort am Rande einer reichen weißen Minderheit ohne ärztliche Versorgung leben, hat mein ärztliches Denken und Handeln bis heute begleitet. Die Weiterbildung in der Handchirurgie und Mikrochirurgie bei Buck-Gramcko und die Förderung durch Karl Hempel in der Chirurgie waren Wegbereiter in Hamburg.

1980 konnte ich bei Gottfried Lemperle in Frankfurt als Assistent in die Plastische Chirurgie eintreten. Genau zu diesem Zeitpunkt gründete er INTERPLAST-Germany mit dem Ziel, „... durch die plastisch-chirurgische Hilfe, Menschen in Entwicklungsländern mit angeborenen und erworbenen Defekten und Fehlbildungen durch chirurgische Eingriffe sowie begleitende Maßnahmen zu einer wesentlichen Verbesserung der Lebensqualität zu verhelfen...“ (Auszug aus der Satzung des gemeinnützigen Vereins).

Es war ein glücklicher Zufall, der uns bis heute gemeinsam an diesem Ziel arbeiten lässt. In den ersten Jahren wurden wir bei unseren Missionen im Ausland mit neuen organisatorischen Aufgaben, aber auch mit für uns bis dahin unbekannten Krankheitsbildern konfrontiert. Noma, Buruli-Ulkus, Lepra, Menschenbißverletzungen, Kriegsverletzungen und extreme kongenitale Fehlbildungen erforderten neue Behandlungskonzepte und Erfahrungen in der Patientenführung.

Man musste einschätzen, welche Operationen bei den oft nur zehn- bis 14-tägigen Einsätzen ohne Risiko für die Patientensicherheit möglich sind. Bei meinen ersten Einsätzen als plastischer Chirurg in Indien und Ghana stellte sich schnell heraus, wie wichtig ein exzellentes interdisziplinäres Team mit Anästhesisten und Fachpflegekräften ist. Auch das regional sehr unterschiedliche Umfeld erforderte diplomatisches Fingerspitzengefühl, um die Gastgeber nicht zu überlasten. Diese sind für die Patientenauswahl, Organisation vor Ort und vor allem für die Nachbehandlung verantwortlich. Die Teamleiter sind bemüht, viele einheimische Ärzte, Schwestern, Pfleger oder Sozialarbeiter in ihre Teams zu integrieren, damit sie die OP-Techniken kennenlernen und kontinuierliche und erfolgreiche Behandlungen sicherstellen.

Für besonders schwierige Operationen haben wir Patienten in den ersten Jahren nach Deutschland gebracht. Mit Blick auf die Kosten muss das heute aber auf Einzelfälle beschränkt bleiben.

Exner KE: 50 Jahre humanitäre Einsätze – Erfahrungen eines plastischen Chirurgen in Entwicklungsländern. *Passion Chirurgie*. 2022 Januar/Februar; 12(01/02): Artikel 09.



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



Abb. 1: Tansania 2005

Abb. 2: Myanmar 2004

Abb. 3: Visite in Myanmar

Abb. 4: LKG-Kind in Myanmar

Abb. 5: Das Team in Lviv-Ukraine: 15 Einsätze seit 2012

Abb. 6: Einsatz in Myanmar 2013

Abb. 7: Kleiner Patient in Kambodscha: 1 Jahr alt

Abb. 8: OP-Team Bago-Myanmar 2017





Abb. 9: Volunteers in Bago-Myanmar 2017

Abb. 10: Team Paraguay 2018

Abb. 11: Ukraine November 2021

Die Auswahl der Einsatzorte beruhte anfangs eher auf zufälligen Begegnungen, vor allem mit kirchlichen Institutionen oder einzelnen Aktivisten. So wurden INTERPLAST-Teams nach Indien, Ghana, Ecuador oder auf die Philippinen eingeladen. Begegnungen mit Mutter Theresa, oder dem Dalai Lama gaben der humanitären Mission von INTERPLAST starke Impulse. Die Idee fand nicht nur in Deutschland Interesse, es bildeten sich ähnliche Organisationen in der Türkei, Australien, Frankreich, Italien und fast allen anderen europäischen Ländern. Mit zunehmender Bekanntheit ist ein internationales Netzwerk entstanden, so dass INTERPLAST-Germany nach 40 Jahren auf ca. 1.600 Einsätze mit 105.000 operierten Patienten zurückblicken kann.

Die Ärzte und das Pflegepersonal opfern regelmäßig ihre Urlaubstage, um an den humanitären Missionen teilzunehmen. Die Teams bestehen in der Regel aus zwei bis drei Chirurgen, ein bis zwei Anästhesisten und Pflegekräften. Jedes Team organisiert seine Einsätze eigenständig, beschafft Spenden und sorgt durch Vorträge und andere Aktionen für weitere Einnahmen und Publizität. Bis auf eine Sekretärin arbeiten alle ehrenamtlich, sodass die Spenden zu über 95 Prozent für die OP-Einsätze zur Verfügung stehen.

Oft sind interessierte Studenten involviert. Die meisten Studenten und Assistenten, die mich bei den Einsätzen begleitet haben, haben weitere humanitäre Aufgaben übernommen oder sind selbst heute als Teamleiter tätig. Die medizinischen, kulturellen und menschlichen Erfahrungen aus unseren Einsätzen sind unschätzbare Bereicherungen für alle Beteiligten.

Meine ersten Einsätze führten mich nach Indien, Ghana und Paraguay. In diesen Ländern ist die Plastische Chirurgie inzwischen weit entwickelt. Einheimische Ärzte konnten bei unseren Missionen mitwirken oder als Stipendiaten den deutschen Facharzt erwerben. Sie haben in ihren Ländern auch humanitäre Aufgaben übernommen und organisieren eigene OP-Einsätze. Eine besondere Freude sind dann gemeinsame Missionen mit unseren ehemaligen Stipendiaten.

Es gibt leider auch Länder, in denen kontinuierlich Hilfe geleistet wird, ohne dass sich die Versorgung mit Plastischer Chirurgie geändert hätte. Zu groß ist die Aussicht auf schnellen Reichtum mit kosmetischen Operationen, Lasern, Botox und Fillern, zu gering das Verständnis für soziale Gerechtigkeit.

Bei mehreren Missionen nach Tansania und Togo habe ich zwar vielen kleinen und großen Patienten mit Plastischer Chirurgie geholfen, das Interesse der einheimischen Ärzte für diese humanitäre Arbeit konnte ich leider kaum wecken. In Vietnam und den Philippinen sind die einheimischen Kollegen mit Plastisch-chirurgischen Techniken dagegen sehr versiert, so dass sich das Interesse mehr auf den wissenschaftlichen Austausch fokussiert. Gleiche Erfahrungen habe ich bei bisher 15 Einsätzen in der Ukraine gemacht, wo man aber sehr dankbar für jegliche Unterstützung beim Aufbau von Plastisch-chirurgischen Abteilungen nach deutschem Vorbild ist. Die öffentlichen Krankenhäuser sind sehr ärmlich ausgestattet und auf externe Hilfe angewiesen. Das mediale und wissenschaftliche Interesse an unseren Einsätzen, Vorlesungen und praktischen OP-Kursen ist so groß, dass ich gute Entwicklungschancen für die Plastische Chirurgie in der Ukraine sehe. Es war wichtig, auch in politisch und militärisch unruhigen Zeiten den Kontakt aufrecht zu halten und trotz Corona die bedürftigen Kinder zu operieren.

Der Militärputsch in Myanmar im Februar 2021 hat einer 25-jährigen Aufbauarbeit durch INTERPLAST – Teams und ähnliche humanitäre Organisationen ein jähes Ende gesetzt. Die Münchener Sektion hatte unter besonderem Einsatz meines Kollegen Schöneich seit 1997 kontinuierlich OP-Einsätze durchgeführt, Krankenhäuser mit modernen OP-Sälen eingerichtet und mobile Schiffshospitäler im Irrawadidelta installiert. Die INTERPLAST-Teams haben mit burmesischen Kollegen bestens kooperiert und komplexe Operationen bei Gesichtsspalt und Meningomyelozele erfolgreich durchgeführt. Ich war 18-mal mit verschiedenen humanitären Organisationen in diesem Land, das durch buddhistische Lebensweise zutiefst geprägt ist. Mein letzter Einsatz dort im Februar 2020

war schon durch die Covid19-Pandemie stark eingeschränkt. Wir können nur hoffen, dass die Militärregierung irgendwann wieder die Grenzen für humanitäre Hilfe öffnet. Die Patienten, vorwiegend Kinder mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten sind dort weiterhin auf unsere Hilfe angewiesen.

Die Pandemie hat in den vergangenen Jahren unzähligen Menschen die Chance auf unsere Hilfe genommen. Im Jahr 2021 konnten nur wenige Einsätze stattfinden. Die INTERPLAST-Teams stehen jedoch bereit und werden ihre Arbeit fortsetzen. Der Gründer G. Lemperle gehört nach wie vor zu den besonders aktiven Ärzten. Er baut gerade ein Krankenhaus in Goma/Kongo mit Spendenmitteln auf, das noch 2022 für die unter den blutigen Unruhen leidenden Menschen öffnen soll.

Zurückblickend kann ich nach über 55 Auslandseinsätzen feststellen, dass man auch mit kleinen OP-Teams bei kurzfristigen Einsätzen sehr vielen kranken Menschen individuelle Hilfe und bessere Lebensqualität bieten kann. Die politischen, kulturellen und sozialen Gegebenheiten der Gastländer muss man berücksichtigen. Veränderungen in diesem Umfeld sind nicht die Aufgabe unserer chirurgischen Missionen. Die eigenen Erfahrungen unter manchmal extremen Bedingungen, die Kooperation mit unendlich vielen Mitstreitern und die kontinuierliche Verbesserung unserer chirurgischen Behandlungen haben alle Mühen gerechtfertigt.

Die Dankbarkeit der Patienten und ihrer Angehörigen, die Freundschaften mit den Gastgebern und die Unterstützung durch unsere Sponsoren sind ebenso wie die gemeinsam erreichten Behandlungserfolge ein unschätzbare Lohn für alle Teammitglieder. Meinerseits geht der Dank an alle, die diese Missionen ermöglicht und begleitet haben. Ganz besonders gilt er dem Begründer von INTERPLAST-Germany, Gottfried Lemperle, der gerade seinen 85. Geburtstag feiern konnte. 

Interplast Germany e.V.



Menschen (wieder) mehr Lebensqualität geben

„Eines jeden Engagement ist gefordert – und jeder am besten in seinem Metier.“

So fasst der Plastische Chirurg Dr. André Borsche aus Bad Kreuznach die Motivation von INTERPLAST-Germany e.V. zusammen. Getragen von diesem Leitmotiv helfen Mediziner jährlich vielen Patienten mit angeborenen oder erworbenen Defekten durch plastisch-chirurgische Operationen in Entwicklungsländern.

Humanitäre Chirurgie bedeutet Hilfe für Menschen mit schweren Entstellungen nach Unfällen, Verbrennung oder Krieg, Kinder mit angeborenen Fehlbildungen im Gesicht und an den Händen sowie Patienten mit großen Hauttumoren oder nicht heilenden Wunden. Hier sind wir von INTERPLAST gefordert unser Bestes zu geben.

Die Mitglieder der Operationsteams sind Spezialisten, die gezielt dort eingesetzt werden, wo hoch entwickelte Hilfe noch nicht vorhanden ist. Sie engagieren sich unentgeltlich, in der Regel während ihrer Urlaubszeit. In vielen Einsätzen rund um die Welt haben sie unzähligen schwer entstellten Kindern durch eine plastische Operation geholfen. Durch die Hilfe vor Ort werden bei den einheimischen Ärzten Kenntnisse vermittelt, so dass sie manche Probleme künftig selbst lösen können.

Wenn Sie Interesse daran haben, zu helfen, über Spenden oder Ihren Einsatz, klicken Sie [HIER](#) für mehr Informationen.

TachoSil

SEALANT
MATRIX

Orange since 2021. Trusted since 1992.*

A Strong

Connection

 corzamedical

TachoSil® Versiegelungsmatrix

Zusammensetzung: 1 cm² enthält: Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,0 I.E. Sonstige Bestandteile: Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E101), Natriumchlorid, Natriumcitrat, L-Argininhydrochlorid. **Anwendungsgebiete:** TachoSil® wird bei Erwachsenen zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebeersealung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie angewendet, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie zur unterstützenden Versiegelung der Dura mater, um postoperative Liquorlecks nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** Intravaskuläre Anwendung, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen kann es zu Hypersensitivität oder allergischen Reaktionen kommen (inklusive Angioödem, Brennen und Stechen an der Applikationsstelle, Bronchospasmus, Schüttelfrost, Flush, generalisierte Urtikaria, Kopfschmerz, Nesselausschlag, Hypotonie, Lethargie, Übelkeit, Ruhelosigkeit, Tachykardie, Engegefühl in der Brust, Kribbeln, Erbrechen, keuchende Atmung), die in Einzelfällen bis zur schweren Anaphylaxie führen. Derartige Reaktionen können insbesondere bei wiederholter Anwendung oder bei Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegenüber einem der Bestandteile des Präparates auftreten. Antikörper gegen Komponenten von Fibrinkleberprodukten können in seltenen Fällen auftreten. Häufigkeit nicht bekannt: Anaphylaktischer Schock, Überempfindlichkeit, Thrombose, Darmverschluss (in der Bauchchirurgie), Adhäsionen. **Wechselwirkungen sowie weitere Hinweise:** siehe Fachinformation. **Verschreibungspflichtig. Chargendokumentationspflichtig. EU-Zulassungsinhaber:** Corza Medical GmbH, Speditionstraße 21, 40221 Düsseldorf, Deutschland. **Kontaktadresse d. pharm. Unternehmens in Deutschland:** Corza Medical GmbH, Speditionstraße 21, 40221 Düsseldorf, Deutschland.

Stand: 09/2021

*The first product of the TachoFamily, TachoComb® (human fibrinogen, bovine thrombin & aprotinin), was launched in 1992 in Austria. TachoSil®, a further development of TachoComb®, was launched in 2004.