

PASSION

CHIRURGIE

BDC | PRAXISTEST

**KLIMAGERECHTES
KRANKENHAUS –
HABEN EINWEGARTIKEL
DARIN EINE ZUKUNFT?**

CME
ARTIKEL
2 CME PUNKTE

im Fokus

**KONGRESSNACHLESE
DCK 2022**

06 | 11 | 2022

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN



BDC  Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

GUT LEBEN AUF GESUNDEN BEINEN



Krampfadern modern therapiert – Fakten, auf die es ankommt.

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

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

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

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

Medtronic

EDITORIAL



**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

NACHLESE DCK 2022

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zur diesjährigen Kongressausgabe unserer Mitgliederzeitschrift „Passion Chirurgie“ seien Sie herzlich willkommen! Wie jedes Jahr im Juni ist diese schwerpunktmäßig dem Deutschen Chirurgenkongress gewidmet, der nun zum 139. Mal vom 6. bis 8. April in Leipzig stattgefunden hat und dem erneut ein Präkongress (28. bis 30. März, online) vorausgegangen ist. Unter dem Motto „Identität bewahren - Nutzen mehr - Wandel gestalten“ haben wir uns ganz besonders darüber gefreut, dass man nach den pandemiebedingten Turbulenzen in den letzten beiden Jahren beim DCK 2022 endlich wieder „präsent“ sein konnte, sich also mit vielen Kolleginnen und Kollegen nicht nur über Computerbildschirme, sondern in den Sitzungen und damit persönlich von Angesicht zu Angesicht austauschen konnte. Auch das informative Get-together in der Industrieausstellung konnte man in Präsenz genießen.

Der Austragungsort, erstmals das Congress Center Leipzig, wurde erfreulicherweise gut angenommen, bot es doch ausreichend Platz und dennoch kurze Wege, um an verschiedenen Sitzungen teilnehmen zu können. Erneut haben mehrere chirurgische Fachgesellschaften den DCK für ihre Jahres- oder Frühjahrstagung gewählt. DGCH und BDC haben ihre Mitgliederversammlungen einmal wieder in Präsenz durchgeführt. Weitere Verbände haben den DCK mit eigenen Veranstaltungen bereichert.

Am diesjährigen DCK haben fast 4.600 Besucherinnen und Besucher, mehr als 1.000 davon online über Livestreams, teilgenommen. Auch der Präkongress war mit mehr als 600 Besuchern sehr erfolgreich. Bis zu 130 Personen nahmen an den Sitzungen der

Fachgesellschaften teil, die Sitzungen der Sektion chirurgische Forschung verfolgten im Schnitt 50 bis 60 Kolleginnen und Kollegen. Zusätzlich konnte man den Rückmeldungen, die wir am Rande des Kongresses erhalten haben, entnehmen, dass man diesen Kongress in Leipzig als sehr gelungen erlebt hat.

Dafür bedanken wir uns nicht nur bei den Besuchern, sondern insbesondere bei allen Beteiligten, die organisiert, koordiniert oder mitgeholfen und somit zu einem reibungslosen Ablauf beigetragen haben: Nochmals herzlichen Dank!

Für alle, die nicht dabei sein konnten oder das Wichtigste noch einmal Revue passieren lassen wollen: Vergessen Sie nicht, dass in Kürze wieder die Kongress-Nachlese „**DCK kompakt**“ **online** (www.bdc.de/dck-kompakt2022) abrufbar sein wird. Nutzen Sie die Möglichkeit, über Rückmeldungen freuen wir uns immer.

Erwähnt seien auch weitere Schwerpunkte dieser Ausgabe: Ein Artikel zum ambulanten Operieren – BDC-Geschäftsführerin Dr. Friederike Burgdorf und weitere Autoren analysieren die Situation nach Publikation des IGES-Gutachtens zu § 115b SGB V – und zum Beispiel ein CME-Artikel zur Diagnostik, Therapie und Kostenübernahme beim Lipödem von Dr. Melodi Motamedi und Dr. Sixtus Allert. ○

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

REDAKTION

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer (V.i.S.d.P.)
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Dr. med. Friederike Burgdorf
Katrin 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 © phautov, 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

ISSN 2194-5586

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.
Auflösung Bilderrätsel 03/Q1/2022: Regenbogenhaut/Iris

**INHALT****1 EDITORIAL****4 KURZNACHRICHTEN****6 CHIRURGIE**

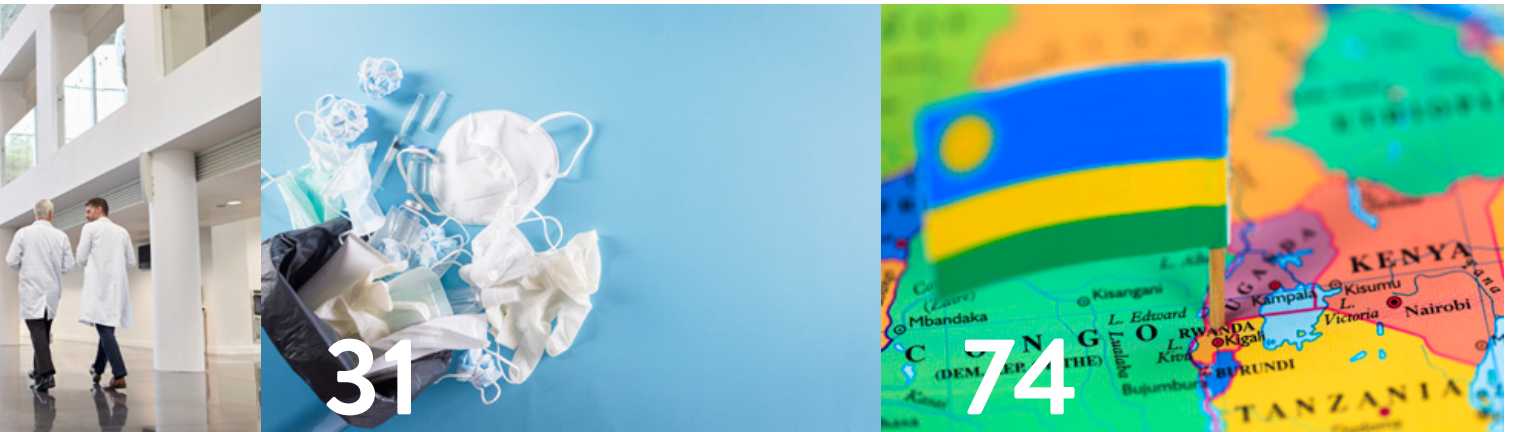
- 6 Ambulantes Operieren – Zukunft oder Irrweg?
F. Burgdorf, R. Lorenz, S. Dittrich, J. Karst
- 12  CME-Artikel: Lipödem: Diagnostik, Therapie und Kostenübernahmen
M. Motamedi, S. Allert

19 CHIRURGIE⁺

- 19 Früh übt sich – auf dem Weg zur richtigen Naht- und Knotentechnik und in die faszinierende Welt der Chirurgie
K. Vogl
- 24 **Safety Clip:** Prozessoptimierung durch Agilität im Krankenhaus
F. Meilwes
- 28 **Hygiene-Tipp:** Verunreinigungen der Gewebe bei TAV-OP-Decken
- 29 Personalia

30 RECHT

- 30 **F+A:** Räumliche Nähe bei Auslagerung von Praxisräumen
J. Heberer



31 GESUNDHEITSPOLITIK

- 31 **BDC-Praxistipp:** Klimagerechtes Krankenhaus – Haben Einwegartikel darin eine Zukunft?
F. Lehmann, A. Hübner, J. Remmele, N. Börner, C. Samwer, J. Prütting, M. G. Hügel, C. Schulz
- 35 Sektorenübergreifende Versorgung – was ist das eigentlich?
P. Kalbe, J.-A. Rüggeberg, F. Burgdorf, H.-J. Meyer

38 INTERN

- 38 **DGCH**
- 38 Kommentar des Generalsekretärs *H.-J. Meyer*
- 43 Präsidentenrede anlässlich des DCK 2022 *H. Lang*
- 48 Bildergalerie zur Eröffnungsveranstaltung
- 50 Impressionen zum DCK Digital 2022
- 53 Ehrungen, Preisverleihungen und Vergabe von Stipendien
- 55 Wahl des Präsidenten 2024/25
- 57 Neuer DGCH-Generalsekretär ab Juli 2022
- 58 Der Corza Medical Organspendelauf 2022 der DGCH
- 60 Einladung zum DCK 2023
- 62 Protokoll der DGCH-Mitgliederversammlung 2022
- 64 Ausschreibung Preise und Stipendien 2023
- 66 Nachruf auf Prof. Dr. med. Dr. phil. Moshe Michael Feuchtwanger

67 BDC

- 67 Die Ergebnisse der BDC-Mitgliederversammlung 2022
- 68 Interview zur Umbenennung des BDC mit Dr. Friederike Burgdorf, Geschäftsführerin des BDC
- 70 Termine BDC|Akademie

73 VERNETZT

- 73 Heilungsverlauf bei schwer heilenden Wunden

74 PANORAMA

- 74 Train-the-Trainer-Kurs in Kigali im April 2022
R. Lorenz
- 80 Bilderrätsel

06 22

Kurz *Nachrichten*

„SURGEON TALK“

Chirurgischer Podcast geht an den Start



Im Juni startete „SURGEON TALK“, ein neues Format der BDC|Akademie, das vor allem der zunehmenden Digitalisierung, der chirurgischen Fort- und Weiterbildung und einem individuellen Lernverhalten Rechnung tragen möchte.

Die Idee ist ein etwa halbstündiger chirurgischer Podcast im Interviewformat mit wechselnden Gesprächspartnern und Beiträgen im Abstand von zwei Wochen zu aktuellen Themen.

Surgeon Talk, das ist chirurgisches Fachwissen auf den Punkt gebracht mit spannenden Fallpräsentationen, Diskussion von Publikationen und neuen Ideen zur Karriereplanung. Dahinter stehen:

- Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder, wissenschaftlicher Leiter der BDC|Akademie (Köln); Leitender Oberarzt an der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie, Universitätsklinik Köln
- Prof. Dr. med. Stephan Freys, Chefarzt der Klinik für Chirurgie am DIAKO (Bremen).
- PD Dr. med. Anna Duprée, Oberärztin und Fachärztin in der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE)
- PD Dr. Benedikt Braun, Geschäftsführender Oberarzt und Sektionsleiter Rekonstruktive Chirurgie der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der BG Klinik Tübingen
- Avi Schotland, Medizinstudent im Praktischen Jahr an der Asklepios Medical School Hamburg

Die Inhalte sind gegliedert in folgende Rubriken:

- Aktuelles chirurgisches Wissen
- Wissenschaftliche Publikationen
- Klinische Fallpräsentationen
- Chirurgische Karriere
- Aktuelle Berufspolitik

Surgeon Talk wendet sich an Chirurgie-Einsteiger, wissenschaftlich Aktive sowie an schon langjährig tätige passionierte Chirurginnen und Chirurgen. Freuen Sie sich alle zwei Wochen auf eine neue Folge unseres Chirurgie-Podcasts!

Zur Webseite Surgeon Talk: www.surgeontalk.de

DCK Kompakt – Kongressnachlese

Die Höhepunkte des DCK als Webinar



Kongress-Höhepunkte, Trends in der chirurgischen Forschung, Diagnose und Therapie von Erkrankten, Innovationen aus der Industrie, Entwicklungen am Gesundheitsmarkt und und und... Auch in diesem Jahr hat der Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) im April in Leipzig wie-

der wertvolle Denkanstöße für alle Entscheider im Gesundheitswesen geliefert, die rund um das Thema Chirurgie damit beschäftigt sind, die Versorgung von Patientinnen und Patienten zu optimieren.

Für alle chirurgischen Kolleginnen und Kollegen gibt es auch dieses Jahr wieder die Möglichkeit, den Kongress im Rahmen des DCK Kompakt 2022 nachzuholen oder Revue passieren zu lassen. DGCH und BDC und haben dafür wieder Expert:innen aus der Chirurgie zu einer Talkrunde zusammengebracht.

DCK Kompakt 2022 – das bedeutet, dass Sie die Höhepunkte des Kongresses online erleben können, bequem von zu Hause aus oder im Büro. Das vom BDC in Kooperation mit der DGCH entwickelte Format steht Ihnen für den diesjährigen Kongress kostenfrei zur Verfügung. Wir wünschen Ihnen eine informative, spannende und aufschlussreiche Stunde!

Zum DCK-Kompakt 2022-Video: www.bdc.de/dck-kompakt2022

Ärztliche Zweitmeinung setzt meist Weiterbildungsbefugnis voraus

Die Vorlage eines gültigen Fortbildungsnachweises reicht nicht aus, um von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine Genehmigung für die Abgabe einer ärztlichen Zweitmeinung zu erhalten. Viele Anträge scheitern an der fehlenden Weiterbildungsbefugnis. Das ergibt sich aus dem zweiten Bericht zum Genehmigungsgeschehen, den die Kassenärztliche Bundesvereinigung über das Jahr 2020 erstellt und der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) veröffentlicht hat.

Die erforderlichen Qualifikationen von Zweitmeinern hat der G-BA in einer Stellungnahme gegenüber dem BDC so präzisiert:

Die in § 7 der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren festgelegten Anforderungen an die Zweitmeiner gelten eingriffsunabhängig für alle in Absatz 1 genannten Ärztinnen und Ärzte. Bei den Anforderungen an die Qualifikation geht es in Absatz 3 darum, neben der langjährigen fachärztlichen Expertise ausdrücklich auch „Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Therapiealternativen“ sicherzustellen. Diese Kenntnisse gelten als nachgewiesen, wenn neben den Fortbildungspunkten auch eine Weiterbildungsbefugnis oder eine akademische Lehrbefugnis vorliegt.

In den Tragenden Gründen zur Erstfassung der Richtlinie (siehe S. 7) werden die Anforderungen gemäß Absatz 3 wie folgt näher begründet:

„Absatz 3 ergänzt die in Absatz 2 gestellten Anforderungen an Zweitmeiner und konkretisiert die gesetzliche Erfordernis einer angemessenen Qualifikation und besonderen Expertise als Voraussetzung für das Tätigwerden des Zweitmeiners.

Absatz 3 Satz 1 der Richtlinie nennt Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Therapiealternativen, welche als vorliegend gelten, wenn die Voraussetzungen nach Buchstabe a (Fortbildungsverpflichtung) und zusätzlich entweder Buchstabe b (Weiterbildungsbefugnis) oder Buchstabe c (akademische Lehrbefugnis) erfüllt sind.

Diese Regelung zielt darauf ab, eine dem Spektrum der Arbeitsorte der Zweitmeiner und auch dem Spektrum der Zweitmeinungsthemen angemessene Nachweisführung über die vorhandene Expertise und die Qualifikation zu ermöglichen.

Der Nachweis der geltenden Fortbildungsverpflichtung gemäß § 95d oder § 136b SGB V stellt sicher, dass sich Zweitmeiner so fachlich fortbilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung ihrer erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.

Der Nachweis der Befugnis zur Weiterbildung erfolgt über ein Zertifikat der Landesärztekammer. Da weiterbildungsbefugte Ärztinnen und Ärzte den Erfordernissen der medizinischen Entwicklung in besonderem Maße Rechnung tragen müssen, ist davon auszugehen, dass diese über eine besondere medizinische Expertise verfügen, welche gemäß § 27b Absatz 2 Satz 2 SGB V beim Zweitmeiner vorliegen soll. Der Nachweis der Lehrbefugnis (venia legendi) erfolgt über die entsprechende Urkunde einer Hochschule.“

Beschluss des G-BA zur Berichts-Veröffentlichung der KBV: www.g-ba.de/beschluesse/5394/







Korrespondierende Autorin:
Dr. med. Friederike Burgdorf,
M. Sc.

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



Dr. med. Ralph Lorenz, FEBS-AWS

1. Vorsitzender BDC|Landesverband
Berlin
Havelklinik Berlin
Praxis 3+CHIRURGEN
Klosterstrasse 34/35
13581 Berlin
lorenz@3chirurgen.de

Burgdorf F, Lorenz R, Dittrich S, Karst J:
Ambulantes Operieren – Zukunft oder Irrweg?
Passion Chirurgie. 2022 Juni; 12(06):
Artikel 03_01.



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

Ambulantes Operieren – Zukunft oder Irrweg?

Ambulantes Operieren – Zukunft oder Irrweg

Session der CAAO (DGCH) auf dem DCK 2022 in Leipzig

Vorsitz: Dr. R. Lorenz, Dr. F. Burgdorf

Live-Mitschnitt: www.bit.ly/SessionCAAO

Ambulantes Operieren – Zukunft oder Irrweg. Unter diesem Titel tagte eine Session der Arbeitsgemeinschaft Ambulantes Operieren (CAAO) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) auf dem diesjährigen Deutschen Chirurgenkongress (DCK) in Leipzig mit knapp 50 Teilnehmern vor Ort und weiteren Online-Teilnehmern. Die Diskussion war nicht nur interessant, sondern auch engagiert und zukunftsweisend. Informieren Sie sich hier über die Kernaussagen.

ENTWICKLUNG

Obwohl bis weit ins 19. Jahrhundert hinein primär ambulant operiert wurde, entwickelte sich die Chirurgie, nach der Einführung von Narkosetechnik (1847) und Antisepsis, ab den 1880er-Jahren zu einer überwiegend stationär an Krankenhäuser angegliederten Zunft. Und wieder war es der medizinisch-technische Fortschritt, der es im Laufe der 20. Jahrhunderts erlaubte, Eingriffe, die bis dato in Krankenhäusern erfolgten, nunmehr auch ambulant vorzunehmen, entweder weiterhin im Krankenhaus mit der Hochleistungsstruktur als Rückversicherung oder auch direkt im ambulanten Setting in der Praxis(-klinik).

Und wo stehen wir heute? Während die Transformation in anderen, vergleichbar entwickelten Ländern schon weiter fortgeschritten ist und der Trend zu kürzeren Verweildauern und *day surgery* anhält, sehen wir in Deutschland zwei gegenläufige Entwicklungen: Passend

zum medizinisch-technischen Fortschritt und auch den internationalen Entwicklungen steigt die Anzahl der Kurzlieger (*short stay*, 24-72 Stunden), wohingegen der Trend zum ambulanten Operieren (*day surgery*) schon seit vielen Jahren stagniert, insbesondere an Krankenhäusern.

Längst ist aus dem internationalen Vergleich bekannt, dass Deutschland in puncto *day surgery* auf den hinteren Plätzen rangiert (Brökelmann JD, Toftgaard C, 2011). Aus OECD-Daten (2018) lässt sich z. B. ableiten, dass Deutschland Weltmeister ist – im stationären Operieren von Leistenhernien mit 223 Eingriffen je 100.000 Einwohner versus 110 im OECD-Durchschnitt. Nur 15 Prozent dieser Eingriffe werden ambulant durchgeführt, obwohl die Evidenz dafür spricht, dass bezüglich Qualität und Outcome die ambulante gegenüber der stationären Leistenhernienchirurgie keinerlei Nachteile aufweist.

Ursächlich für diese Stagnation sind zuallererst die unattraktiven Rahmenbedingungen für Krankenhäuser und auch für Niedergelassene, sei es pekuniärer Art oder auch bedingt durch das Fehlen von Übernachtungsmöglichkeiten im ambulanten Setting, sollte eine solche sich im Verlauf doch als erforderlich erweisen. Daher konnte die Entwicklung auch durch die Implementierung der Rangfolge „ambulant vor stationär“ im Sozialgesetzbuch V (SGB V) und eine ganze Kaskade von Gesetzen nicht maßgeblich vorangetrieben werden.

„IGES-GUTACHTEN“ NACH § 115B SGB V

Nun aber soll Schwung in die Sache kommen. Anstatt positive Anreizmechanismen zu schaffen, wurden mit dem MDK-Reformgesetz die Rahmenbedingungen folgendermaßen korrigiert: Für jede rechtmäßig beanstandete Krankenhausrechnung wird ein Rechnungsbetrag von mindestens 300 Euro



Dr. med. Stephan Dittrich
Praxis für medizinische Gutachten und
Beratung
Neue Str. 1
08525 Plauen-Kauschwitz
dr.dittrich@gmx.de



Jörg Karst
Facharzt für Anästhesiologie
Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin
SANTOmed MVZ GmbH

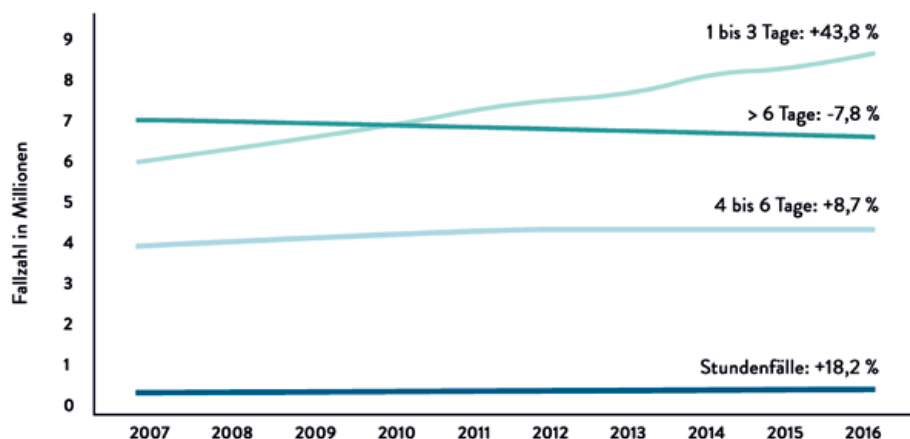


Abbildung 1: Entwicklung stationärer Fallzahlen, Quelle: Sachverständigenrat auf Basis von Destatis-Daten

fällig. Demgegenüber sind von Krankenhäusern ambulant erbrachte Leistungen des AOP-Katalogs von der Prüfung des Medizinischen Dienstes (MD) ausgeschlossen. Vor dem Hintergrund dieses neuen Ambulantisierungsdrucks, wurde das „IGES-Gutachten“ nach § 115b Absatz 1a SGB V bezüglich Leistungen für die Überarbeitung des AOP-Katalogs und deren Schweregraddifferenzierung von allen Seiten mit Spannung erwartet.

Am 1. April 2022 nun wurde das neue Gutachten zum ambulanten Operieren nach § 115b Absatz 1a SGB V („IGES-Gutachten“) veröffentlicht. Verfasst wurde es im Auftrag der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Die gesetzliche Vorgabe hatte noch der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn auf den Weg gebracht. Zielstellung des Gesetzgebers ist es, wie auch dem Begründungstext zur Gesetzesänderung zu entnehmen, zum einen die Ambulantisierung voranzutreiben und zum anderen, MD-Prüfanlässe in Krankenhäusern zu reduzieren. In den neuen Katalog ambulant durchführbarer Operationen aufzunehmen sind daher diejenigen in dem Gutachten benannten Operationen, die „in der Regel“ ambulant durchzuführen sind. Diese Formulierung entspricht der derzeitigen Kategorie 1 im AOP-Katalog. Der Katalog soll einheitlich für Krankenhäuser und Vertragsärzte definiert werden und die Vergütung, nach Schweregrad differenziert, auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) erfolgen. Umso erstaunlicher ist das Resultat des Gutachtens. Anstatt „in der Regel“ ambulant durchführbare Operationen zu identifizieren,

wählte das IGES-Institut einen „potenzialorientierten“ Ansatz. Dementsprechend wurden alle Eingriffe identifiziert, die auch nur potenziell ambulant durchgeführt werden können (ggf. also mit einer Wahrscheinlichkeit < 10 Prozent). Gleichzeitig sind die empfohlenen Prüfkriterien zur Begründung eines stationären Aufenthalts komplex (neun an der Zahl) und insbesondere die soziale Indikation nicht fertig ausgearbeitet.

BDC-POSITION

Würde das empfohlene Konvolut mit einem Plus von 86 Prozent neuen OPS-Kodes [2879 (alt) + 2476 (neu)] eins zu eins umgesetzt, befürchtet der BDC ein immenses zusätzliches Prüfaufkommen in Kliniken und begleitet die Umsetzung der Arbeitsergebnisse aus dem Gutachten daher kritisch. Zudem lehnt der BDC eine solch umfassende Ambulantisierungsmaßnahme primär als Instrument zur Kostendämpfung ab.

Gleichzeitig erkennt der BDC auch Potenzial in den Empfehlungen des IGES-Instituts. Möglicherweise ergeben sich Chancen auf eine bessere Bewertung der Leistungen eines neuen AOP-Kataloges durch die Berücksichtigung von Schweregraden, Hygieneanforderungen und Nachbeobachtungszeit. Viel mehr aber sieht der BDC Chancen und auch Spielräume bei der Umsetzung der Arbeitsergebnisse durch die Partner der Selbstverwaltung. Der BDC empfiehlt zur Umsetzung der Empfehlungen folgende zwei Module:

Modul 1: Überarbeitung des Katalogs „in der Regel“ ambulant durchführbarer Operationen nach § 115b SGB V auf Basis der Eingriffe des IGES-Gutachtens, die tatsächlich in der Regel (zu > 90 Prozent) ambulant durchführbar sind (Kategorie 1 im AOP-Vertrag). Zu verbinden wäre dies mit einer MD-Prüfregel, die erst dann greift, wenn mindestens 10 bis 15 Prozent der so definierten Eingriffe in einem Krankenhaus stationär erbracht wurden. Zudem sollte das Konzept des ambulanten Operierens um das Element der verlängerten Nachbeobachtungszeit ergänzt und somit dem internationalen Konzept der *day surgery* mit einer Nachbeobachtungszeit von bis zu 23 Stunden angeglichen werden. Auch damit könnten Behandlungskonzepte flexibilisiert und dem tatsächlichen Bedarf angepasst werden. Letztlich muss aber die Entscheidungshoheit darüber, wer ambulant und wer stationär operiert werden sollte, in ärztlicher Hand liegen und auch soziale Kriterien berücksichtigen.

Modul 2: Entwicklung von Hybrid-DRGs für bis zu 20 häufige, sektorengleich zu erbringende Leistungen aus dem AOP-Vertrag (Kategorie 1 oder 2) mit einer Verweildauer von bis zu drei Tagen. Prüfungen des MD sollten für diese Leistungsbereiche entfallen.

Dabei ist zu beachten, dass bei einer solch tiefgreifenden Transformation von Strukturen und Abläufen im Anfangsstadium zusätzliche Investitionen erforderlich sind. Dazu gehören nicht nur das Vorhalten von Behandlungskapazitäten für unvorhergesehene Ereignisse, sondern insbesondere die Investitionen in einen Strukturwandel der Krankenhäuser, bzw. einen Aufbau ambulanter Einrichtungen mit den notwendigen Strukturmerkmalen. Dabei ist nicht außer Acht zu lassen, dass der Gesetzgeber über den Strukturfonds auch dafür letztlich schon ein Instrument geschaffen hat. Zudem müssen geeignete normative Rahmenbedingungen für sektorenverbindende Kooperationsformen entwickelt werden. Und schließlich müssen in Deutschland entsprechende ambulante Kapazitäten aufgebaut werden, welche auf eine postoperative Betreuung von Patienten in der häuslichen Umgebung vorbereitet sind (u. a. Pflegedienste, Telekonsile).

INTERNATIONALE ANSÄTZE

Dass dies nicht unmöglich ist, zeigt der internationale Vergleich. Als besonders erfolgreich hat sich demnach ein Vorgehen erwiesen, nach dem die ambulante und stationäre Vergütung gleichgesetzt wurden (gewichtete Mischkalkulation aus dem Mittelwert beider Vergütungen), was de facto zu einer mindestens anfänglichen Überdeckung im ambulanten und zu einer Unterdeckung im stationären Bereich geführt hat. Interessant ist auch das Beispiel Englands, wo die Vergütung für den ambulanten Eingriff teilweise oberhalb des stationären Eingriffs liegt. Es handelt sich dabei um eine bewusste, politische Preissetzung, um die Anreizwirkung zu verstärken. Zum Start wurde überwiegend eine überschaubare Anzahl von Eingriffen mit niedrigem Schweregrad, hohem stationären Fallzahlvolumen und einer Verweildauer von bis zu drei Tagen gewählt. Dabei ist aber auch zu beachten, dass sich das ambulante Operieren in zahlreichen Vergleichsländern überwiegend in Krankenhäusern abspielt.

PILOTPROJEKT „HYBRID-DRG IN THÜRINGEN – NEUE WEGE IM GESUNDHEITSWESEN“

Aber warum in die Ferne schweifen ... Vorreiter in Deutschland für eine medizinische Behandlung, unabhängig vom Versorgungssektor, ist das Pilotprojekt „Hybrid-DRG in Thüringen – Neue Wege im Gesundheitswesen“. Es handelt sich um ein gemeinsames Projekt des BDC, der DGCH, der NAO GmbH und der Techniker Krankenkasse. An dem Pilotprojekt sind acht Kliniken und die ambulanten Einrichtungen bzw. Praxen im Einzugsgebiet der Kliniken seit Mitte des Jahres 2017 beteiligt. Dies entspricht rund 25 Prozent der potentiellen Leistungserbringer des Bundeslandes.

Ziel des Projekts ist die Realisierung einer sektorenunabhängigen, bedarfsgerechten, finanzierbaren und patientengerechten Versorgung. Als Voraussetzungen hierfür wurden folgende Kernelemente entwickelt:

- Definition der Indikation (evidenzbasiert, dokumentiert)
- Indikationsspezifische Behandlungspfade

- Einheitliche Qualitätskriterien
- Einheitliche Vergütungssystematik für Praxen und Kliniken
- Elektronische Fallakte für die Dokumentation, Abrechnung und Evaluation

Gestartet wurde mit den folgenden vier Indikationen: Leistenhernie, Karpaltunnelsyndrom, Stammvarikosis und Ruptur des vorderen Kreuzbandes. Auf Basis der G-AEP-Kriterien und einer definierten leitlinienbasierten Indikationsstellung erfolgt eine ärztliche Risikoabwägung und Einschätzung, ob eine ambulante bzw. kurzstationäre Behandlung möglich ist. Patienten mit z. B. hohem medizinischen Risiko (z. B. Multimorbidität), fehlender Unterstützung durch das soziale Umfeld oder begründetem Verdacht auf mangelnde Compliance verbleiben in der vollstationären Regelversorgung.

Die eindeutig definierte und dokumentierte Indikation und Risikoabwägung ist Voraussetzung für eine Einschreibung von Patienten und auch wichtige Voraussetzung in Hinblick auf die Sicherung der Ergebnisqualität und der Vergleichbarkeit. Die Honorierung der Leistungen erfolgt im Kern anhand von Hybrid-DRG. Bei patientenorientierter Methodenfreiheit wurde unabhängig vom Ort der Leistungserbringung (Klinik, Ambulantes OP-Zentrum, Praxisklinik, Praxis mit Zulassung zum ambulanten Operieren) für jede Indikation ein gewichteter Durchschnittswert von bisheriger ambulanter und stationärer Vergütung auf Bundeslandebene gebildet (kostenneutral), welcher perspektivisch über den Landesbasisfallwert und den Orientierungspunktwert dynamisiert wird. Die prästationären Leistungen werden für Kliniken pauschal analog der Kalkulation nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgegolten und von Vertragsärzten im Rahmen der Regelversorgung abgerechnet. Zusatzleistungen (z. B. Labor, Histologie) und Sachkosten werden im Rahmen der bisherigen sektoralen Verordnungs- und Honorierungsmodalitäten abgegolten. Die weitere Nachbetreuung einschließlich adjuvanter Heilmaßnahmen (z. B. Physiotherapie) bis zum Behandlungsabschluss verbleibt in der Verantwortung des Operateurs bzw. der behandelnden Einrichtung und wird entsprechend der ambulanten

Regelversorgung vergütet, wobei Kliniken eine vergleichbare Pauschale erhalten.

Im Rahmen des Pilotprojekts entfallen für die beteiligten Kliniken die Prüfungen des Medizinischen Dienstes (MD) bzgl. möglicher Fehlbelegung und der damit einhergehende Bürokratie- und Kostenaufwand. So können unabhängig von ökonomischen Einflussnahmen und Zwängen in Kliniken, aber auch in Praxen, die operativen Prozeduren durchgeführt werden, die für die Patienten im jeweils konkreten Fall notwendig und zweckmäßig sind. Kliniken profitieren – über den Wegfall der MD-Prüfungen hinaus – in der Aus- und Weiterbildung ihrer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie des ärztlichen Nachwuchses dadurch, dass im Projekt die operierende Einrichtung für den gesamten Behandlungspfad verantwortlich ist und somit entsprechende Erfahrungen

über die erforderliche Diagnostik, die Operationsmethodik bis hin zum Outcome gesammelt und vermittelt werden können.

Gleichzeitig muss erwähnt werden, dass es im Pilotprojekt zu einem Mehraufwand und auch zu erhöhten Kosten kommt, z. B. durch Fallmanagement, Qualitätssicherung, EDV-Vernetzung, Fallakte und Evaluation. Dies ist jedoch mehr dem Qualitätskonzept und den Erfordernissen eines Vertrags nach § 140a SGB V geschuldet, als dem Konzept der Hybrid-DRG als solchem. Vor allem konnten im Rahmen des Projekts auf Basis definierter Indikationen und Behandlungspfade einheitliche und transparente Qualitäts- und Vergütungsstrukturen für Praxen und Kliniken geschaffen und damit sektorale Fehlanreize beseitigt werden. Dies ermöglicht eine stärkere Fokussierung auf den Patienten.

Zusammenfassend zeigt das Pilotprojekt „Hybrid DRG Thüringen – Neue Wege im Gesundheitswesen“, dass die Umsetzung der berufspolitischen Forderungen einer sektorenunabhängigen Patientenversorgung an der Schnittstelle stationär und ambulant möglich ist. Aus Sicht der Autoren, und diese spiegelte sich auch in der Diskussion auf dem DCK in Leipzig wider, ist es nun Zeit für Folgeschritte: Eine Erweiterung des Konzepts auf zusätzliche Indikationen und Regionen, die Beteiligung weiterer Kostenträger und die Kosten- und Preisausgestaltung der Hybrid-DRGs durch ein unabhängiges Institut sind angezeigt. Somit kann auch für Kliniken die Attraktivität der Umsetzung im täglichen Alltag aufgrund höherer Fallzahlen und der damit verbundenen Routinen gesteigert werden. ○

Tabelle 1: Schema zur Honorierung innerhalb des Pilotprojekts „Hybrid DRG Thüringen“

• Analog EBM: prästationäre Behandlung
– Arzt-Patienten-Kontakt
– Sichtung der Befunde
– ggf. Veranlassung u./o. Durchführung weiterer Diagnostik
• Hybrid-DRG = operativer, peri- und postoperativer Komplex
– Einschreibung
– Erörterung Operation und Anästhesie, postoperatives Procedere
– Aufklärung
– Terminvergabe zur Operation
– Arzt-Patienten-Kontakt am OP-Tag einschl. Untersuchung
– Operation
– postoperative Überwachung
– Entlassung mit Arztbrief
– Postoperative Betreuung am Krankenhaus/in der Praxis einschließlich Befunddokumentation
• Komplex Nachbehandlung: Physiotherapie
– ambulant: Physiotherapeut entsprechend der Regelversorgung / Klinik: Pauschale
• Komplex Nachuntersuchung nach einem Jahr (Krankenhaus oder Praxis)

Nicht die „Ambulantisierung“, sondern die Umsetzung einer finanzierbaren, wirtschaftlich tragfähigen und patientenorientierten medizinischen Versorgung im ambulanten und ambulant-/stationären Schnittstellenbereich sollte für Kliniken und ambulante Leistungserbringer sowie Kostenträger perspektivisch im Vordergrund stehen. Dies war auch das Fazit der Diskussion auf dem diesjährigen Deutschen Chirurgenkongress in Leipzig.

Von wegen „früher war alles besser“!

Beste Aussichten dank Vakuumversiegelungstherapie* mit PICO[◇]



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

+ PICO[◇] – Wundversorgung 2.0

Smith+Nephew

Mehr Infos zur
EBM-Ziffer und
extrabudgetären
Vergütung**



Ausgezeichnetes
Design:



reddot winner 2021

Wundmanagement
Smith & Nephew GmbH
smith-nephew.de

Hersteller: Smith & Nephew Medical Limited
101 Hessle Road, HU3 2BN, Hull, U.K.

* auch NPWT oder Unterdruck- bzw.
Vakuumversiegelungs-Therapie (VVS) genannt
** zunächst für die ersten 2 Jahre ab 01.10.2020

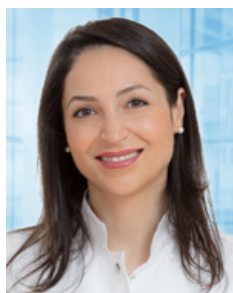




Lipödem: Diagnostik, Therapie und Kostenübernahmen

CME
ARTIKEL
2 CME PUNKTE

Erweitern Sie Ihre CME-Punkte, indem Sie nach dem Lesen des Artikels die Fragen dazu auf der eAkademie des BDC beantworten! Der Artikel „Lipödem- Diagnostik, Therapie und Kostenübernahmen“ ist für BDC-Mitglieder drei Monate kostenlos in ihr Konto gebucht! Loggen Sie sich auf www.bdc-eakademie.de ein: Einfach starten!



Dr. med. Melodi Motamedi
Leitende Oberärztin
Klinik für Plastische und Ästhetische
Chirurgie – Handchirurgie
Sana Klinikum Hameln-Pyrmont



Korrespondierender Autor:
Dr. med. Sixtus Allert
Chefarzt
Klinik für Plastische und Ästhetische
Chirurgie – Handchirurgie
Ärztlicher Direktor Sana Klinikum
Hameln-Pyrmont
St.-Maur-Platz 1
31785 Hameln
Sixtus.Allert@Sana.de

Motamedi M, Allert S: CME-Artikel:
Lipödem- Diagnostik, Therapie und
Kostenübernahmen. *Passion Chirurgie*.
2022 Juni; 12(06): Artikel 03_02.



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

Bis vor einigen Jahren war das Lipödem noch ein eher unbekanntes Erkrankungsbild. Dann rückte diese Erkrankung in den wissenschaftlichen aber vor allem in den medialen Fokus, insbesondere in den Sozialen Medien. Dadurch wurden nicht nur Medizinerinnen und Mediziner auf das Lipödem aufmerksam, sondern auch viele vermeintlich Betroffene. Neben der konservativen Behandlung durch eine komplex-konservative Entstauungstherapie gibt es immer mehr Studien, die das Potenzial eines Liposuktionsverfahrens zur erfolgreichen Therapie des Lipödems nachweisen. Infolgedessen werden Betroffene zunehmend bei Plastischen Chirurgen und Chirurgen vorgestellt mit dem Wunsch nach Korrektur und Schmerzlinderung. Bisher ist die operative Therapie des Lipödems seitens des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) noch nicht als Behandlungsalternative zur Therapie von an Lipödem erkrankten Menschen positiv bewertet worden, daher ist eine Leistungserbringung zu Lasten der GKV immer noch eine Einzelfallentscheidung, die gesondert von den Patientinnen und Patienten in Zusammenarbeit mit den behandelnden Plastischen Chirurgen und Chirurgen beantragt werden muss. Allerdings hat der G-BA bereits eine Erprobungsstudie zum Thema Liposuktion bei Lipödem in Auftrag gegeben. Mit Beschluss des Gremiums vom 19.09.2019 soll zumindest eine Lipödemerkrankung im Stadium III nach festgelegten Qualitätsrichtlinien operativ zu Lasten der GKV operiert werden dürfen.

Im vorliegenden Übersichtsartikel legen wir die Grundlagen zur Pathogenese, Diagnostik und Therapie des Lipödems dar. Zudem beleuchten wir die aktuelle Rechtslage bei der Beantragung von Kostenübernahmen.

EINLEITUNG

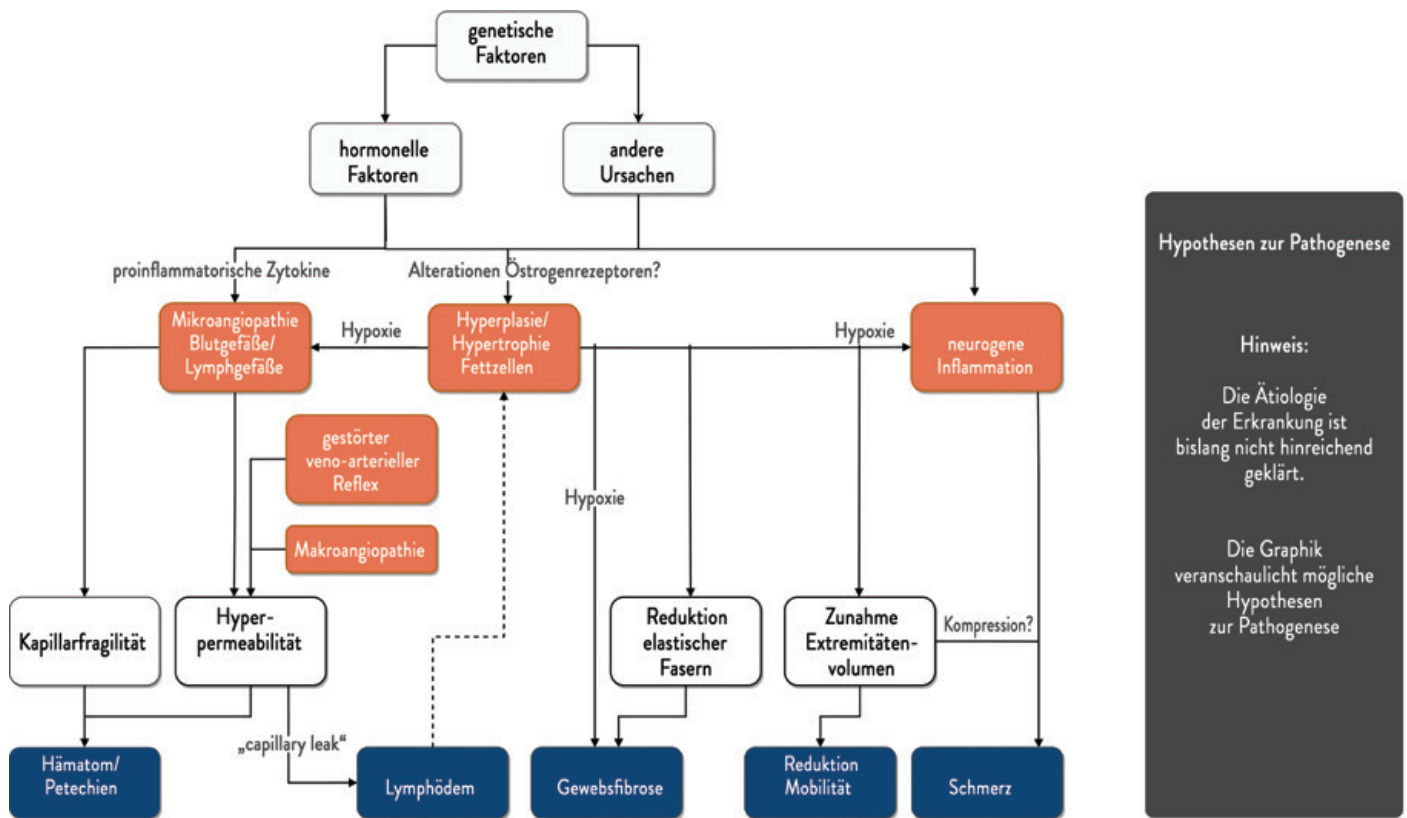
Erstmals wurde das Krankheitsbild des Lipödems 1940 durch Allen und Hines beschrieben [1]. Dennoch ist dieses Krankheitsbild noch immer nicht hinreichend bekannt, was dazu führt, dass viele Betroffene oftmals erst nach einem jahrelangen Leidensweg der korrekten Diagnose und wirksamen Therapie zugeführt werden können [2]. Es ist davon auszugehen, dass etwa 15 Prozent der

Patienten in lymphologischen Fachkliniken unter einem Lipödem leiden [3]. Diese Zahlen werden durch eine aktuelle Publikation aus dem Deutschen Ärzteblatt bestätigt, die von ca. 10 Prozent betroffener Frauen ausgeht [4]. Das Lipödem betrifft hauptsächlich das weibliche Geschlecht, Männer sind nur in Ausnahmefällen bei hormonellen Funktionsstörungen betroffen. Charakteristisch ist neben der überwiegenden Schwellung der unteren Extremitäten, gelegentlich in Kombination mit den Armen, insbesondere die Berührungs- und Druckschmerzhaftigkeit sowie die Neigung zu Blutergüssen der betroffenen Regionen.

PATHOGENESE

Beim Lipödem kommt es auf Grund einer bisher nicht hinreichend geklärten Ursache zu einer chronisch zunehmenden symmetrischen Unterhautfettgewebsvermehrung sowie einer Ödembildung. Vermutet werden hormonelle Einflüsse, aber auch eine genetische Disposition, unklar sind noch vereinzelt beschriebene Einflüsse einer möglichen Schädigung des autonomen Nervensystems. Beobachtet wird zudem das Vorliegen von Mikroangiopathien. Als mögliche Ursachen werden Störungen der lymphatischen Mikrozirkulation oder Veränderungen der Adipogenese diskutiert (Abb. 1). Ein spezifischer Biomarker fehlt [4]. Es ist jedoch anerkannt, dass das Fettvolumen beim Lipödem im Gegensatz zur Adipositas nicht durch Diät reduziert werden kann. Beim Lipödem stehen folgende Punkte im Vordergrund:

- eine Disproportion zwischen Oberkörper und unterer Körperhälfte aufgrund einer pathologischen Vermehrung des Fettgewebes, vor allem der Beine
- eine erhöhte Kapillarpermeabilität, hierdurch kommt es zu einer vermehrten Flüssigkeits- und Eiweißansammlung im Zwischenbindegewebe, wodurch orthostatische Ödeme entstehen
- die Berührungs- und Druckempfindlichkeit des Gewebes ist durch diese orthostatischen Ödeme bedingt und nicht durch die absolute Fettmenge
- durch eine erhöhte Empfindlichkeit der kleinsten Gefäße kommt es häufig zu einer Neigung zu Blutergüssen [5].



Hypothesen zur Pathogenese

Hinweis:

Die Ätiologie der Erkrankung ist bislang nicht hinreichend geklärt.

Die Graphik veranschaulicht mögliche Hypothesen zur Pathogenese

Abb. 1: Hypothesen zur Pathogenese des Lipödems nach Kruppa et al. [4]

Neuere Untersuchungen zeigen, dass insbesondere in einem frühen Stadium des Lipödems bei einer unbeeinträchtigten Funktion des Lymphsystems sogar teilweise ein erhöhter Abtransport des Flüssigkeitsvolumens möglich ist. Es kommt bei Fortschreiten der Erkrankung abendlich zu Ödemen im Ober- und Unterschenkelbereich, da das an sich intakte Lymphgefäßsystem dieses vermehrt anfallende Volumen nicht mehr komplett abtransportieren kann. Erst wenn über jahrelange Überschreitungen der Transportkapazität eine Dekompensation erfolgt, kann es sekundär zu Veränderungen des Lymphsystems kommen. Hier kann es dann zu einer ergänzenden lymphödematösen Komponente kommen – ein sogenanntes sekundäres Lymphödem, auch Lipo-Lymphödem genannt – kann auftreten. Das Lipödem ist aber primär keine Erkrankung des Lymphsystems [6]. Abzugrenzen ist hier auch die lokalisierte Vermehrung von Fettgewebe, diese geht jedoch nicht mit Schmerzen oder Ödemen einher.

Bei der histopathologischen Gewebsuntersuchung beim Lipödem finden sich unspezifische entzündliche Gewebsreaktionen, wie sie in vergleichbarer Weise auch bei einer chronisch venösen Insuffizienz vorkommen können [7].

Es fallen vermehrte und teilweise übergroße Fettzellen auf, mit einem hohen Gehalt an kleinsten Blutgefäßen. Es findet sich auch abgestorbenes Fettgewebe. Insgesamt ist die Pathologie aber eher unspezifisch.

DIAGNOSTIK

Typischerweise wird das Lipödem anhand klinischer Kriterien diagnostiziert. Eine apparative bzw. invasive Diagnostik ist in der Regel hilfreich, aber nicht notwendig. Sie dienen lediglich dem Ausschluss von Differentialdiagnosen [4]. Typische Zeichen sind:

- Zeitpunkt des Auftretens in der Pubertät, nach einer Schwangerschaft oder auch erst nach den Wechseljahren

- bilaterale, symmetrische und disproportionale Verteilung der Fettpolster an den Extremitäten
- Hände und Füße sind nicht betroffen
- Ödeme im Tagesverlauf zunehmend
- negatives Stemmer-Zeichen (nur positiv im Falle eines sekundären Lymphödems)
- Schmerzhaftigkeit bei Berührung
- Schweregefühl der Beine
- Neigung zu Blutergüssen im Bereich der Fettpolster
- Hypothermie der Haut
- stabiler Extremitätenumfang auch nach Gewichtsreduktion [4, 8].

Die Druckempfindlichkeit verstärkt sich meist im Laufe eines Tages, insbesondere jedoch nach langem Stehen oder Sitzen. Unabhängig ist jedoch diese Schmerzhaftigkeit von der Größe der Fettvermehrung. Zusätzliche Ödeme treten insbesondere abendlich auf und vermehrt in der warmen Jahreszeit. Typisch ist weiterhin die Angabe von

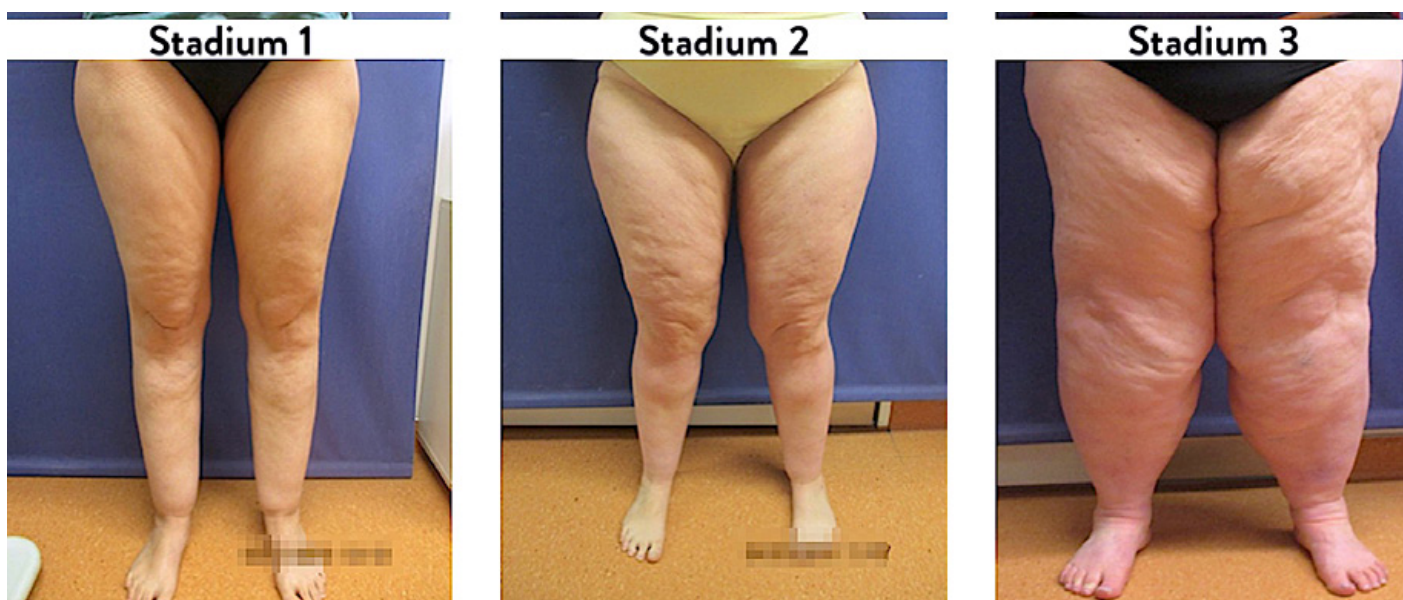


Abb. 2: Stadieneinteilung des Lipödems nach Motamedí et al. (23).

Patientinnen und Patienten, dass es selbst bei kleineren Verletzungen zu Einblutungen kommt, die bei Gesunden keinerlei Hautveränderung bewirken würden. Typischerweise sind diese Symptome an den Armen geringer ausgeprägt als an den Beinen.

Eine sekundäre Adipositas kann hinzutreten, da die Betroffenen häufig unter Frustrationen leiden und hier durch übermäßiges Essen ungewollt eine zusätzliche Gewichtszunahme herbeiführen. Eine Adipositas ist jedoch nicht schmerzhaft, der gesamte Körper ist betroffen, Diäten sind erfolgreich und der BMI ist immer erhöht (> als 25) [6].

Man unterscheidet beim Lipödem drei Stadien. Zudem erfolgt die Einteilung nach Lokalisation, modifiziert nach Herpertz 2014:

- Oberschenkeltyp
- Ganzbeintyp
- Unterschenkeltyp
- Ober- oder Ganzarmtyp

Mittlerweile hat sich auch die Einteilung in vier Typen durchgesetzt:

Typ 1: Das Unterhautfett ist vor allem im Bereich Gesäß und Hüften vermehrt (die sogenannte Reiterhose).

Typ 2: Die Fettgewebsvermehrung reicht bis zu den Knien

Typ 3: Die Erkrankung reicht von den Hüften bis zu den Fußknöcheln

Typ 4: Das Lipödem betrifft auch die Arme.

Stadium 1: gleichmäßig verdickte homogene feinkörnige Subkutis

Stadium 2: wellenartige Hautoberfläche und einer knotenartig verdickten Subkutis.

Stadium 3: stark verhärtete und derbe Fettstruktur mit überhängenden Fettgewebsvermehrungen (Wammenbildung). (Abb.2)

Manche Autoren benennen noch ein Stadium 4, hierbei handelt es sich um eine zusätzliche lymphödematöse Komponente [3, 9].

THERAPIE

Therapieempfehlungen wie Diäten oder körperliches Training der betroffenen Körperregionen oder eine medikamentöse Behandlung führen beim Lipödem nachgewiesenermaßen zu keinem Therapieerfolg und verzögern lediglich die korrekte und geeignete Therapie. Viele Patientinnen haben

bereits selbstständige Versuche von Diäten unternommen. Die möglicherweise dann eintretende Abnahme in den nicht betroffenen Körperregionen führt sogar noch zu einer Verstärkung der Diskrepanz der durch das Lipödem betroffenen Extremitäten und dem durch die Diät verschlankten Rumpf. Ein Kernpunkt des Lipödems ist, dass es nicht durch eine Diät verbessert werden kann.

Die moderne Therapie des Lipödems beruht auf zwei zentralen Säulen: erstens einer konservativen Behandlung mit Ödembeseitigung, zweitens der operativen Therapie mit Fettreduzierung. Gerade durch die Kombination beider Verfahren lassen sich sehr gute Ergebnisse erzielen [10, 11].

Durch die Fettgewebsreduktion durch eine Liposuktion kann einerseits das äußere Erscheinungsbild der Patientinnen optimiert werden, was zu einer Erhöhung der Lebensqualität führen, andererseits lassen sich Ödeme und Schmerzhaftigkeit des Gewebes beseitigen und zumindest deutlich reduzieren [2, 12, 13].

Wenn zudem die Liposuktion in Längsrichtung der Extremitäten durchgeführt wird, lässt sich makroskopisch keine Schädigung von Lymphgefäßen nachweisen [14].

Weitere neue Arbeiten unterstützen die Relevanz der Fettabsaugung bei einem Lipödem [15]. Es konnte gezeigt werden, dass eine Fettabsaugung nur eine minimale Veränderung der Lymphgefäße herbeiführt und daher eine relativ spezifische Entfernung der Fettgewebszellen ohne Gefäß- oder Lymphgefäßzerstörung ermöglicht. Amir-Manavi et al. kommen in ihrer Arbeit zu dem Schluss, dass die Liposuktion auf Grund der vorliegenden Daten die führende Therapieoption darstellt. Die Notwendigkeit der kompressiven Therapie werde deutlich reduziert, damit lasse sich eine Kosteneinsparung für die Krankenkassen erzielen [16].

Weitaus wichtiger sei jedoch die signifikante Beschwerdelinderung, das Stoppen der Krankheitsprogredienz sowie die Normalisierung der Körperproportionen und die bessere Beweglichkeit, was die Lebensqualität und Patientenzufriedenheit steigere. Insbesondere sei von hoher Bedeutung, die Operation in den frühen Krankheitsstadien durchzuführen, um den Betroffenen den langen Leidensweg zu ersparen [17].

In einer weiteren aktuellen Arbeit kommen Schmeller et al. zu dem Schluss, dass die Liposuktion eine hocheffektive Behandlung für das Lipödem mit guten morphologischen und funktionellen Langzeitergebnissen darstellt [18].

Die Behandlung besteht jedoch nicht nur aus operativen, sondern auch aus konservativen Maßnahmen. Die Liposuktion in Tumescenzlokalanästhesie, heute die Standardtechnik der Fettabsaugung, sollte in frühen Krankheitsstadien erfolgen. Es kann sogar in einigen Fällen nicht nur eine Verringerung, sondern auch ein komplettes Verschwinden der lipödemtypischen Beschwerdesymptomatik wie Berührungs- und Druckschmerzhaftigkeit, Ödemneigung und Bewegungseinschränkungen erzielt werden [18]. Bei starker Ödembildung und insbesondere bei dem zusätzlichen Vorliegen eines Lymphödems, also einem Lipo-Lymphödem, ist eine physikalische Entstauungstherapie lebenslang durchzuführen. Dieses bedeutet neben manuellen Lymphdrainagen auch das konsequente Tragen von

Kompressionskleidung. Gerade die Kombination beider Verfahren führt zu einem ausgeprägten Gewinn an Lebensqualität und zu einer Verbesserung des Krankheitsbildes [3]. Folglich liegen zwar mildere Mittel, also zum Beispiel Lymphdrainagen und nicht operative Behandlungen zur Therapie vor, diese sind jedoch bei Weitem nicht ausreichend. Eine moderne und laut aktuellem Wissensstand optimale Therapie besteht gerade aus einer Kombination der beiden oben genannten Verfahren. Da durch eine Fettabsaugung bei Lipödem-Patientinnen die Frequenz der konservativen Therapie reduziert werden und in einigen Fällen sogar ganz auf das Tragen einer Kompressionskleidung verzichtet werden kann, bedeutet die Durchführung einer Liposuktion für die betroffene Patientin nicht nur eine deutliche Erhöhung an Lebensqualität. Sie bedeutet auch die Einsparung von Kosten bei der lebenslang durchzuführenden konservativ begleitenden Therapie [3], einem Argument, welchem Krankenkassen im Allgemeinen durchaus zugänglich sind. Somit handelt es sich bei der Liposuktion als Therapiemaßnahme des Lipödems nicht um eine kosmetische Maßnahme, sondern vielmehr um eine medizinisch notwendige Maßnahme im Rahmen der Krankenbehandlung.

In der gängigen Literatur werden Komplikationsraten bei der Liposuktion von 0,1 bis 9,3 Prozent angegeben [19].

Neben ästhetischen Fehlern wie Wellen- oder Dellenbildung im abgesaugten Areal stehen allergische Reaktionen auf die lokalen Betäubungsmedikamente, welche der Tumescenzlösung beigefügt sind, ebenso wie die Flüssigkeitsüberladung mit Tumescenzlösung im Vordergrund. Sensibilitätsstörungen, meistens vorübergehend, können durch die Verletzung unter der Haut liegender Nerven bei der Absaugung bedingt sein. Bei ausgedehnten Absaugungen können Beinvenenthrombosen auftreten, sehr selten hingegen kann es zu einer Fettembolie kommen. Infektionen sind relativ selten. Kleinere Blutergüsse sind häufig [19].

Insgesamt ist die Liposuktion ein sicheres, effektives und komplikationsarmes Verfahren mit guten Ergebnissen. Empfohlen wird

jedoch bei Absaugvolumina von > 3 Litern reinem Fett oder > 5 Litern Gesamtsaspirat (Wasser- und Fettphase) postoperativ eine Überwachung über 24 Stunden, um im Falle von Komplikationen schnell und präzise handeln zu können [20]. Nach Abwarten der Heilungsphase muss häufig anschließend in einer weiteren Sitzung eine erneute Liposuktion mit zusätzlicher Straffung der abgesaugten Gliedmaßen erfolgen, um die überschüssige und hängende Haut zu beseitigen und um das OP-Ergebnis komplettieren zu können [21].

AKTUELLE RECHTLICHE LAGE

Im Juli 2017 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) festgestellt, dass benötigte Erkenntnisse über Vor- und Nachteile einer Liposuktion zur Behandlung eines Lipödems im Vergleich zu nichtoperativen Therapieansätzen nicht im ausreichenden Maße vorhanden seien. Zur Methode der Liposuktion bestehe bisher keine ausreichende Evidenz über deren Nutzen, sie habe aber genügend Potenzial, um als ernsthafte Behandlungsalternative wahrgenommen zu werden. Im Zuge dessen wurde vom G-BA am 18. Januar 2018 „... als erste internationale Einrichtung eine multizentrische, randomisierte und kontrollierte Studie zur Liposuktion bei Lipödem auf den Weg“ gebracht [22]. Diese Studie sei nötig, um eine abschließende Entscheidung darüber treffen zu können, ob die Liposuktion künftig als operative Therapieoption zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen erbracht werden könne. Das Studiendesign sieht vor, dass nach dem Zufallsprinzip die Studienteilnehmer in zwei Gruppen aufgeteilt werden. Eine Studiengruppe wird mit Liposuktionsbehandlungen der Beine behandelt, während die Kontrollgruppe 12 Monate lang ausschließlich konservativ behandelt wird. Im Anschluss wird auch den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Kontrollgruppe die Liposuktion angeboten. Die Nachbeobachtungszeit aller Teilnehmer beträgt 24 Monate. Zudem sieht der G-BA vor, dass es mehrere Studienzentren geben soll. Schlussendlich soll diese Studie den G-BA im Rahmen eines strukturierten Bewertungsverfahrens dabei unterstützen festzustellen, inwieweit für die Liposuktion eine ausreichende zweckmäßige

und wirtschaftliche Versorgung von Versicherten der GKV gegeben ist. Es soll festgelegt werden, für welche Indikation und unter welchen qualitätssichernden Anforderungen diese Behandlungsmethode ambulant oder stationär zu Lasten der GKV angewendet werden kann [22].

Grundsätzlich ist aktuell die operative Behandlung des Lipödems in allen Stadien keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen. Um Kostenrisiken zu vermeiden, sollte die Kostenübernahme für eine Liposuktion nach einer gutachterlichen Untersuchung beantragt werden [23]. Für einen bis Dezember 2024 begrenzten Zeitraum können jedoch Patientinnen mit einem Lipödem Stadium III durch eine Sonderverfügung unter Erfüllung bestimmter Voraussetzungen zulasten der gesetzlichen Krankenkassen operiert werden. Zielstellung dieses zeitlich befristeten Beschlusses ist insbesondere die Beseitigung von Bewegungseinschränkungen, um so eine Steigerung der körperlichen Aktivität zu ermöglichen. Es handelt sich dabei um die Durchführungsbestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in der Fassung vom 19.09.2019, zuletzt geändert am 18.6.2020 [24].

Voraussetzungen zur Leistungsgewährung sind:

- Merkmale eines Lipödems St. III
- erfolglose konservative Therapie > 6 Monate
- Behandlung der Adipositas bei BMI > 35 kg/m²
- Absaugmengen > 3000 ml müssen 12 Std. nachbeobachtet werden (stationär)
- Ab einem BMI > 40 kg/m² ist keine Liposuktion durchzuführen.

Laut G-BA sollte das maximale Fettvolumen, das pro Sitzung entfernt werden kann, 8 Prozent des Körpergewichts in Litern nicht überschreiten.

AKTUELLES ZUR KOSTENÜBERNAHME

Die Krankenkassen sehen sich derzeit konfrontiert mit einer dramatisch steigenden Zahl an Kostenübernahmeanträgen zur

Behandlung eines Lipödems. Diese werden häufig abschlägig beschieden, im weiteren Verlauf kommt es dann zu Klagen. Neben der Notwendigkeit, als behandelnder Arzt die derzeitigen Regeln des G-BA zu kennen und die Indikation streng zu stellen, hat sich im Rahmen der gutachterlichen Begleitung von Sozialgerichtsklagen herauskristallisiert, dass weitere Argumente zumindest bedacht werden sollten:

In der internationalen Klassifikation der Erkrankungen (ICD) wird das Lipödem unter sonstigen Stoffwechselstörungen aufgeführt. Der ICD-10 Code E88.20 steht für Lipödem Stadium I, E88.21 für Stadium II und E88.22 für Stadium III. Das Lipödem ist also eine Erkrankung und keine kosmetische Störung. Ansonsten wäre es nicht im international gültigen Katalog der Erkrankungen aufgeführt. Für Erkrankungen gibt es therapeutische Maßnahmen. Diese können konservativer oder operativer Natur sein. Beim Lipödem sind dies im konservativen Rahmen vor allem entstauende und komprimierende Maßnahmen, operativ ist vor allem die Fettabsaugung derzeitiger Goldstandard. Hierzu hat sich in den letzten Jahren eine erhebliche Literaturbasis gebildet.

Nach § 27 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Therapie muss nach § 12 SGB V ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein.

Aus Sicht der Plastischen Chirurgie ist bei gesicherter Diagnose „Lipödem“ und nachgewiesener frustrierender konservativer Therapie die Liposuktion unter der Sozialgesetzbuchmaßgabe ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich sinnvoll und notwendig.

Ziel des zeitlich befristeten G-BA Beschlusses ist insbesondere die Beseitigung von Bewegungseinschränkungen, um so eine Steigerung der körperlichen Aktivität zu ermöglichen.

Geregelt ist bisher ausschließlich die Behandlung des Lipödems Stadium III für eine

Übergangszeit. Davon unberührt bleibt die medizinische Bewertung auch der Stadien davor als Erkrankung bestehen, daher hat diese Diagnose auch Eingang in die internationale Klassifikation der Krankheiten gefunden.

Es bleibt eine sozialrechtlich/juristische Entscheidung, ob fortgeschrittene medizinische Erkenntnisse dazu führen, Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder alternativer Systeme zu überarbeiten.

Hierzu liegen bereits erste Urteile vor, zum Beispiel des Sozialgerichtes Dresden aus 2015 (AZ: S 47 KR 541/11) und zuletzt des Bundessozialgerichtes in einer Entscheidung vom 25.03.2021 (AZ: B 1 KR 25/20R). Aus dem zuletzt genannten Urteil lassen sich drei (bekannte) Voraussetzungen für eine Kostenübernahme im Rahmen einer Einzelfallentscheidung bei einem individuellen Heilversuch außerhalb einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss verabschiedeten Erprobungsrichtlinie festsetzen:

1. Es muss eine schwerwiegende, die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigte Erkrankung vorliegen.
2. Es darf keine andere Standardbehandlung verfügbar sein.
3. Es müssen die einschlägigen Regelungen der Verfahrensordnung des G-BA für die Annahme des Potenzials einer erforderlichen Behandlungsalternative erfüllt sein.

Auch unter diesen (juristischen) Maßgaben wären die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme im Rahmen der 2015 in das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingefügten Ergänzungen der individuellen Heilversuche möglich.

FAZIT

Geschätzt sind ca. 8 bis 10 Prozent der Frauen, in Deutschland also knapp vier Millionen Frauen, von der Lipödemerkrankung betroffen [25, 26]. Da bisher noch kein diagnostisches Verfahren zur Diagnosesicherung vorliegt, sind dies rein klinische Diagnosen, die in erster Linie auf den Angaben der behandelten Patientinnen beruhen. Wir haben

allein in den letzten fünf Jahren in unserem klinischen Alltag festgestellt, dass die Anzahl an hilfesuchenden Patientinnen exponentiell gestiegen ist. Häufig sind Patientinnen auch bereit, die Kosten für eine operative Behandlung selbst zu tragen, um ihr Leid mindern zu können. Leider haben wir aber auch die Beobachtung gemacht, dass extrem adipöse Patientinnen (BMI > 40 kg/m²) unverhältnismäßig häufig ohne vorangegangene Ausschlussdiagnostik und komplex-konservative Therapie angeben, unter einem Lipödem zu leiden. Bei einer schwerstgradigen Adipositas

sind Fettgewebsansammlung an den Extremitäten nicht ungewöhnlich und auch diese erheblichen Fettgewebsansammlungen können zum subjektiven Gefühl „schwerer Beine“ und mechanisch bedingter Bewegungseinschränkung führen, ohne dass tatsächlich ein Lipödem vorliegt. In den letzten Jahren entsteht zunehmend das Gefühl, dass auch die Anzahl an Trittbrettfahrerinnen steigt, die angeben, unter dieser Erkrankung zu leiden. Häufig handelt sich hierbei um Patientinnen, die entweder eine Liposuktion im ästhetischen Sinne begehren oder Patientinnen, die

ihr jahrelang bestehendes Übergewicht mit einer vermeintlichen Lipödemerkrankung erklären. Für tatsächlich vom Lipödem Betroffene und auch für das Gesundheitssystem ist es daher bedeutsam, dass eine ausgiebige Anamnese und eine gefäßspezifische Ausschlussdiagnostik stattfinden, bevor voreilig und inflationär die Erstdiagnose eines Lipödems gestellt wird.

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

**JETZT
STARTEN**

**ONLINE
KURSE**

**10 FRAGEN ZU DIESEM ARTIKEL
BEANTWORTEN UND
CME-PUNKTE HOLEN!
MIT DER eAKADEMIE DES BDC GEHT'S:
EINFACH STARTEN!**

Dieser CME-Artikel ist für BDC-Mitglieder ab jetzt drei Monate kostenlos in ihr Konto der BDC|eAkademie eingebucht.

www.bdc-eakademie.de

BDC  **AKADEMIE**
Einfach starten!

NACHWUCHS

© iStock/Dusan Stankovic

Früh übt sich – auf dem Weg zur richtigen Naht- und Knotentechnik und in die faszinierende Welt der Chirurgie

„La chirurgie est une aventure captivante, aventure qui devient passion quand on a la chance de pouvoir l'embrasser complètement. C'est elle qui nous subjugue sans répit avec son kaléidoscope de pathologies et de situations variées, autant de défis quotidiens pour celui qui peut avoir la joie de l'avoir épousée.

Avec ses multiples racines millénaires, elle est ubiquitaire, s'améliorant constamment grâce aux efforts conjugués de ses protagonistes. L'engouement des jeunes générations à s'engager dans cette voie envoûtante est enthousiasmant. Les politiques de santé en général, les coopérations européennes et franco-germaniques en particulier, soutiennent ces vocations

**Katharina Vogl**

Medizinstudentin
Initiatorin des Naht- und
Knoten-Workshops für das
Schülerforschungslabor Kepler-
Seminar e.V.
vokatha@web.de

naissantes en pérennisant les idées d'union européenne de Jean Monnet et Robert Schumann et en améliorant les possibilités d'échanges professionnels universitaires intercommunautaires.

Ces possibilités initiées dans les années 70 ont permis, grâce aux équivalences de diplômes, des échanges transfrontaliers fructueux d'étudiant:es et de chirurgien:nes et se sont grandement développées avec par exemple des projets actuellement soutenus par le système“

«Erasmus+ Cooperation Partnerships 2021-2027 (KA220)».

L'auteur de ces lignes, issu de la faculté de médecine de Paris, a pu ainsi en 1977 s'installer à Ludwigsburg (centre de l'institut franco-allemand) et concrétiser son rêve professionnel de chirurgien.

Die Chirurgie ist ein fesselndes Abenteuer, ein Abenteuer, das zur Leidenschaft wird, wenn man das Glück hat, sich voll und ganz darauf einlassen zu können. Sie ist es, die uns unerbittlich mit ihrem Kaleidoskop von Pathologien und unterschiedlichen Situationen in ihren Bann zieht. So viele tägliche Herausforderungen für diejenigen, die die Freude haben dürfen, sich chirurgisch zu betätigen.

Mit den zahlreichen tausendjährigen Wurzeln ist die Chirurgie ubiquitär und sie verbessert sich dank der gemeinsamen Bemühungen seiner Protagonisten ständig. Die Begeisterung der jüngeren Generationen, sich auf diesen faszinierenden Weg zu begeben, ist fantastisch. Die Gesundheitspolitik im Allgemeinen und die europäische und deutsch-französische Zusammenarbeit im Besonderen unterstützen diese aufkeimenden Berufungen, indem sie die Ideen der Europäischen Union von Jean Monnet und Robert Schumann fortführen und die Möglichkeiten des innergemeinschaftlichen universitären beruflichen Austauschs fördern.

Diese in den 1970er-Jahren initiierten Möglichkeiten haben dank der Gleichwertigkeit von Diplomen einen fruchtbaren grenzüberschreitenden Austausch von Studenten:innen und Chirurg:innen ermöglicht und sich stark

entwickelt, beispielsweise mit Projekten, die derzeit durch das System „Erasmus + Kooperationspartnerschaften 2021 - (KA220)“ unterstützt werden.

Der Verfasser dieser Zeilen, aus der medizinischen Fakultät Paris, konnte sich so 1977 in Ludwigsburg (Zentrum des Deutsch-Französischen Instituts) niederlassen und seinen Berufsraum Chirurg verwirklichen.

CHIRURGIE ZUM MITMACHEN MACHT SCHULE

Seine Leidenschaft für die Chirurgie ist förmlich spürbar, wenn er den Raum betritt: Dank Dr. med. Reydelet konnte das Schülerforschungslabor Kepler-Seminar e.V. bereits zum dritten Mal einen chirurgischen Naht- und Knoten-Workshop für Schüler:innen aus dem Raum Stuttgart anbieten. Das älteste Schülerforschungslabor Deutschlands bringt naturwissenschaftlich besonders interessierte Schüler:innen in vielfältigen Angeboten zusammen und stellt die notwendige Unterstützung bei der Umsetzung eigener Projektideen und Jugend-forscht-Arbeiten.

Experimente, Exkursionen und Erlebnisse – all das sind Erfahrungen, die die forschungsbegeisterte Jugend in ihrer weiteren Laufbahn

Vogl K: Früh übt sich – auf dem Weg zur richtigen Naht- und Knotentechnik und in die faszinierende Welt der Chirurgie. Passion Chirurgie. 2022 Juni; 12(06): Artikel 04_01.



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

Schülerforschungslabor Kepler-Seminar e.V.



prägen und für die sich das Schülerforschungslabor Kepler-Seminar e.V. gerne einsetzt. Am Samstag, den 09.04.2022 wurde erneut eine Reise in die Welt der Chirurgie unternommen. Über zwanzig Schüler:innen durften in die „Le Fabuleux Destin d'Amélie Poulain“ oder auch besser bekannt als „Die Fabelhafte Welt des Chirurges“ eintauchen.

VOR DEM ERSTEN NADELSTICH

Mit etwas Verspätung startete der Chirurgie-Workshop – das ist bekanntlich den Anästhesisten/Anästhesistinnen oder auch der Technik geschuldet. Nachdem Herr Dr. med. Reydelet den Schüler:innen einen groben geschichtlichen Überblick über die Entwicklung des chirurgischen Handwerks unter verschiedenen politischen und gesellschaftlichen Einflüssen nahegebracht hatte, begann die Einführung in die verschiedenen Fachbereiche der Chirurgie. Gespannt lauschten die Schüler:innen Dr. med. Reydelet's Erzählungen aus der Unfall- und Gefäßchirurgie. Neben kuriosen Erlebnissen, wie einer Augenverletzung durch einen Golfball und der diagnostischen Bilddarstellung im CT und Röntgen, lernten die Teilnehmer:innen auch die Einsatzbereiche der verschiedenen Arten und Stärken der Fäden kennen.

Nachdem unterschiedliche Knochenbrüche und deren Therapie besprochen wurden, griffen die Schüler:innen zum ersten Mal zu Nadel und Faden. Doch halt! Zuerst wurde die Fingerfertigkeit der Teilnehmer:innen getrimmt und der Ablauf des Knotens mit einer zweifarbig Schnur auf Knotenbänkchen geübt.

STICH – NAHTBEGINN

Nach einer Skalpellinginzision in die Schale einer Banane muss die Wunde wieder verschlossen werden! Zum ersten Mal wird die Nadel mit dem Nadelhalter „durch die Haut des Patienten/der Patientin“ in das Obst eingeführt und nach einem Halbkreis im Fruchtgewebe auf der anderen Seite des Schnitts wieder herausgeführt.

Die Schüler:innen haben bereits Nähen und Knoten mit dem Nadelhalter geübt: Einzelstiche mit oder ohne Rückstich, sodass dem Nähen – sogar



Abb. 1: Schüler:innen mit historischem OP-Besteck

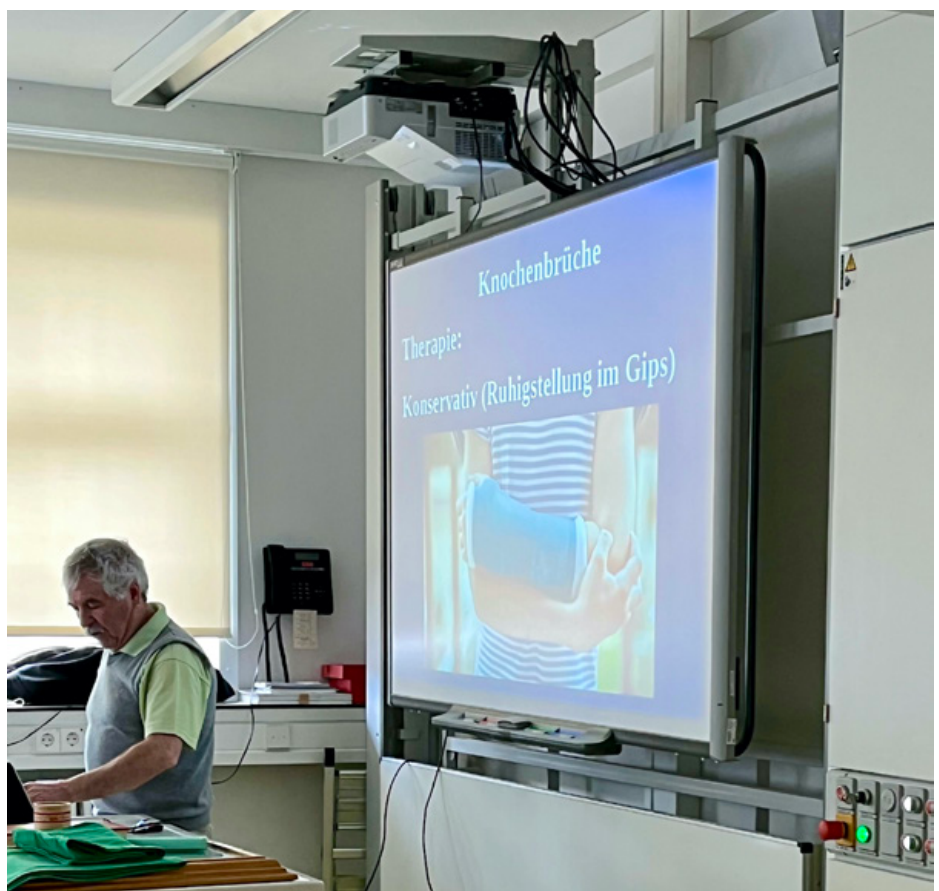


Abb. 2: Herr Dr. med. Reydelet beim Vortrag



Abb. 3: Beim Demonstrieren auf den Knotenbänken



Abb. 4: Erste Knoten-Übungen

dem Fortlaufenden – eigentlich nichts mehr im Wege steht. Doch manchmal tauchen etwaige Schwierigkeiten erst in der Praxis auf.

Dem ein oder anderen gelingt der Knoten nicht mehr, da die Position des Patienten – der Banane – für die chirurgischen Hände von

morgen nicht mehr optimal ist. In diesem Falle lässt sich die Banane als Patient:in ganz einfach in alle Richtungen drehen. Dank der Technik lässt sich der OP-Tisch im Saal auch in fast alle Richtungen bewegen, sodass dieses Hindernis die Schüler:innen später auch nicht weiter aufhalten wird.

FORTLAUFENDE ARBEIT

Im optimalen Abstand zum Bananen-Wundrand wird gleichmäßig in einer fortlaufenden Naht genäht. Die Schüler:innen sind mit voller Konzentration bei der Arbeit und haben Freude, ihre Bananen-Patienten zu versorgen.

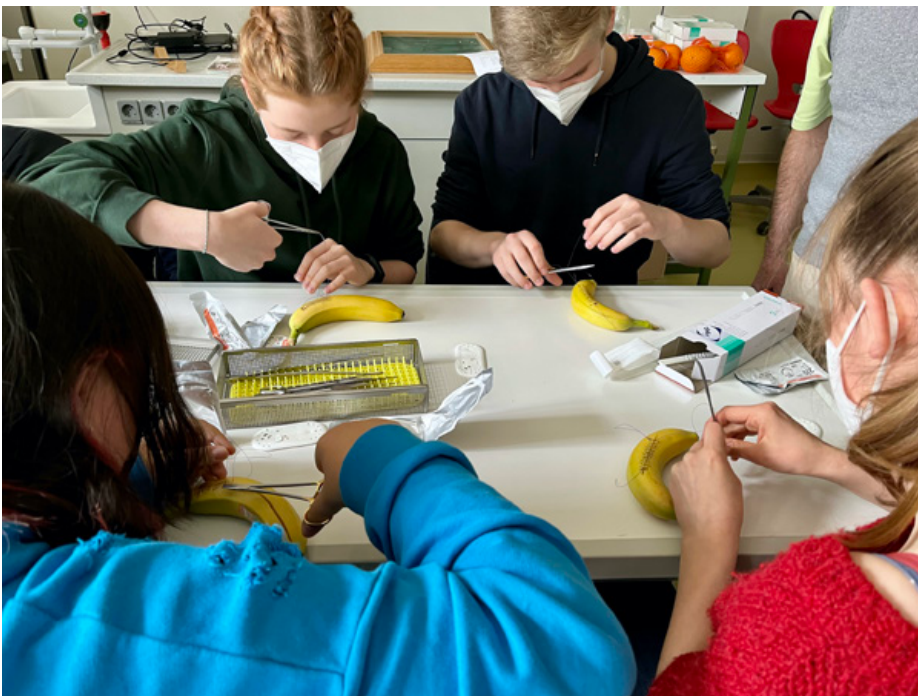


Abb. 5: Intensive Arbeit bei der Versorgung der Bananen-Patienten

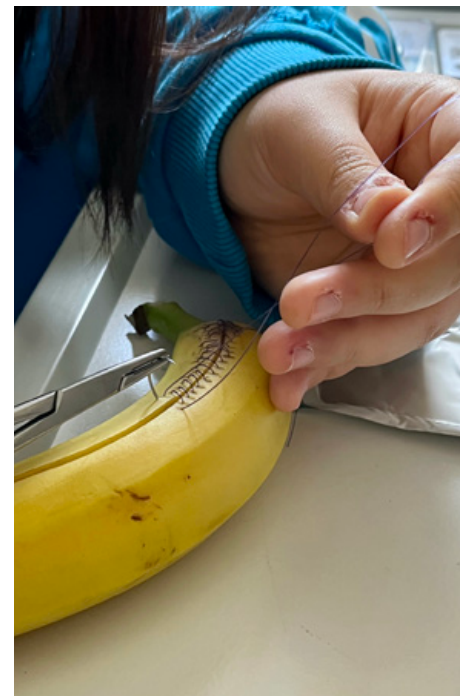


Abb. 6: Feinsäuberliche fortlaufende Naht

KOMPLIKATION

Manchmal geht der Faden aus und für den Schlussknoten am Ende der Naht ist Fingergefühl und Erfahrung gefragt: Beides bringt Herr Dr. med. Reydelet mit und hilft der betroffenen Schülerin und ihrer Banane beim Endknoten mit kurzem Faden aus.

GESCHAFFT – KNOTEN AM ENDE DER NAHT

Mal eine kleinere, kurze Wunde, mal ein langer Schlitz, mal eher oberflächlich, mal eher tief. Am Ende sind alle Bananen versorgt und die Wunden können heilen. Kurz nach 16 Uhr ist der spannende und lehrreiche Workshop zu Ende – die Schüler:innen sind dankbar für die vielseitigen Einblicke in die Chirurgie und den intensiven Austausch.

Vielen Dank an Frau Dr. Kandinskaja und den BDC e.V. für die Unterstützung und die Organisation der Materialien für die Workshops.

Ein großer Dank geht an Herrn Dr. med. Reydelet für die fachliche Unterstützung und seine langjährige Erfahrung. Seine Erlebnisse und chirurgischen Geschichten sorgen dafür, dass die faszinierende Welt der Chirurgie im Naht- und Knoten-Workshop deutlich wird.

Zu guter Letzt möchte ich Herrn OStR. Horlacher und Herrn Dr. Urban für die allseitige Unterstützung im Schülerforschungslabor Kepler-Seminar e.V. danken. Ohne Ihr Vertrauen in meine Ideen wäre ich nicht in der Lage, medizinische Einblicke für Schüler:innen durch ärztliche Erfahrungen und mein stetig wachsendes Wissen zu ermöglichen. Vielen herzlichen Dank!

Et voilà: Knoten drauf auf diesen Workshop!



Abb. 7: Herr Dr. med. Reydelet und Katharina beim Endknoten

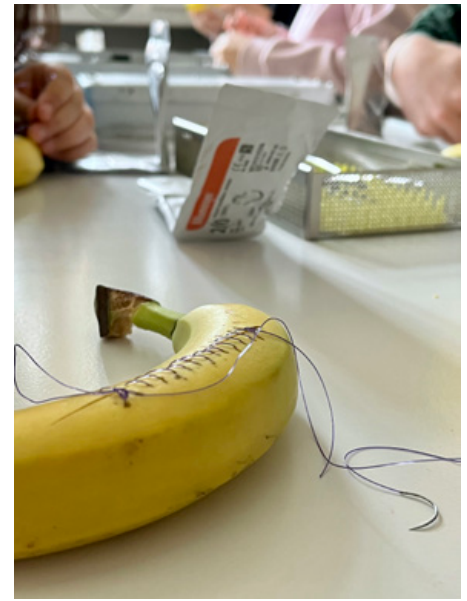


Abb. 8: geschlossene Bananen-Wunde



Abb. 9: Herr. Dr. med. Reydelet und Katharina Vogl

SAFETY CLIP

© iStock/monkeybusinessimages

Safety Clip

Prozessoptimierung durch Agilität im Krankenhaus

In einer schnelllebigen Welt ist die Fähigkeit, sich kurzfristig und flexibel an Veränderungen anzupassen, existenziell. Globalisierung, Digitalisierung und Technologisierung führen zu einem ständigen Anpassungsdruck auf Unternehmen.

Diese primär aus der freien Wirtschaft stammende Entwicklung nimmt auch zunehmend Einfluss auf das Gesundheitssystem. Ein Krankenhaus muss heutzutage in den Wettbewerb mit anderen Einrichtungen treten und sich

stets auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand der Medizin, der Pflege, der Technik und neuer gesetzlicher beziehungsweise untergesetzlicher Vorgaben halten. Aufgrund der stetig anspruchsvoller werdenden Behandlungs- und Versorgungsmethoden sowie der immer weiter reduzierten Verweildauer von Patienten verdichten sich die Arbeitsprozesse im Gesundheitssektor fortlaufend. Eine schnelle, qualitativ hochwertige und sichere Versorgung muss trotz zunehmendem Fachkräftemangel und Kostendruck gewährleistet sein.

**Frederik Meilwes**

Master of Health Business
Administration (MHBA)
Master in Health and Medical
Management (MHMM)
Vertriebsleitung/Berater
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
mbH
Ecclesiastraße 1 – 4
32758 Detmold
frederik.meilwes@grb.de
www.grb.de

All dies stellt eine deutliche Herausforderung für Einrichtungen im Gesundheitssystem dar und bedarf neuer Lösungsansätze.

Auch entsprechende Konzepte können Leistungserbringer des Gesundheitssystems in der freien Wirtschaft finden. Erfolgreiche Wirtschaftsunternehmen befassen sich durchgängig mit der Prozessoptimierung und somit der Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit und der Profitabilität. Neue Prozessgestaltungs- und Organisationsformen wie das „Lean Hospital“ oder das „agile Krankenhaus“ kommen aus dem anglo-amerikanischen Raum nach Europa und finden auch im deutschsprachigen Gebiet immer mehr Aufmerksamkeit. Derartige Konzepte können der Philosophie und den Arbeitsweisen der Agilität oder beispielsweise dem Design Thinking oder Scrum zugeordnet werden.

Eine Methode des Design Thinkings ist zum Beispiel das Design Thinking Team. Durch ein interprofessionelles Team sollen neue Ideen zur Lösung von Fragestellungen kreiert werden. Im Setting Krankenhaus kann dieses Team das „Case Team“ sein. Bei komplexen Krankheitsbildern wird es anhand bestimmter Kriterien hinzugezogen und übernimmt als interdisziplinäres und interprofessionelles Team die Versorgung des Patienten. Hierdurch wird der Patient noch deutlicher in den Fokus einer ganzheitlichen Betrachtung gesetzt und eine optimierte Versorgung eingeleitet.

Vereinfacht ausgedrückt bedeutet Agilität in diesem Zusammenhang: Prozesse und Strukturen beweglich gestalten und innerhalb dieses Rahmenwerks agieren.

DAS KRANKENHAUS: AN SICH EIN AGILES SYSTEM

Gerade das Ökosystem Krankenhaus ist davon geprägt, sich immer wieder an neue und zum Teil unvorhersehbare Situationen anpassen zu müssen. Ein Massenanfall von Verletzten, ein plötzlich neu auftretender Virus oder der nicht zur Verfügung stehende Platz auf der Intensivstation können die alltäglichen Routine-/Standard-Prozesse stören und erfordern ein flexibles Handeln, um

ein Zusammenbrechen der Abläufe zu verhindern und den gewünschten Outcome zu gewährleisten.

Durch die Einführung von in der Wirtschaft bewährten Konzepten der Prozessgestaltung und -optimierung, werden ähnliche Ergebnisse im Unternehmen Krankenhaus angestrebt, wie sie auch in Wirtschaftsunternehmen erzielt werden. Solche neuen Konzepte müssen sich jedoch in die bestehenden Strukturen des Gesundheitssystems einfügen. Personalmangel, fehlende monetäre Ressourcen und ein starres, konservatives System mit zahlreichen gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben erschweren die Nutzung von innovationsorientierten Mindsets.

Das Ökosystem Krankenhaus hat zusätzlich Besonderheiten. Auf der einen Seite wirken permanent unvorhersehbare Einflüsse ändernd auf das System ein, auf der anderen Seite besteht ein hoher Bedarf an Prozessstabilität und Standardisierung, um eine qualitativ hochwertige und sichere Patientenversorgung gewährleisten zu können. Das steht für viele Menschen zunächst in einem Widerspruch: Wie soll ein Prozess stabilisiert und standardisiert werden, wenn gleichzeitig im hohen Maße flexibel auf sich ändernde Gegebenheiten reagiert werden muss? Genau diesen Widerspruch aufzulösen, ist jedoch die Besonderheit und Stärke der Agilität.

Agilität bedeutet nicht, ohne Standards, Regeln und Vorgaben zu handeln. Es bedeutet vielmehr: Derjenige, der agil handelt, weiß, wann und in welcher Art und Weise er von diesen Standards und Vorgaben im begründeten Fall abweichen kann (und muss), um somit auf unvorhersehbare Ereignisse reagieren zu können und innovativ sowie erfolgreich zu sein.

Das Krankenhaus als solches, losgelöst von dem System, in dem es sich befindet, ist ein Paradebeispiel für die Sinnhaftigkeit einer agilen Arbeitsweise. Einer Mitarbeiterschaft mit hohen Fachkompetenzen steht eine unbegrenzte Fülle von möglichen Arbeitsprozessen (aufgrund unterschiedlichster Symptom- und Krankheitsbilder) und unberechenbarer Situationsveränderungen

Meilwes F: Safety Clip: Prozessoptimierung durch Agilität im Krankenhaus. Passion Chirurgie. 2022 Juni; 12(06): Artikel 04_02.



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

aufgrund einer dynamischen Patientenbewegung gegenüber. Durch Fachkompetenz und Organisationsvermögen müssen die Mitarbeitenden in der Lage sein, auf externe Ereignisse, wie zum Beispiel eine Pandemie, zu reagieren und dabei einem höchsten Anspruch auf optimale Produktqualität (Patientenversorgung) gerecht zu werden.

Um diese Garantie einzulösen, müssen alle Bereiche miteinander effektiv interagieren. Gerade an den Schnittstellen eines Krankenhauses kann dies jedoch oftmals problematisch werden. Durch „Dorfdenken“ einzelner Fachabteilungen werden interdisziplinäre und interprofessionelle Strukturen ausgebremst. In der Notaufnahme bedarf es zum Beispiel einer optimalen Zusammenarbeit der verschiedensten Bereiche. Zahlreiche Studien belegen, dass im Vergleich zur früher üblichen Notfallversorgung unterteilt nach Fachabteilungen (der internistische oder der chirurgische Notfall) das Outcome eines Patienten besser ist, wenn dieser ganzheitlich in einer zentralen Notaufnahme versorgt wird, statt mit dem eingeschränkten Blick einer einzelnen Fachabteilung betrachtet zu werden. Die Mitarbeitenden befassen sich mit unterschiedlichen Versorgungsspektren und verfallen somit nicht in eine „Fachblindheit“.

Durch eine agile Prägung von Krankenhäusern wird eine Arbeitssituation ermöglicht, die langfristig zu einer Verbesserung des Arbeitsklimas führt, indem die interdisziplinären und interprofessionellen Mauern eingerissen werden. Die Einzelinteressen eines jeden werden hintangestellt. Die optimale Patientenversorgung steht im Fokus. Durch die im agilen System eingesetzten Werkzeuge entwickelt sich außerdem eine Kultur, die einen offenen und transparenten Umgang mit Fehlern und Beinahefehlern lebt und es so ermöglicht, aus diesen zu lernen und sie zukünftig zu vermeiden.

Aus unvorhersehbaren Ereignissen können durch agile Methoden und Instrumente Ereignisse werden, auf die mit einer gewissen Vorausplanung reagiert werden kann. Das hat sich zum Beispiel in den Herausforderungen der Corona-Pandemie gezeigt. Krankenhäuser mussten zusätzlich zu ihrem regulären Versorgungsauftrag auf die

besonderen Anforderungen der pandemischen Lage reagieren. Weitere Intensivversorgungsplätze und Isolationsstationen mussten eingerichtet, Prozesse für die Versorgung von infektiösen und nicht infektiösen Patienten vorbereitet und die Mitarbeitenden auf eine solche Situation hin geschult werden.

DAS GESUNDHEITSSYSTEM SETZT GRENZEN

Genau in solchen Extremsituationen werden neben den Stärken der Agilität aber auch die Grenzen der Umsetzung im Krankenhaussystem sichtbar. Ein Krankenhaus kann eben (leider) nicht losgelöst von dem System gesehen werden, in dem es sich befindet. Agilität ist nur dann sinnvoll, wenn sie angewandt wird, um Prozesse beziehungsweise Arbeitsweisen zu optimieren und nicht um kompensatorisch auf anderweitige Missstände zu reagieren. Agilität ist ursprünglich zur innovativen Fortentwicklung eines Unternehmens und nicht als „Lückenfüller“ gedacht worden.

Deutsche Krankenhäuser leiden seit Jahren unter Personalmangel und Unterfinanzierung. Einer Veröffentlichung der deutschen Krankenhausgesellschaft von 2019 ist zu entnehmen, dass zu diesem Zeitpunkt ein Investitionsstau von mindestens 30 Milliarden Euro im deutschen Krankenhaussystem vorlag. Hinzu kommt der Fachkräftemangel: Bis 2035 werden rund 307.000 Pflegekräfte in der stationären Versorgung fehlen (Radtke R. (2020) „Prognostizierter Bedarf an stationären und ambulanten Pflegekräften* in Deutschland bis zum Jahr 2035“). Die zur Verfügung gestellten Finanzmittel reichen oftmals nicht aus, die gesetzlich vorgegebene Struktur der Krankenhausfinanzierung kann aber von den Kliniken auch nicht oder nur kaum durchbrochen werden. Diese Situation setzt die Krankenhäuser unter einen enormen wirtschaftlichen Druck – wobei das dualistische Finanzierungssystem durch klare Kostenzuweisungen die Gesundheitseinrichtungen auch im wirtschaftlichen Handeln zum Teil wieder beschränkt.

FAZIT

Das deutsche Gesundheitssystem stellt mit seinem Finanzierungssystem und seinen

Strukturen ein konservatives Konstrukt dar, das nur schwer mit den Veränderungen der Zeit mithalten kann. Einrichtungen wie Krankenhäuser sind gezwungen, neue Wege zu gehen, um sich über den Auftrag als Grund- und Regelversorger hinaus behaupten zu können. Neue Konzepte, Strategien und Denkweisen müssen hierfür herangezogen werden.

Agilität kann je nach Anwendung ein solches Konzept, eine solche Strategie und Denkweise sein. Agilität wird konservative Mauern einreißen und interdisziplinäre und interprofessionelle Strukturen aufbauen. Eine ganzheitliche Betrachtung des Patienten rückt mehr in den Fokus, und durch moderne Arbeitsweisen erfahren Mitarbeitende eine Wertschätzung und Professionalisierung ihrer Tätigkeiten. Gerade in der heutigen Zeit des Fachkräftemangels suchen sich hoch qualifizierte und innovativ denkende Mitarbeitende Krankenhäuser als Arbeitsplatz aus, in denen sie ihr Fachwissen anwenden und ihren Arbeitsplatz mitgestalten können.

Das deutsche Krankenhaussystem weist aber eine heterogene Struktur auf. Nicht jeder Klinik stehen die gleichen Ressourcen auf personeller oder finanzieller Ebene zur Verfügung. Deshalb bestehen für die einzelnen Einrichtungen auch nicht die gleichen Möglichkeiten zur Anwendung innovativer Methoden. Denn das Instrumentarium der Agilität ist nicht dazu gedacht, Lecks abzudichten, sondern Innovationen zu ermöglichen.

Die Kluft zwischen „innovativen“ und „konservativen“ Einrichtungen nimmt somit stetig zu. Letztlich wird es im Laufe der Zeit zu einer „darwinistischen Auslese“ im Krankenhausmarkt kommen. Krankenhäuser, die es nicht schaffen (können), moderne Unternehmenskonzepte und Strukturen zu implementieren, werden nach und nach aus den bestehenden Strukturen „wegbrechen“. Nur durch eine generelle Umstrukturierung des Gesundheitssystems von einer eher reaktiven hin zu einer prospektiven Struktur wird es möglich sein, eine solche Entwicklung zu unterbinden. 

LERNEN WIE NIE ZUVOR.

eRef

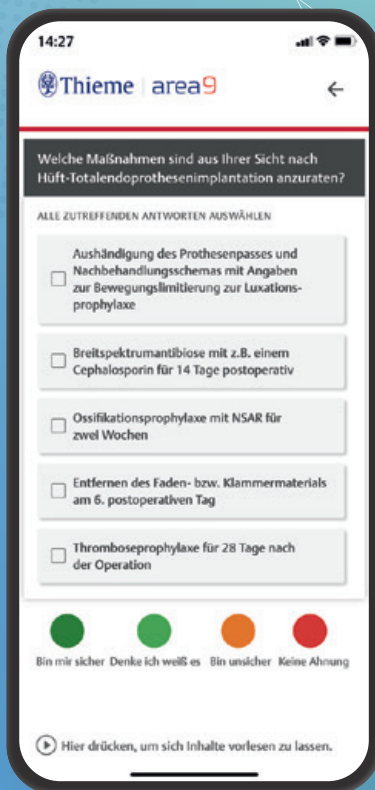
Adaptives Weiterbildungscurriculum Orthopädie und Unfallchirurgie

High Speed Learning.

Weiterbildungsrelevantes Wissen tanken – maximal effektiv auf einem für Sie optimierten Lernpfad.

Mind the gap.

Wissenslücken erkennen und gezielt schließen. Sicher wissen, was Sie wissen. Facharztprüfung? Safe.



Ready for take-off.

Gelerntes verinnerlicht. Wichtiges vertieft. Facharztprüfung bestanden. Bereit, um als Orthopäd*in voll durchzustarten.



Jetzt kostenlos testen!
www.thieme.de/lernen-wie-nie-zuvor



**Sektion „Krankenhausbau und Raumluftechnik“
der DGKH**

Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V.
Joachimsthaler Straße 31-32
10719 Berlin
info@krankenhaushygiene.de

Sektion „Krankenhausbau und Raumluftechnik“
der DGKH: Hygiene-Tipp: Verunreinigungen der
Gewebe bei TAV-OP-Decken. Passion Chirurgie.
2022 Juni; 12(06): Artikel 04_03.



Weitere Hygiene-Tipps finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de), Rubrik Wissen | Qualität &
Patientensicherheit | Hygiene-Tipp.

HYGIENE TIPP

Verunreinigungen der Gewebe bei TAV-OP-Decken

Zum Erzielen einer turbulenzarmen Verdrängungsströmung (TAV) ist in OP-Sälen der Raumklasse Ia nach DIN 1946-4 über dem OP-Feld eine Gewebedecke montiert. Diese wird u. a. im Rahmen von endoprothetischen Operationen durch Blut bzw. Gewebespitze kontaminiert. Häufig werden diese nur in größeren Zeitabständen durch Fachfirmen entfernt, obwohl auch Beschwerden von operierten Patienten über diese sichtbaren Kontaminationen existieren. Messungen haben ergeben, dass nach etwa 75 Minuten Trocknungszeit erste Bestandteile der Kontaminationen in das OP-Feld geblasen werden. Dann kann dort bereits schon die Operation des nächsten Patienten erfolgen.

Ist die Gewebedecke sichtbar kontaminiert, muss diese daher vor der folgenden Operation entsprechend der Herstellerangaben (soweit vorhanden) gereinigt und desinfiziert werden, wie das beispielsweise auch bei Verunreinigungen der OP-Leuchten selbstverständlich ist.

Leider existieren derzeit meist nur unzureichende Reinigungs- und Desinfektionsempfehlungen der OP-Deckenhersteller. Häufig ist auch nicht geklärt, wer für Reinigung/Desinfektion zuständig ist. Grundsätzlich ist festzustellen, dass der Reinigungs Erfolg umso besser ist, je schneller er nach der Kontamination erfolgt.

Bezüglich der Desinfektion und Reinigung der Deckenvliese sind die Herstellerangaben zu befolgen. Andere als von ihm empfohlene Maßnahmen oder Flächendesinfektionsmittel können ggf. zur Zerstörung bzw. zum Verkleben der Gewebedecke und damit zum Zusammenbruch der erforderlichen Luftströmung führen. Nach unserer Erfahrung können die Verunreinigungen zunächst einmal mit lauwarmem Wasser vorsichtig mit einem Tuch abgetupft werden. Nachfolgend erfolgt ein weiteres vorsichtiges Abtupfen mit einer 3-prozentigen Wasserstoffperoxidlösung. Sind immer noch Reste zu sehen, ist der Vorgang zu wiederholen. Es ist darauf zu achten, dass keine Flusen oder Partikel vom Reinigungsmittel an der Gewebedecke verbleiben. Bei sichtbaren Schäden am Vlies ist zu prüfen, inwieweit ein Austausch erforderlich ist.

Eine erneute Dichtsitzprüfung oder Differenzdruckmessung der H13-Filter ist nach Reinigung/Desinfektion der Gewebedecke nicht notwendig. Nach großflächiger Desinfektion/Reinigung oder Anbringen einer komplett neuen Gewebedecke ist die Messung (Raster ca. 30 x 30 cm) der Luftgeschwindigkeit unter der TAV-Decke erforderlich. Anhand der Luftgeschwindigkeiten kann die Gesamtzuluftmenge berechnet werden. Zusätzlich empfiehlt sich ein Abgleich mit den Luftgeschwindigkeiten der hygienischen Abnahmeprüfung. Sollten die Zuluftmengen oder Luftgeschwindigkeiten deutlich voneinander abweichen, ist ggf. eine erneute Qualifizierung mit reduzierten Umfang (Lasteneintrag von innen mit OP-Leuchten) des OP-Raums erforderlich. Dies sollte durch Rücksprache mit dem Prüfunternehmen geklärt werden.

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



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.

JUNI 2022

PD Dr. med. Carsten Kamphues, MHBA, FEBS ist neuer Chefarzt der Abteilung für Chirurgie in der Park-Klinik Weißensee in Berlin. Der Facharzt für Chirurgie, Viszeralchirurgie und spezielle Viszeralchirurgie war zuvor seit 2016 Oberarzt der Charité - Universitätsmedizin Berlin.

Dr. med. Wolfram Kluwe übernahm zu Anfang April die Leitung der Klinik für Kinderchirurgie und -urologie im Helios Klinikum Erfurt. Dr. Kluwe war zuletzt am Universitätsklinikum Freiburg in der Abteilung für Kinderchirurgie tätig und ist spezialisiert auf minimalinvasive Eingriffe und die Behandlung schwerer Fehlbildungen.

Peter Marek wechselte bereits im Februar 2022 an das St. Joseph-Krankenhaus in Prüm. Der ehemalige Oberarzt im Evangelischen Krankenhaus Köln-Kalk bekleidet dort die Position des Chefarztes der Allgemein- und Viszeralchirurgie.

PD Dr. med. Achim Neufang übernahm zum 01.04.2022 die Leitung der Sektion Gefäßchirurgie der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie an der Universitätsmedizin Mainz. Er wechselte vom Klinikum Kassel, wo er die Klinik für Gefäßchirurgie und endovaskuläre Chirurgie leitete.

Sebastian Pietrala übernahm zum 01.04.2022 die Leitung der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie der HELIOS Frankenwald-klinik Kronach. Der ehemalige Oberarzt der Rhön-Klinikum AG Campus Bad Neustadt ist Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie und zudem zertifizierter Fußchirurg.

Prof. Dr. med. Karl-Josef Prommersberger wird am St. Josef Krankenhaus in Schweinfurt die neue Fachabteilung für elektive Handchirurgie leiten und aufbauen. Er wechselte vom Rhön-Klinikum in Bad Neustadt, wo er viele Jahre Chefarzt der Klinik für Handchirurgie war.

MU Dr. Petr Skala, Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie in Rothenburg ob der Tauber, ist seit Mai 2022 auch Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie in Dinkelsbühl, nachdem **Dr. Evelyn Weick-Meyer** in den Ruhestand gegangen ist.

Dr. med. Lorand-Alin Stoica, ehemals leitender Oberarzt der Orthopädie/Unfallchirurgie der HELIOS Klinik Titisee-Neustadt und zwischenzeitlich Chefarzt der Chirurgie der OsteMed Kliniken und Pflege GmbH in Bremervörde, kehrte Anfang April an die Helios Klinik in Titisee-Neustadt zurück und übernahm die chefarztliche Leitung seiner ehemaligen Wirkungsstätte. ○



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

Frage & Antwort



Räumliche Nähe bei Auslagerung von Praxisräumen



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

Justitiar BDC

Rechtsanwalt und Fachanwalt für

Medizinrecht

justitiar@bdc.de

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, wann das Kriterium der „räumlichen Nähe“ zum Vertragsarztsitz für ausgelagerte Praxisräume erfüllt ist.

ANTWORT:

§ 24 Abs. 5 Ärzte-ZV bestimmt, dass ein Vertragsarzt spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen in ausgelagerten Praxisräumen durchführen kann, wenn diese sich in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz befinden.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat in seinem Urteil vom 06.04.2022 – B 6 KA 12/21 R entschieden, dass dem Erfordernis der „räumlichen Nähe“ zum Vertragsarztsitz nicht entgegensteht, dass sich die Praxisräume in einer Entfernung von neun Kilometern zum Vertragsarztsitz befinden und von dort aus innerhalb von 19 Minuten in verkehrstarken Zeiten zu erreichen sind. Vielmehr sieht der Senat bei der Auslagerung von Praxisräumen die zeitliche Erreichbarkeit am Vertragsarztsitz innerhalb von maximal 30 Minuten

generell als geeignetes Kriterium zur Bestimmung der räumlichen Nähe an. Denn zum einen stellt es sicher, dass der Vertragsarzt zur Durchführung seiner Sprechstunden und auch bei Notfällen am Vertragsarztsitz persönlich zur Leistungserbringung in angemessener Zeit zur Verfügung steht. Zum anderen trägt es unterschiedlichen Anforderungen an ländlich strukturierte Gebiete wie auch an dicht besiedelte Großstadtgebiete hinreichend Rechnung.

An der zur überholten berufsrechtlichen Vorgängerregelung vertretenen Ansicht, dass „in den Augen des Publikums“ eine organisatorisch einheitliche Praxis auch bei Auslagerung einer Praxisstätte vorliegen muss, hält der Senat nicht fest. Engere Organisationsstrukturen sind aus seiner Sicht durch Digitalisierungen möglich geworden (vgl. www.bit.ly/BSGPraxisräume).

Folglich setzt das BSG grundsätzlich eine zeitliche Grenze von 30 Minuten für die Erreichbarkeit des Vertragsarztsitzes zur Erfüllung des Kriteriums „räumliche Nähe“ bei ausgelagerten Praxisräumen an. ○

Heberer J: F+A: Räumliche Nähe bei Auslagerung von Praxisräumen. 2022 Juni; 12(06): Artikel 04_08.



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



© iStock/pukkat

Klimagerechtes Krankenhaus – Haben Einwegartikel darin eine Zukunft?

VORWORT – GUTES KLIMA IM OPERATIONSSAAL

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Klimadiskussion durchzieht vollkommen zu Recht alle Bereiche der Gesellschaft. Neben den großen Schlagthemen Energie und Emissionen geht es dabei inhaltlich natürlich auch um Nachhaltigkeit. Im Alltag betrifft Letzteres vor allem den überbordenden, ständig wachsenden Einsatz von Einmal- oder Kurzzeitprodukten. Diesem Trend ist eigentlich leicht zu begegnen. Doch öffentliche Diskussion, gesellschaftlicher Konsum und industrielle Produktion schippern gemeinschaftlich daran immer noch nonchalant vorbei. Es bleibt okay oder sogar hip, jedes Jahr sein Outfit mit Hilfe üblicher Modeketten auszutauschen, dauernd Lieferdienste für den Privatkonsum zu beanspruchen, täglich Convenience-Produkte zu verspeisen oder alle zwei Jahre sein Handy zu wechseln. Ressourcen, Produktion und Lebenszyklus werden kaum hinterfragt. Kommt doch alles nachher in die bunte Tonne.

Der Einsatz von Medizinprodukten in der Chirurgie wiederholt in vielen Teilen dieses unökologische Handeln. Unter dem Primat gesenkter Primärausgaben sind in den letzten 10 bis 15 Jahren eine Vielzahl von ehemals wiedereinsatzbaren Instrumenten durch One-Way-Products ersetzt worden. Die Qualität hat das sicher nicht gehoben, die externalisierten Kosten waren für die Entscheidungsträger irrelevant. Die Industrie unterstützt die Entwicklung dazu durch den Boykott der Aufbereitung. Und abstruse Hygienevorgaben tun manches Mal ihr Übriges.

Das kann nicht gut gehen. Denn das ständige „kauf doch neu“ ist das Prinzip des Untergangs in einer ökologisch bedrohten Welt.

It is time for a change! Yes – we can!



Prof. Dr. med.
C. J. Krones



Prof. Dr. med.
D. Vallböhmer



Korrespondierender Autor
Dr. med. Ferdinand Lehmann
 Deutsche Allianz für Klima und
 Gesundheit e.V., Berlin
ferdinandlehmann@outlook.de

Dr. med. Anne Hübner
 Deutsche Allianz für Klima und
 Gesundheit e.V., Berlin

Julia Remmele
 Deutsches Herzzentrum München
 Klinik für angeborene Herzfehler und
 Kinderkardiologie

Dr. med. univ. Nikolaus Börner
 Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
 Transplantationschirurgie, LMU,
 München

Dr. med. Charlotte Samwer
 Klinik für Anästhesiologie mit
 Schwerpunkt operative Intensivmedizin,
 Universitätsmedizin Charité, Berlin

Prof. Dr. iur. Jens Prütting
 Bucerius Law School gGmbH,
 Hochschule für Rechtswissenschaft,
 Hamburg

Dr. iur. Max Georg Hügel
 Bucerius Law School gGmbH,
 Hochschule für Rechtswissenschaft,
 Hamburg

PD Dr. med. Christian M. Schulz
 Deutsche Allianz für Klimawandel und
 Gesundheit e.V., Berlin

Lehmann F, Hübner A, Remmele J, Börner N,
 Samwer C, Prütting J, Hügel MG, Schulz C:
 BDC-Praxistest: Klimagerechtes Krankenhaus –
 Haben Einwegartikel darin eine Zukunft?
 Passion Chirurgie. 2022 Juni; 12(06):
 Artikel 05_01.



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

PLANETARY HEALTH BEDEUTET HANDLUNGSBEDARF

Die Wirtschaftsweise der Menschen führt zur Überschreitung immer weiterer planetarer Belastungsgrenzen. [1] Die beiden jüngsten Berichte des Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) räumen der Einhaltung des 1,5°C-Ziels des Pariser Klimaschutzabkommens noch Chancen ein, sofern eine radikale Wende gelingt. [2, 3] Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen (WBGU) schätzt die Situation ähnlich ein. [4] Bereits jetzt führen die Umweltbelastung, der Verlust von Biodiversität und die Klimakrise zu einer Erhöhung der Krankheitslast in praktisch allen Fachdisziplinen der Medizin. [5] Der Lancet benennt die Klimakrise dementsprechend als die größte medizinische Herausforderung des 21. Jahrhunderts. [6] Der Gesundheitssektor trägt mit rund 5 % der Treibhausgas-Emissionen wesentlich zu dieser klimakritischen Entwicklung bei. [7] Aus medizinischer Sicht ist eine Überschreitung des 1,5°C-Ziels nicht zu verantworten.

Folgerichtig wurde auf dem 125. Deutschen Ärztetag ein klimaneutrales Gesundheitssystem bis 2030 gefordert. [8]

Wie das möglich ist, zeigen der englische National Health Service, das Rahmenwerk Klimagerechte Gesundheitseinrichtungen und das soeben erschienene Gutachten der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen. [9–12]

Aufgrund des hohen Ressourceneinsatzes besitzt der OP-Bereich in der ökologischen Transformation des Gesundheitssystems eine zentrale Bedeutung. [13, 14] Dieser Artikel nimmt hier besonders den zunehmenden Einsatz von Einwegprodukten in den Blick, der wesentlich dazu beiträgt, dass Krankenhäuser zu den größten Müllproduzenten westlicher Gesellschaften zählen. [15] Wir legen dar, welche Rolle Einwegartikel in der Medizin heute einnehmen, wie ihr Einfluss auf die Klimakrise evaluiert werden kann und mit welchen Mitteln wir den Wandel zu einem klimagerechten Gesundheitssystem schaffen können.

EINMALARTIKEL IM GESUNDHEITSSYSTEM – RELEVANZ UND ENTWICKLUNG

Wichtig ist, die eigenen Quellen der Treibhausgasemissionen zu kennen. Die Emissionen, die in vor- und nachgeschalteten Lieferketten entstehen – auch als Scope 3 bezeichnet – machen über zwei Drittel der Gesamtemissionen der Gesundheitsversorgung aus. [7] Besonderen Stellenwert nehmen hier die oftmals in Asien produzierten Einwegartikel ein: weite Transportwege können die Klimarelevanz vervielfachen. Erschwerend hinzu kommt, dass Mülltrennung und Materialrecycling in Krankenhäusern oftmals nur rudimentär durchgeführt werden. [15, 16]

Einmalartikel haben in den vergangenen Jahrzehnten – und aktuell nochmals zusätzlich im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie – deutlich an Bedeutung gewonnen. Bereits vor 2020 stieg die Müllproduktion des Gesundheitssystems um mindestens 15 % pro Jahr. [15, 17, 18] Diese Tendenz wird vor allem mit infektiologischen und organisatorischen Entwicklungen in Zusammenhang gebracht. Das Aufkommen von HIV, die Zunahme an Hepatitiden, aber auch von Prionenerkrankungen prägten die zum Teil medial übersteigerte Debatte um die ausreichend sichere Wiederverwendbarkeit von Medizinprodukten. [19, 20] Für Krankenhausbetreibende bringen Einmalartikel neben dem Infektionsschutz dazu weitere Vorteile: der Verzicht auf eine große zentrale Sterilisationsabteilung und Wäscherei lässt vordergründig Kosten sparen. Und für die Sterilität der eingesetzten Materialien haften die Hersteller. [21] Im Zuge multipler Krisen wie Umweltkatastrophen, Pandemie und Kriegen werden mittlerweile aber auch die Nachteile dieser Entwicklung immer kritischer betrachtet: diskutiert werden vor allem Klima- und Umweltschäden (und damit auch externalisierte Gesundheitskosten), die teils mindere Qualität im Vergleich zu Mehrwegartikeln und immer häufiger auftretende Lieferengpässe. [22]

LIFE CYCLE ASSESSMENT UND BILANZIERUNG DER CO₂-EMISSION VON KLINISCHEN PROZESSEN

Ein Life Cycle Assessment (LCA) umfasst die systematische Analyse von Umweltwirkung und Energiebilanz eines Produkts während seines gesamten „Lebenswegs“. Das Ziel eines LCA ist es, wesentliche Informationen bei der Suche nach ressourcenschonenderen Verbrauchsartikeln zu liefern. Die Analyse erlaubt dann valide Vergleiche zwischen Ein- und Mehrwegprodukten oder die Prüfung von Produkten unterschiedlicher Hersteller. Bei Einwegprodukten stehen dabei eher Herstellung, Transport und Entsorgung im Mittelpunkt. Bei Mehrwegprodukten überwiegen dagegen energieintensive Wiederaufbereitungsprozesse wie die Dampf- und Gassterilisation, sowie der Einsatz von gefährdenden Reinigungsmitteln. [23]

Bislang ist es mangels etablierter ausreichend ausgestatteter Strukturen nicht möglich, jedes genutzte Produkt einem LCA zu unterziehen. Um jedoch die Gesamtemission eines bestimmten klinischen Prozesses trotzdem abzubilden, befinden sich verschiedene wissenschaftliche Modelle in der Erprobung. Ein Ansatz basiert auf der Berechnung des CO₂-Äquivalent-(CO₂e)-Fußabdrucks bzw. der Umweltauswirkung eines Produkts oder klinischen Prozesses mittels Emissionsfaktoren. Hierfür können beispielsweise verwendeter Strom oder Kraftstoffe, aber auch mittels Buchführung erfasste Kosten als Grundlage genutzt werden. [24] Genauere Ergebnisse bieten komplexe Modellierungen auf Basis verschiedener LCA- oder Environmental Footprint-(EF)-Methoden ebenso wie die wachsenden Datenbanken bereits evaluierter Produkte. [25]

Die Ergebnisse der Untersuchungen fallen dabei durchaus unterschiedlich aus. Im Rahmen von LCAs konnte z. B. nachgewiesen werden, dass durch die individualisierte Zusammensetzung von Mehrweg-OP-Sets Kosten und Emissionen deutlich reduziert werden können. [23] Einweg-Laryngoskope verursachen 16- bis 18-mal mehr Emissionen als funktionell äquivalente Mehrwegprodukte. [26] Und auch der Einsatz von

wiederverwendbaren OP-Textilien kann deutliche eine Reduktion von Emissionen und Abfallmenge bewirken. [27, 28] Andererseits zeigte ein LCA aus Braunschweig, dass dort bei operativer Wirbelsäulen-Stabilisierung die Nutzung von Einwegschrauben und Einwegstangen deutlich umweltschonender ist, als der Einsatz von vergleichbaren Mehrwegprodukten. [29]

LÖSUNGSANSÄTZE ZUR UMSETZUNG EINER EMISSIONSARMEN GESUNDHEITSVERSORGUNG

Nur eine klimaneutrale Gesundheitsversorgung ist nebenwirkungsarm. Viele gering investive Maßnahmen sind sofort und durch nur wenige Akteure im Krankenhaus umsetzbar. [12] Auch inmitten multipler Krisen, ist eine verzögerte Umsetzung aus medizinischer Sicht deshalb eigentlich nicht vertretbar.

Auf der Ebene der medizinischen und kaufmännischen **Krankenhausleitung** muss Nachhaltigkeit als Entscheidungsgrundlage für medizinische Prozesse etabliert werden. Hierzu zählen die evidenz-basierte Umstellung auf Mehrwegprodukte, die Berücksichtigung von Nachhaltigkeitskriterien im Einkauf (z. B. auf der Basis von LCAs oder mithilfe von Einkaufsnetzwerken wie ZUKEgreen), sowie differenzierte Programme in der Reduktion und dem Recycling von Abfall. [30] In **Tabelle 1** sind verschiedene Beispiele zusammengestellt. Ab 2024 sind Krankenhäuser auf europäischer Ebene verpflichtet, ein jährliches Reporting zu verschiedenen Aspekten der Nachhaltigkeit zu erstellen, wodurch das Festhalten an klimaschädlichen Praktiken erschwert und Umweltbewusstsein zum Unternehmensziel wird.

Mit Blick auf die Vermeidung von Einmalartikeln müssen über die **Hygiene- und Sterilisationsabteilung** im Krankenhaus alle Möglichkeiten geprüft werden, ohne Einschränkung der Patientensicherheit bzw. Verletzung geltender Rahmenbedingungen hochwertige wiederverwendbare Produkte einzusetzen. Hier sind zuletzt große Widerstände aufgetreten, da selbst die Umstellung simpelster Instrumente wie z. B. von

Laryngoskopen an alltagsfernen Vorgaben, wie z. B. der personalintensiven Zählung der getätigten Waschzyklen, scheitert. Es ist leicht vorstellbar, dass die Schwierigkeiten bei der Einführung komplexer chirurgischer Instrumente in Mehrwegversion noch größer sind. Hier ist eine interdisziplinäre, an evidenzbasierten Kriterien ausgerichtete Diskussion von Kliniken und Hygieneabteilung notwendig, um den Ressourcenverbrauch zu minimieren ohne die Patientensicherheit zu verringern. Innovative Sterilisationsverfahren als Alternative zu Dampf und Gas gehen zusätzlich mit einer geringeren Umweltbelastung einher. [31, 32]

Darüber hinaus ist es essenziell, dass möglichst viele Mitarbeitende die Transformation mittragen und auch einfordern. Entsprechende Fortbildungen, die Schaffung von Green Teams oder die Ausbildung von Klimamanager:innen stellen zentrale Punkte dar. Wo immer möglich, können auch **wissenschaftliche Forschungsprojekte** dieses neue Handlungsfeld mit Evidenz stärken und fördern. Allerdings gilt zu beachten, dass etablierte wissenschaftliche Methoden nicht immer die erforderliche Geschwindigkeit mit sich bringen und etliche Maßnahmen bereits jetzt umsetzbar sind.

Weitere Handlungsoptionen bestehen im Regelungsrahmen. Die Verwendung von Medizinprodukten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung funktioniert auf Basis des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V, nach dem Leistungen „[...] ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein [...]“, müssen; anderenfalls dürfen sie nicht zulasten der Krankenkassen beansprucht, erbracht oder bewilligt werden. Eine zentrale Problematik, vor allem von vermeintlich günstigen Produkten, ist jedoch die „Externalisierung von Kosten“. Durch den Einsatz von meist günstigeren fossilen Brennstoffen und Rohstoffen liegen die primären Produktionskosten niedrig, die ökologisch bedingten Folgekosten steigern jedoch zukünftig den realen Preis deutlich. Eine gute Verdeutlichung stellen die Kosten des Klimakrise-assoziierten Ahrtalhochwassers 2021 von über 8 Milliarden Euro dar. Eine zusätzliche Abbildung von ökologischen Kriterien

Tab. 1: Programme für Reduktion und Recycling von Abfall

Bereich	Beispiele verfügbarer Produkte/Maßnahmen*
Reduce – Verringerung der Entstehung von Abfall und Emissionen	Kommunikation und Planung zum Bedarf an Sterilgut Vermeidung von Überversorgung
Reuse – Wiederverwendung von Produkten	Einsatz von wiederverwendbaren sterilen OP-Textilien, OP-Instrumente u. a. Zertifizierte Aufbereitung von Einwegprodukten aus Interventionen oder Chirurgie
Recycling – Einführung differenzierter Recyclingsysteme im OP-Bereich	Rücknahme und Rohstoffrecycling von Einweg-Endocuttern und Circular Staplern
Research/Rethink – Forschung und der Blick über den Tellerrand	Erstellung/Nutzung von Life Cycle Assessments Ausbildung von Klimamanager:innen Jet-Lavage-System mit CO ₂ -neutraler Produktion in Deutschland Abdeckung mit teils biobasierten Rohstoffen. Transport- und Dispenserboxen aus FSC-zertifizierter Waldwirtschaft

* Auf Basis des etablierten „Konzepts der 5 R“ des Abfallmanagements bestehende Maßnahmen und Produkte zur Verringerung von Rohstoffbedarf und Emissionen

in der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit mit Darstellung der externalisierten Kosten erscheint somit dringlich notwendig. Sie gelingt nur über eine Anpassung des gesetzlichen Regelungsrahmens durch **politische Entscheidungsträger:innen**.

Naheliegender Ansatzpunkt wäre hier einerseits eine Erweiterung von § 12 SGB V um ein „Nachhaltigkeitsgebot“, mit dem ökologische Kriterien maßgeblichen, bzw. sogar verpflichtenden Einfluss auf die Wahl der einzukaufenden Medizinprodukte hätten. In Ergänzung könnte man Hersteller und Distributoren nach dem Vorbild des Lieferkettengesetzes verpflichten, Mindestvorgaben in der gesamten Lieferkette sicherzustellen. Vertiefte rechtswissenschaftliche Analysen, insbesondere zu Veränderungsoptionen im SGB V, müssen in jedem Fall Teil zukünftiger Debatten sein.

Eine Kopplung von Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit kann andererseits durch eine europaweite oder hilfsweise nationale Bepreisung der begleitenden Emissionen in Anlehnung an die CO₂-Steuer erreicht werden. Eine Emissionsbesteuerung hätte den Vorteil, dass auf diesem Weg – im Gegensatz zu einer direkt im Gesundheitswesen ansetzenden Steuerung – nicht die zahlreichen heterogenen Interessengruppen, Stakeholder und Organe der gemeinsamen Selbstverwaltung (insb. Verbände der Krankenkassen und Leistungserbringer sowie der Gemeinsame Bundesausschuss) in langwierigen Abstimmungsverfahren eingeschaltet werden müssten, was Zeit und Aufwand bei der Durchsetzung des Regulierungsziels reduzieren würde.

Die in jedem Fall erforderlichen Bewertungen des Lebenszyklus eingesetzter Medizinprodukte (LCA) müssen dringlich erstellt werden,

was großen zeitlichen wie monetären Aufwand in einer kurzen Zeitspanne – vor 2030 – bedeutet. Hier wäre ebenfalls zielführend, ähnlich zum National Health Service in England, alte Medizinartikel ohne LCA nicht mehr in Bestellsystemen zu halten und LCA als obligatorischen Teil von Zulassungsverfahren zu etablieren.

ABSCHLUSS

Die ressourcenschonende oder kreislaufwirtschaftliche Produktion gewinnt schon bald eine zentrale Bedeutung für die Entwicklung und den Einsatz von Medizinprodukten des 21. Jahrhunderts. Umfangreiche Analysen sind hierbei vonnöten, um für Einwegprodukte herauszufinden, wo sie in diesem System eine Zukunft haben – und wo Mehrwegprodukte zu bevorzugen sind. Die Autoren sehen für Krankenhäuser einen sehr konkreten Handlungsbedarf, aber auch viele Möglichkeiten, die notwendige Reduktion von Emissionen zu erreichen und auf diese Weise ganz im genuinen Auftrag Gesundheitsrisiken zu reduzieren. Die primären Handlungsoptionen bestehen darin, Verständnis und Transparenz zur Herkunft der eigenen Emissionen zu erlangen, rasch gering investive Maßnahmen umzusetzen und Forschungsbedarf zu adressieren. Wichtig ist, dass sich Krankenhäuser industriellen Beispielen folgend dabei ehrgeizige Ziele der Klimaneutralität setzen. Unerlässlich erscheint es dabei, sich dieser Herausforderung interdisziplinär zu stellen: dazu gehören intern Pflegekräfte, Ärzteschaft, Hausmeisterei und das kaufmännische Management, extern aber auch die großen Akteure jenseits der direkten Gesundheitsversorgung wie Krankenkassen, Krankenhausgesellschaften und die Medizinprodukteindustrie.

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



© iStock/wildpixel

Sektorenübergreifende Versorgung – was ist das eigentlich?

Die aktuelle berufspolitische Diskussion zeigt, dass der Begriff „Sektorübergreifende Versorgung“ in aller Munde ist, dass darunter jedoch – je nach Interessenslage – unterschiedliche Sachverhalte und Ziele verstanden werden. Wir versuchen hier, die aus unserer Sicht vermuteten Positionen der beteiligten Player darzustellen.

POLITIK AUF BUNDES- UND LANDESEBENE

Die Überwindung der Abschottung zwischen dem stationären und ambulanten Bereich der Krankenversorgung gehört schon seit Jahrzehnten zur politischen Agenda und findet sich auch wieder im aktuellen Koalitionsvertrag der Ampel-Regierung. [1]. Bereits die Vorgängerregierung hat im MDK-Gesetz [2] unter anderem ein Gutachten (IGES) in Auftrag

gegeben, das Potentiale für eine Ambulantisierung speziell operativer Leistungen aufzeigen soll. Die daraus folgende Notwendigkeit vertraglicher Einigungen zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) dürfte schwierig werden, geht es doch vor allem um ökonomische Auswirkungen und machtpolitische Einflussnahme.

Darüber hinaus kollidiert eine mögliche Bundesgesetzgebung teilweise mit den Interessen der Bundesländer. Und dies umso mehr, wenn es um konkrete Änderungen der Krankenhausplanung und die daraus resultierende Schließung oder Umwidmung von Krankenhäusern geht. Trotzdem haben einzelne Bundesländer wie Nordrhein-Westfalen [3] und



Korrespondierender Autor
Dr. med. Peter Kalbe
 Vizepräsident
 Berufsverband der Deutschen
 Chirurgen e.V. (BDC)
 Kalbe@bdc.de



Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
 Vizepräsident
 Berufsverband der Deutschen
 Chirurgen e.V. (BDC)
 dr.rueggeberg@t-online.de

Kalbe P, Rüggeberg JA, Burgdorf F, Meyer HJ:
 Sektorenübergreifende Versorgung – was ist
 das eigentlich? *Passion Chirurgie*. 2022 Juni;
 12(06): Artikel 05_02.



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

Niedersachsen [4] erste konkrete Schritte in diese Richtung unternommen. Diese Planungen stoßen wiederum häufig auf massive Gegenwehr auf Ebene der Kreise und Kommunen im konkreten Einzelfall, können aber auch zu einvernehmlichen konstruktiven Lösungen [5] führen, wie es der Fall der neuen Zentralklinik Georgsheil in Ostfriesland zeigt.

Zukunftsweisend könnte sein, dass als Lösungsmöglichkeit der Begriff der „Hybrid-DRG“ in den Koalitionsvertrag aufgenommen und aktuell auch im KBV-Interview [6] von Gesundheitsminister Karl Lauterbach favorisiert wurde. Dabei ist allerdings auch dieser Begriff inhaltlich nicht eindeutig definiert. Das klassische Modell einer sektorübergreifenden Versorgung in Form des Belegarzteswesens unterliegt allerdings in den letzten Jahren aufgrund einer substantiellen Unterfinanzierung einem schleichenden Niedergang.

Vom Gesundheitsministerium wurde angekündigt, dass im laufenden Jahr nach der Dominanz der Corona-Pandemie auch wieder aufgeschobene Strukturereformen im Gesundheitswesen fortgesetzt werden sollen. Dazu gehört an erster Stelle die Reform der Notfallversorgung [7], die sich als Parade-Disziplin der sektorenübergreifenden Versorgung profilieren könnte. Unser kinderchirurgischer Kollege Dipl.-Med. Peter Raue gibt hierzu beim DCK in der Sitzung „Sektorenübergreifende Versorgung“ einen Überblick über die Erfahrungen aus Sachsen.

KRANKENHAUSÄRZTE UND NIEDERGELASSENE (FACH-)ÄRZTE

Der BDC hat sich die Förderung der sektorenübergreifenden Versorgung als Kernziel gesetzt und zwar aus Sicht der Klinikärzte wie der Niedergelassenen gleichermaßen.

Dr. Ralf W. Schmitz beschreibt das Ergebnis einer gemeinsamen BDC-Klausurtagung zu diesem Thema in seinem hier abgedruckten Beitrag „Intersektorale Versorgung – es wird Zeit“.

Folgende Forderungen sind dabei im Kern konsentiert worden:

- Gemeinsamer Leistungskatalog von ambulant und/oder intersektoral zu

erbringenden Leistungen auf Basis des bestehenden AOP-Vertrages

- Vergütung nach modifizierter DRG unter Berücksichtigung von Strukturkosten und des Schweregrades
- Intersektorale Bedarfsplanung unter Berücksichtigung von Qualitätskriterien
- Digitale Vernetzung und intersektorale digitale Fallakte
- Intersektorale SOP und Fallkonferenzen
- Intersektorale Verbundweiterbildung

KRANKENKASSEN UND IHRE VERBÄNDE

Dem tätigen Chirurgen ist schwer verständlich, warum die Krankenkassen und ihre Verbände nicht der definitive Motor der Ambulantisierung sind, weil hierin ein erhebliches Einsparpotential schlummern dürfte. Aber auch die Krankenkassenverwaltungen sind streng sektoral gegliedert, so dass in konkreten Verhandlungen oft die sektorenübergreifende Sicht fehlt. Darüber hinaus wird seit Jahrzehnten das nicht ganz unberechtigte Argument vorgetragen, dass eine Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor nicht automatisch zu Einsparungen führt, solange die Krankenhausstrukturen unverändert bleiben. In der aktuellen Finanzlage der Krankenkassen sind keine Lösungen denkbar, die mit einer vorübergehenden Kostenbelastung verbunden wären.

„Hybrid-DRGs“ könnten durch Wegfall der (meisten) MDK-Prüfungen den personellen Aufwand für die Prüfungen der Krankenhausrechnungen reduzieren, obwohl daran natürlich auch Arbeitsplätze gebunden sind. In Einzelfällen gibt es bereits konstruktive Lösungen über Selektivverträge, beispielsweise in Thüringen. Dr. Stephan Dittrich als Mentor und Motor dieses Projekts wird erste Ergebnisse in der Sitzung „Sektorenübergreifende Versorgung“ präsentieren.

VERWALTUNGEN DER KRANKENHÄUSER UND DEREN INTERESSENVERTRETUNG (DKG)

Die Sichtweise der Krankenhausverwaltungen fokussiert vollkommen legitim über die selbstverständlichen Qualitätsaspekte

hinaus auf die Sicherung des wirtschaftlichen Überlebens und hat in überversorgten Gebieten auch die Profilierung durch Spezialisierung und die Positionierung am Markt zu berücksichtigen. Das DRG-System und die jüngst umgesetzte Ausgliederung der Pflegekosten haben bei mehr als der Hälfte der Krankenhäuser zu roten Zahlen in der Bilanz geführt. Eine Förderung ambulanter und stationärer Leistungen wäre für die Kliniken primär kontraproduktiv, weil diese unter den Bedingungen der vertragsärztlichen Abrechnung nach EBM nicht kostendeckend erbracht werden können. Auch von dieser Seite müsste die Definition einer ausreichend finanziell unterfütterten Hybrid-DRG unterstützt werden. Letztlich dürfte es aber auch zur Umwidmung einzelner Krankenhäuser zu intersektoralen Gesundheitszentren kommen [8]. Die Präsenz von Vertretern der Landkreise und Kommunen in den Verwaltungsräten vieler Krankenhäuser dürfte dies nicht eben erleichtern. Darüber hinaus streben die Krankenhäuser eine Öffnung für den gesamten ambulanten Sektor an. Dies allerdings weniger zur Sicherung der ambulanten Grundversorgung, sondern eher um dadurch potentiell lukrative stationäre Fälle zu generieren und vor allem Einfluss auf den ambulanten Markt zu gewinnen.

FACHÄRZTLICHE BERUFSVERBÄNDE

Neben dem BDC sind viele andere Interessenvertretungen aktiv, zum Beispiel der Spitzenverband Fachärzte (SpIfA) und der Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO). Schon 2020 hat der SpIfA ein umfassendes Konzeptpapier vorgelegt [9], das eine komplette Revision der §§ 115-122 des SGB V vorschlägt. Dies aber ähnlich wie der BAO mit starker Betonung des niedergelassenen Sektors. Der BDC fordert als berufspolitische Vertretung sowohl der Krankenhauschirurgen als auch der Niedergelassenen seit vielen Jahren Reformen und engagiert sich unter anderem im Modellprojekt zur Hybrid-DRG in Thüringen.

Ambulante Operateure suchen legitim nach einer besseren Auslastung ihrer Strukturen und einer Verbesserung der marginalen Ertragslage. Unabhängig von diesen

Interessen wünschen sich niedergelassene Haus- und Fachärzte vor allem eine substantielle Verbesserung des Informationsflusses zwischen den Sektoren. Dies betrifft nicht nur das leidige Problem des Entlassmanagements, sondern auch den Wunsch der verbesserten fachlichen Zusammenarbeit und der niedrigschwelligen konsiliarischen Konsultation, dies übrigens in beide Richtungen.

Auch für die ambulanten Operateure ist die Honorierung der Leistungen im EBM allenfalls marginal rentabel, vor allem im Hinblick auf die in den letzten Jahren massiv gestiegenen strukturellen Vorgaben, vor allem im Bereich der Hygiene. Das Potential der weiteren Ambulantisierung kann also nur gehoben werden, wenn es hier zu substantiellen Verbesserungen kommt.

PATIENTINNEN UND PATIENTEN

BDC-Vizepräsident Dr. Jörg Rüggeberg weist in seinem Beitrag vollkommen zu Recht darauf hin, dass bei der politischen Diskussion allzu schnell die Interessenlage der Betroffenen, nämlich unserer Patientinnen und Patienten, aus dem Fokus gerät. Dabei ist aus zahlreichen Umfragen und Erhebungen bekannt, dass diese die Vermeidung eines Krankenhausaufenthaltes aus verschiedenen Beweggründen ausgesprochen schätzen. Gerade für die ältere Generation hat es viele Vorteile, Erkrankungen und Verletzungen unter Beibehaltung des gewohnten sozialen und familiären Umfelds auszukurieren. Umgekehrt existieren diese generationsübergreifenden Solidarverbünde immer weniger, so dass auch ein Bedarf für eine kurzzeitige Überwachung und Betreuung insbesondere älterer Patienten nach einem ambulanten operativen Eingriff besteht. Dies wäre ideal im Sinne von Praxis-Kliniken zu realisieren, die eine Übernachtungsmöglichkeit für begrenzte Dauer als Alternative zu den „Kurzliegerfällen“ im Krankenhaus bieten. Dazu existieren die gesetzlichen Rahmenbedingungen mit dem § 122 SGB V, die jedoch außerhalb von einzelnen Modellprojekten nicht umgesetzt werden.

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



Dr. med. Friederike Burgdorf, M. Sc.

Geschäftsführerin
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
burgdorf@bdc.de



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

Präsident des Berufsverbandes der
Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
Generalsekretär der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie e.V.
(DGCH)
praesident@bdc.de
h-jmeyer@dgch.de

Kommentar des Generalsekretärs



**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

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

im dritten Jahr der SARS-CoV-2-Pandemie hatten die Planungen zur Ausrichtung des diesjährigen deutschen Chirurgenkongresses (DCK 2022) vor allem das Ziel, diesen Kongress wieder einmal als Präsenzveranstaltung durchzuführen. Erfreulicherweise hat sich dieses Vorhaben umsetzen lassen, wobei primär noch unklar war, wie der neue Kongressort Leipzig anstelle von Berlin angenommen werden würde. Alle Erwartungen konnten nun im positiven Sinn erfüllt werden, denn nach ersten Auswertungen haben insgesamt 4.577 Besucher an diesem Kongress teilgenommen, darunter hatten sich 1.067 Teilnehmer in die Livestream-Übertragungen eingeschaltet. Auch der erneut an drei Tagen online durchgeführte Präkongress war mit mehr als 600 Besuchern sehr erfolgreich. Die verschiedenen Sitzungen der Fachgesellschaften wurden jeweils von 50 bis 130 Teilnehmern verfolgt, die der Sektion chirurgische Forschung von durchschnittlich 50 bis 60 interessierten Kolleginnen und Kollegen. Aufgrund der ausreichend vorhandenen Sitzungssäle mit unterschiedlichen Kapazitäten und bei kurzen Wegstrecken wurde das Congress Center Leipzig von den Besuchern sehr gut angenommen, wobei zudem ein zahlreich besuchtes Get-together nach der Eröffnungsveranstaltung im Bereich der Industrieausstellung möglich war. Nach derzeitiger Einschätzung muss der DCK 2022 unter dem Motto „Identität

bewahren - Nutzen mehren - Wandel gestalten“ also als voller Erfolg angesehen werden: Gratulation und herzlichen Dank an den Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Herrn Professor Hauke Lang und an das gesamte Team aus seiner Klinik!

GESUNDHEITSPOLITIK

Der in meinem Kommentar zu Jahresbeginn noch als „Gesundheitsminister der Herzen“ bezeichnete Professor Karl Lauterbach hat mittlerweile fast fünf Monate im Amt abgeleistet und sich in dieser Zeit nicht wirklich als „Krisenmanager“ der weiterhin bestehenden Covid-19-Pandemie auszeichnen können. In einer großen überregionalen Tageszeitung wurde sein Agieren kürzlich sogar als „aberwitziges Durcheinander“ bezeichnet. Sicherlich können auch Kommunikationsschwierigkeiten bestanden haben, als der sogenannte Genesenen-Status verkürzt werden sollte. Weniger nachvollziehbar war dann allerdings der Widerruf einer gelockerten Corona-Isolation in einer spätabendlichen Talkshow. Kaum verständlich war ebenfalls die Tatsache, dass auf Betreiben des kleinsten Koalitionspartners gerade bei höchsten Inzidenzzahlen der täglichen Covid-19-Neuinfektionen die bestehenden Restriktionen im neu in Kraft getretenen Infektionsschutzgesetz gelockert worden sind. Aufgrund der politischen Widersprüche zwischen den Regierungsparteien und der Opposition scheiterte dann auch der Versuch, eine allgemeine Impfpflicht gegen Corona einzuführen und letztlich

kam der Bundestag zu überhaupt keiner Beschlussfassung. Der Minister selbst warnte sogar vor einer möglichen „Killervariante“ des Virus im kommenden Herbst, was ihm erhebliche Kritik von allen Seiten eingebracht hat. Bestehende Regierungskoalitionen verlangen zwar immer wieder Kompromisslösungen, benötigen aber nicht nur in Krisensituationen klare Entscheidungen und verständliche Kommunikation durch den zuständigen Minister. Die anfängliche Begeisterung für den Gesundheitsminister relativiert sich also deutlich und bei einer aktuellen Umfrage wird seine fachliche Kompetenz als akzeptabel, die Durchsetzungsfähigkeit als unbefriedigend eingestuft. Nur noch 46 Prozent sehen in Karl Lauterbach einen besseren Gesundheitsminister im Vergleich zu seinem Vorgänger Jens Spahn. Auch vonseiten einiger Gesundheitsminister der Bundesländer wird bemängelt, dass entscheidende Punkte aus dem Koalitionsvertrag, sicherlich auch beeinflusst durch die derzeitige geopolitische Situation in der Ukraine, überhaupt noch nicht in Angriff genommen worden sind. Es wird nun nachdrücklich gefordert, sich endlich auch dieser „Hausaufgaben“ anzunehmen.

Am 2. Mai 2022 wurden dann durch den Bundesgesundheitsminister die 16 Mitglieder der wissenschaftsorientierten Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vorgestellt. Es soll sich dabei um eine Arbeitskommission handeln, die sich regelmäßig trifft und entsprechende Empfehlungen beziehungsweise Leitplanken für eine unter anderem auf Leistungsgruppen und versorgungsstufenbasierende Krankenhausplanung aufzeigt. Auf der Agenda stehen dabei auch die Notfallversorgung, der Pflegemangel, Investitionskosten, Modifikationen des DRG-Systems oder die Einflussnahme des Bundes bei der Krankenhausplanung. Leiter dieser Kommission ist Professor Tom Bschor, ehemaliger Leiter einer Abteilung für Psychiatrie. Wer die Entscheidung über diese Besetzung getroffen hat, ist letztlich unklar. Die ärztliche Selbstverwaltung und Krankenversicherungen sollen ebenso wie Vertreter aus den Bundesländern vorerst nur angehört werden. Man darf also gespannt sein, welches neue Konzept diese Regierungskommission nun vorlegen wird.

Am 4. Mai 2022 teilte Karl Lauterbach zudem einen Arbeitsplan als sogenannten „Zwischenspur“ in der Gesundheitspolitik bis zum Herbst dieses Jahres mit. Noch im Monat Mai soll ein Pandemiebekämpfungskonzept vorgelegt werden. Außerdem soll die Digitalisierung im Gesundheitswesen wieder aufgegriffen werden und zwar mit Einführung des elektronischen Rezeptes (e-Rezept) und der elektronischen Patientenakte (e-PA). Bei letzterer soll eine Opt-out-Regelung angestrebt werden, nach der die Aufnahme von persönlichen Daten in die e-PA nur durch aktiven Einspruch des Patienten zurückgenommen werden kann. Auch die Digitalisierung im öffentlichen Gesundheitsdienst soll intensiviert werden, wobei auch die zur Verfügung stehenden 800 Millionen Euro abgerufen werden sollen. Neben der angeführten Reform der Krankenhausstrukturen generell sind Veränderungen der Finanzierung der Kinderheilkunde und Geburtshilfe vorgesehen, wobei auch eine mögliche Alternative zu den diagnosebezogenen Fallgruppen überprüft werden soll. Dringend anzugehen ist auch ein Gesetzesentwurf zur Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherungen. Außerdem sind die weitere Einrichtung von Gesundheitskiosken als niederschwelliges Versorgungsangebot und eine Gesetzesinitiative zur Cannabis-Legalisierung geplant, nachdem durch den Bundesdrogenbeauftragten Expertise aus dem In- und Ausland eingeholt worden ist.

Wirklich ein enger und ambitionierter Arbeitsplan, wobei nur zu hoffen ist, dass nach diesem Zwischenspur noch genügend Reserven für weitere Problemfelder zur Verfügung stehen. Dazu gehört die Umsetzung der neuen Gebührenordnung für Ärzte, die seit Jahren in der Diskussion steht. Als bekennender Verfechter der Bürgerversicherung tut sich Karl Lauterbach in diesem Punkt äußerst schwer und dämpft die Erwartungen einer Umsetzung in dieser Legislaturperiode. Er bezieht sich auf den Koalitionsvertrag, nach dem das Verhältnis der privaten zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht verschoben werden soll. Sicherlich eine sehr einseitige Interpretation, die bisher in der Ärzteschaft auf mehr als nur Unverständnis gestoßen ist.

MDK-REFORMGESETZ:

„AMBULANT VOR STATIONÄR!“

Für die im Rahmen des MDK-Reformgesetzes im Jahr 2019 angestrebte Ambulantisierung in der Medizin war von den Selbstverwaltungsorganen vom Institut für Gesundheit und Sozialforschung in Berlin ein Gutachten angefordert worden. Es sollten dabei eine Analyse der ambulanten Leistungen in der Medizin im Vergleich zu anderen europäischen Ländern und den USA erfolgen und gleichzeitig potenziell ambulant zu erbringende therapeutische und diagnostische Verfahren aufgezeigt werden. Dieses mit Spannung erwartete „IGES-Gutachten“ liegt nun vor. In Ergänzung zum bestehenden AOP-Katalog mit 2.879 Leistungen werden in dem 295 Seiten umfassenden Gutachten 2.476 zusätzliche Leistungen aufgeführt, die potenziell und nicht mehr in der Regel ambulant durchgeführt werden können. Dies entspricht einem Zuwachs von 86 Prozent und beinhaltet neben 1.482 operativen Eingriffen auch konservative Behandlungen und diagnostische Verfahren. Es liegt dabei keine „Kann-Entscheidung“ mehr vor. Vielmehr muss dann unter Hinzuziehung verschiedener Kontextprüfungen als Ausschlusskriterien ein ambulantes Vorgehen gewählt werden. Auch unter Berücksichtigung der sozialen Begleitumstände ist dann die Nachbetreuung der Patienten durch den Leistungserbringer, also auch durch ein Krankenhaus, zu gewährleisten. Selbst bei allgemeiner Akzeptanz einer zunehmenden Ambulantisierung erscheint eine Ausweitung in solcher Breite erstaunlich, zumal die infrastrukturellen Voraussetzungen in vielen Krankenhäusern noch gar nicht gegeben sind. In diesem mehrstufigen und auch lernenden System sind nun die Selbstverwaltungsorgane gefordert, eine realisierbare Form der Umsetzung zu definieren. Zu bedenken ist dabei auch, dass bei Durchführung von ambulanten Operationen der Facharztstatus garantiert sein muss, was somit zwangsläufig zu Schwierigkeiten in der Weiterbildung bei den Assistenzärzten führen wird. Zudem müssen auch weitere versicherungstechnische Fragen geklärt werden. Völlig offen ist letztlich noch die Vergütungsthematik, die vorerst durch Schlagworte wie Hybrid-DRG, komplex/ambulante DRG,

modulare Vergütungsmodelle oder Regionalbudgets bestimmt wird. Ob dieses Gutachten sich wirklich als ein „Game Changer“ erweisen wird, bleibt abzuwarten. Trotzdem sollten sich sowohl Krankenhäuser als auch niedergelassene Kolleginnen und Kollegen einer Bedarfsorientierung stellen, um auf die geplante Zukunftsgestaltung vorbereitet zu sein.

IN EIGENER SACHE

Der aktuelle Kommentar des Generalsekretärs der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) an dieser Stelle stellt für mich etwas ganz Besonderes dar, denn ich möchte mich nach fast exakt zehn Jahren in diesem Amt bei Ihnen verabschieden und mich gleichzeitig für ihre Kommentare oder positiven Rückmeldungen bedanken. Insgesamt durfte ich das Editorial in den Mitteilungen der DGCH 15 Mal verfassen, anschließend dann meinen Kommentar in der mit dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) neu gegründeten gemeinsamen Mitgliederzeitschrift „Passion Chirurgie“ abgeben.

Nach Friedrich Schiller ist der Abschied der Anfang der Erinnerung. Das mag sicherlich insofern zutreffen, als man bei Durchsicht der in den letzten Jahren beschriebenen Problemfelder in der Gesundheitspolitik fast den Eindruck gewinnen kann, dass sich in diesem Bereich keine wirklichen Fortschritte haben erzielen lassen. Exemplarisch seien nur die Reform der Krankenhausstrukturen oder die Novellierung der ärztlichen Gebührenordnung angeführt. Ein solcher scheinbarer Stillstand gilt sicherlich nicht generell für die Medizin in der letzten Dekade, wenn man demgegenüber die enormen Entwicklungen bei den verschiedenen Therapiemöglichkeiten und operativen Techniken bis hin zu der äußerst schnellen Verfügbarkeit von Impfstoffen gegen Covid-19 in jüngster Zeit sieht. Deshalb möchte ich nun nicht dem Motto folgen, dass ein Abschied immer dazu verleitet, etwas zu sagen, was man sonst nicht ausgesprochen hätte. Vielmehr möchte ich mit positiven Erinnerungen und großem Dank an die DGCH auf meine Amtszeit zurückblicken.

Insgesamt war es mir immer wieder eine große Ehre und Freude, mit zehn verschiedenen Präsidenten zusammenarbeiten zu dürfen. Unter diesen Persönlichkeiten war auch erstmalig nach 111 vorausgegangenen Präsidenten im Jahr 2016 eine Kollegin, wobei Frau Professorin Gabriele Schackert zudem zum ersten Male die Neurochirurgie als Präsidentin repräsentieren konnte. Herr Professor Michael Ehrenfeld hat dann im Jahre 2021 die deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie als deren erster Präsident vertreten. Neben der immer wieder faszinierenden Auswahl des Mottos der jeweiligen Kongresse wurden mit diesen Persönlichkeiten auch ganz entscheidende Vorgaben zur Weiterentwicklung der Gesellschaft definiert, so zum Beispiel 2015 mit dem einstimmigen Beschluss, dass die DGCH auch in ihrer Funktion als Dachgesellschaft eine eigenständige Mitgliedergesellschaft bleibt oder zwei Jahre später die angestrebte Doppel-Mitgliedschaft mit den assoziierten Fachgesellschaften in der DGCH.

Mit dem Ziel „Fortschritt gibt es nur durch Handeln“ sollten auch die gemeinsamen Grundwerte der Chirurgie beziehungsweise die chirurgische Identität mit der „Muttergesellschaft“ gestärkt werden. Aufgrund einer Initiative von Herrn Professor Matthias Anthuber, Präsident des Jahreskongresses 2019, wurde schon vorher im Rahmen des Chirurgenkongresses ein sogenannter Organspendelauf eingeführt, wodurch verschiedene Selbsthilfegruppen in der Transplantationsmedizin durch die erzielten Spendengelder unterstützt werden konnten. Das seit Langem angestrebte Projekt zur Einheit der Chirurgie konnte nur partiell erreicht werden, wobei es zumindest durch meine Doppelfunktion auch als Präsident des BDC gelang, die Zusammenarbeit zwischen den wissenschaftlichen Fachgesellschaften und dem Berufsverband zu intensivieren.

Im Vordergrund der Tätigkeit eines Generalsekretärs stand und steht auch weiterhin das Tagesgeschäft, hier vor allem mit Unterstützung unserer Geschäftsstelle im Langenbeck-Virchow-Haus. Diese Tätigkeit stellte

oftmals neben den regelmäßigen Sitzungen des Vorstandes und des Präsidiums eine echte Herausforderung dar. Im Rahmen dieser Tätigkeiten mussten die Interessen der DGCH gegenüber anderen Fachgesellschaften und Institutionen beziehungsweise Selbstverwaltungsorganen intern und extern vertreten werden. Dies konnte in aller Regel trotz teilweise bestehenden erheblichen Diskussionsbedarfs bei hoher Kollegialität und gegenseitiger Wertschätzung erreicht werden.

In der gesamten Zeit meines Amtes war vor allem die Zusammenarbeit mit allen Mitarbeiterinnen unserer Geschäftsstelle ausgesprochen angenehm und immer konstruktiv. Mit der Einstellung „Klein, aber fein“ konnten wir sogar zwei besondere Anlässe erfolgreich planen und begehen: Nach dem Festakt anlässlich des 100-jährigen Bestehens des Langenbeck-Virchow-Hauses gemeinsam mit der Berliner Medizinischen Gesellschaft am 4. September 2015 befindet sich nun die Jubiläumsfeier zum 150. Geburtstag der DGCH am 1. Juli 2022 in Berlin in den letzten Vorbereitungen. Wirklich zwei besondere Ereignisse, wobei ich mich bei allen, die diese Projekte mitbegleitet haben, für ihre stetige Hilfe nur herzlich bedanken kann.

Auf dem diesjährigen Chirurgenkongress durfte ich mit großer Freude die „Ernst-von-Bergmann-Gedenkmünze“ in Gold in Empfang nehmen. Dieser chirurgische Vorfahr wurde in seiner Zeit als einer der größten Gelehrten und Operationskünstler bezeichnet; gleichzeitig hat ein ihm zugeschriebenes Zitat gerade in der heutigen Zeit besondere Bedeutung erlangt: „Die Natur scheint uns zu lächeln, und wir übersehen ihren heimlich drohenden Finger!“

Auch wenn bekanntermaßen Abschiedsworte kurz sein sollten wie eine Liebeserklärung, möchte ich persönlich nochmals allen ganz herzlich danken, die mich in meinem Amt über eine so lange Zeit unterstützt haben. Die gleiche Unterstützung und das mir entgegengebrachte Vertrauen wünsche ich nun ganz besonders meinem Nachfolger, Herrn Professor Thomas Schmitz-Rixen.



DCK 2023

Gemeinsam lernen und heilen

140. Deutscher Chirurgen Kongress

26.–28. April 2023

Internationales Congress Center München

**151 JAHRE DGCH – AUFBRUCH IN
KOMMENDE JAHRZEHNTE**





Nachlese Deutscher Chirurgen- kongress 2022

BEITRÄGE

- 41 DCK-KONGRESS-ANZEIGE 2023
- 43 PRÄSIDENTENREDE ANLÄSSLICH DES DCK 2022
- 48 BILDERGALERIE ZUR ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG
- 50 IMPRESSIONEN VOM DCK 2022
- 53 EHRUNGEN, PREISVERLEIHUNGEN UND VERGABE VON STIPENDIEN
- 55 WAHL DES PRÄSIDENTEN 2024/25
- 57 NEUER DGCH-GENERALSEKRETÄR AB JULI 2022
- 58 DER CORZA MEDICAL ORGANSPENDELAUF 2022 DER DGCH
- 60 EINLADUNG ZUM DCK 2023
- 62 PROTOKOLL DER DGCH-MITGLIEDERVERSAMMLUNG 2022
- 64 AUSSCHREIBUNG DER PREISE UND STIPENDIEN 2023

CHIRURGENKONGRESS 2022 PRÄSIDENTENREDE

Präsidentenrede anlässlich des

139. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie DCK 2022



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

Sehr geehrter Herr Oberbürgermeister Jung,
sehr geehrter Herr Kollege Reinhardt,
sehr verehrte Gäste, liebe Kolleginnen und
Kollegen,

ich möchte vorausschicken, dass es mir
innerlich nicht leichtfällt, hier heute die Prä-
sidentenrede zu halten und über Entwicklun-
gen, Chancen und Herausforderungen in der
Chirurgie zu sprechen, die im Vergleich zu
dem, was zu dieser Zeit nicht weit von hier
in der Ukraine geschieht, wenig bedeutsam
erscheinen mögen.

Die Ereignisse in Osteuropa liegen wie ein
Schatten auf uns allen und auf all unserem
Tun, auch auf unserem Kongress. Dennoch ist
es wichtig, Zeit und Raum für wissenschaftli-
chen Austausch, fachlichen Diskurs und auch
für persönlichen Dialog zu finden.

Gestatten Sie mir daher, einige Gedanken zur
139. Jahrestagung unserer Gesellschaft zum
Ausdruck zu bringen. Es ist für mich – und mit
mir für mein ganzes Team der Universitätsme-
dizin Mainz – eine große Ehre, der deutschen
Gesellschaft für Chirurgie als Präsident vorste-
hen, die Chirurgie in der Öffentlichkeit vertre-
ten und zu Ihnen heute sprechen zu dürfen.

Diese Aufgabe erfüllt mich Stolz, aber auch
mit Demut, und ich begegne ihr mit Hochach-
tung und großem Respekt vor der Leistung
unserer Vorgänger, die das Fundament errich-
tet haben, auf dem die Deutsche Gesellschaft
für Chirurgie heute steht. Es ist bei diesem
Kongress gute Tradition, an unsere Lehrer zu
erinnern, die unser chirurgisches Denken und
Handeln ein Leben lang geprägt haben.

Ich selbst denke besonders an zwei chi-
rurgische Lehrer, die meinen beruflichen

CHIRURGENKONGRESS 2022

PRÄSIDENTENREDE

Werdegang aktiv begleitet und entscheidend geformt haben. Mit großer Dankbarkeit und tiefer Verehrung erinnere ich mich an Prof. Rudolf Pichlmayr, der als Pionier der Organtransplantation und Visionär in der onkologischen Chirurgie einer der herausragenden Chirurgen in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts war. Eine brillante chirurgische Technik, gepaart mit genialer Innovationskraft und größtem wissenschaftlichem Interesse waren ebenso charakteristisch für ihn wie sein unermüdlicher persönlicher Einsatz und sein ethisch-moralischer Kompass. All seine Forschung, seine Lehrtätigkeit und seine klinische Arbeit dienten dem Wohl des Patienten.

Als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie initiierte Rudolf Pichlmayr 1996 „Leitlinien zu Therapiebegrenzung, Therapieabbruch und ärztlicher Sterbebegleitung“, eine Schrift, die auch heute noch als Richtschnur für unser ärztliches Handeln dienen kann. Vielleicht mehr noch als durch seine chirurgischen Leistungen und wissenschaftlichen Beiträge wirkt Rudolf Pichlmayr durch die von ihm begründete chirurgische Schule bis in die heutige Zeit fort. In diese Schule waren wir eingebunden, und ihr fühlen wir uns noch heute und auch für die Zukunft verpflichtet.

Dieser Chirurgeschule entstammt auch mein zweiter chirurgischer Mentor, Prof. Christoph Broelsch.

Scharfe Urteilskraft, Entscheidungsfreudigkeit und nahezu unerschütterliches Selbstvertrauen verliehen ihm ein besonderes Charisma. Mit diesem ihm eigenen Selbstbewusstsein hielt er am Konzept der Leberlebendspende trotz Rückschlägen, großen Widerständen und teilweise auch persönlichen Anfeindungen unbeirrt fest. Der klinische Erfolg hat Christoph Broelsch eindrücklich bestätigt, er

wird zurecht als einer der Pioniere dieses Verfahrens anerkannt, das weltweit schon vielen Menschen das Leben gerettet hat, und das der deutschen Chirurgie international bis heute großes Ansehen einbringt.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, fast auf den Tag genau heute vor 150 Jahren wurde in Berlin die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie gegründet. Motivation hierfür war unter anderem das lebhaft gefühlte Bedürfnis nach einem jährlich wiederkehrenden Kongress, auch, um den persönlichen Austausch von Ideen zu erleichtern. Dieses Bedürfnis ist über eineinhalb Jahrhunderte uneingeschränkt erhalten geblieben. Gerade in den letzten zwei Jahren haben wir erfahren, was es bedeutet, wenn die Möglichkeit der persönlichen Begegnung und des wissenschaftlichen Austausches nicht mehr in gewohnter Weise gegeben ist. Das Kongresswesen war allerdings nur ein Aspekt bei der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Schon von Beginn an hat die Gesellschaft die Erprobung und Evaluation neuer Behandlungsverfahren gleichermaßen als ihren ureigenen Auftrag verstanden. Dazu gehörte, ganz wesentlich inspiriert durch Theodor Billroth, auch die Etablierung wissenschaftlichen Denkens und wissenschaftlicher Methoden in der Chirurgie. Heute, 150 Jahre später, steht die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie an der Schwelle zu einem neuen Entwicklungsschritt. Zusätzlich zu den fachlichen Veränderungen kommen auch unerwartete Folgeerscheinungen der pandemischen Krise, die wir durchlebt haben und noch immer durchleben.

Die Pandemie hat in allen gesellschaftlichen Bereichen, vor allem aber im Gesundheitswesen, viele Defizite aufgezeigt, speziell in der Digitalisierung oder bei der Vorhaltung von Ressourcen. Aber die Pandemie hat nicht nur Mängel offengelegt, sondern

war vielfach auch Katalysator für Entwicklung und Etablierung neuer Methoden und Kommunikationswege.

Wir, die chirurgischen Disziplinen, waren und sind in der Pandemie in besonderem Maße gefordert. Planbare, auch dringliche Operationen für längere Zeit zu verschieben, kann medizinische Nachteile und menschliche Tragödien bedeuten. Dies stellte uns vielfach vor ethisch-moralische Probleme. Oftmals mussten schwierige und für unsere Patientinnen und Patienten auch folgenschwere Entscheidungen getroffen werden. Die Chirurgie hat in dieser Pandemie große Flexibilität und großes Verantwortungsbewusstsein bewiesen und die Krise professionell gemeistert. Hierauf dürfen wir stolz sein!

Meine Damen und Herren, diese Pandemie darf in ihrer weltweiten Bedeutung als eine Epoche gelten, bei der es sinnvoll erscheint, ein Vorher und ein Nachher zu definieren, auch im Gesundheitswesen. Davon bleibt die Chirurgie nicht unberührt. Eine aktuelle Standortbestimmung setzt voraus, sich der eigenen Herkunft bewusst zu sein. In diesem Sinne ist festzuhalten, dass die Entwicklung unseres Faches und unserer wissenschaftlichen Gesellschaft nicht immer kontinuierlich verlaufen ist. Wiederholt kam es zu sprunghaften Veränderungen. Charakteristisch war jedoch immer, dass neben dem Aufbruch zu neuen Ufern stets die Wurzeln und eigenen Werte im Bewusstsein blieben.

„Zukunft braucht Herkunft“, so heißt ein berühmtes Buch des Philosophen Odo Marquard. Dies bringt auch das Motto des diesjährigen Kongresses zum Ausdruck: **„Identität bewahren – Wissen mehr – Wandel gestalten“.**

„Die geschichtliche Betrachtungsweise in der Medizin macht bescheiden und schützt

CHIRURGENKONGRESS 2022

PRÄSIDENTENREDE

vor Überschätzung der Einzelleistung“, so Ferdinand Sauerbruch, sie lehrt uns Demut. Aber Sauerbruch wusste auch um die Strahlkraft chirurgischer Vorbilder, die durch kontinuierlich harte Arbeit und unbeirrbarer Überzeugung neue chirurgische Konzepte etablierten. Beispielhaft seien hier die erste Magenresektion durch Theodor Billroth, die ersten Operationen am offenen Thorax durch Ferdinand Sauerbruch, die erste Marknagelung durch Gerhard Küntscher oder die bereits erwähnten Innovationen in der Leberchirurgie und der Transplantationsmedizin genannt.

Die Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ist reich an Pionierleistungen, sie setzt sich ohne Zweifel bis zum heutigen Tage fort. Aber Chirurgie ist viel mehr als Operieren, Chirurgie ist vor allem „Arztsein“. Seit jeher stehen die Patienten und ihre Individualität im Mittelpunkt des chirurgischen Denkens und Handelns. Alles, was wir tun, soll dem Wohl des Patienten dienen.

Dabei ist die zwischenmenschliche Ebene gerade vor dem Hintergrund einer zunehmenden Technisierung besonders wichtig. Technik ist kein Hinderungsgrund für persönliche Zuwendung, im Gegenteil, ein Mehr an Technik erfordert unweigerlich ein Mehr an persönlicher Zuwendung. Diese Werte zu erhalten und sie auch nachfolgenden Generationen von Chirurginnen und Chirurgen mit auf den Weg zu geben, ist unabdingbar für den Bestand und die Weiterentwicklung unseres Faches.

Voraussetzungen hierfür sind neben technischen Neuerungen vor allem Ergebnisse aus empirischer, klinischer sowie experimenteller Forschung. Allerdings bereitet die chirurgische Forschung uns in den letzten Jahren zunehmend Sorgen, nicht so sehr in der Spitze als vielmehr in der notwendigen

Breite. Die Gründe hierfür sind mannigfaltig. Ganz sicher gehört die Chirurgie nicht zu den bevorteilten Disziplinen bei der Vergabe von Fördermitteln, ganz sicher sind regionale und nationale Netzwerke, die klinische Forschung und Studienaktivitäten unterstützen, noch nicht ausreichend ausgebildet und ganz sicher stehen wir Chirurginnen und Chirurgen – zumindest im internationalen Vergleich – zu viele Stunden am Operationstisch, um nachfolgend noch genügend Zeit für Forschungsaktivitäten zu haben.

Wir müssen uns dennoch kritisch hinterfragen, ob wir den trotz allem gebotenen Spielraum bei der Vergabe von Fördergeldern auch wirklich effektiv ausnutzen. Ich glaube, dass hier auch auf unserer Seite noch erhebliches Potenzial besteht. Dieses müssen wir vollständig ausschöpfen, um unserer berechtigten Forderung nach besseren Forschungsbedingungen mehr Glaubwürdigkeit und damit größeren Nachdruck zu verleihen. Das sind wir der Chirurgie schuldig, und das sind wir auch unserem chirurgischen Nachwuchs schuldig, der nicht nur ein Anrecht auf ein attraktives Fach, sondern auch auf ein tragfähiges Fundament für die Zukunft dieses Faches hat.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, die Chirurgie steht vor großen, teilweise auch unwägbaren Herausforderungen. Neue sozioökonomische Rahmenbedingungen und der rasante technische und wissenschaftliche Fortschritt fordern eine Veränderung des chirurgischen Alltags und der Chirurgie.

Wie gravierend diese Veränderungen für uns sein werden, wird ganz entscheidend davon abhängen, wie sehr wir uns an diesem Wandel beteiligen. Die momentan wichtigsten Handlungsfelder betreffen

- technische Innovationen und Digitalisierung

- die fortschreitende Interdisziplinarität mit Verwischen von medizinischen Fächergrenzen
- die sich verändernden interprofessionellen Aufgabenverteilungen,
- die Nachwuchsgewinnung und Nachwuchsförderung
- sowie die unvermindert zunehmende Ökonomisierung.

Längst haben die digitale Revolution und die aus faszinierender Forschung abgeleiteten Entwicklungen die Chirurgie in allen Bereichen erfasst. Ein Operationssaal ohne hochentwickelte Technik, ohne Navigationssysteme und ohne Integration von augmentierter oder virtueller Realität wird zukünftig kaum noch denkbar sein. 3D-Bildgebung und 3D-Druck dienen schon jetzt der Operationsplanung und der Konstruktion personalisierter Implantate. In der Tumorchirurgie spielen molekulare und genetische Faktoren zunehmend eine Rolle bei der Risikostratifizierung, bei der Indikationsstellung und auch bei der Wahl des operativen Vorgehens.

Die kürzlich vorgenommene erste Herz-Xenotransplantation könnte der Beginn einer neuen Ära in der Transplantationsmedizin sein, auch wenn der Patient leider nach wenigen Wochen verstorben ist. Der Trend zu immer weniger invasiven Verfahren wird in allen Fachdisziplinen unvermindert anhalten, und der Einsatz von Assistenzsystemen auf der Basis von Big Data und künstlicher Intelligenz wird noch stärker unseren klinischen und wissenschaftlichen Alltag mitbestimmen. Diese rasanten Entwicklungen, mit denen eine weitere Spezialisierung einhergeht, erfordern zunehmend einen interdisziplinären Ansatz.

Chirurginnen und Chirurgen können klinisch nicht mehr allumfassend tätig sein, sondern wir werden zentrale Akteure eines

CHIRURGENKONGRESS 2022

PRÄSIDENTENREDE

multidisziplinären Teams sein, ausgestattet mit Kenntnissen über konservative und interventionelle Behandlungsverfahren und, wenn nötig, auch in Molekularbiologie, Neuropathologie, Hämodynamik oder Mechanik. Wir dürfen das Zusammenwachsen mit unseren Nachbardisziplinen nicht als Risiko ansehen, sondern wir müssen es begrüßen, denn es ist die logische Konsequenz des Fortschrittes in der Medizin. Die Erfolge anderer Bereiche, wie beispielsweise der Immuntherapie, eröffnen auch neue Möglichkeiten und Indikationsfelder für uns. Tumorchirurgie wird im neuen Zusammenspiel der Disziplinen nicht weniger, sondern mehr denn je gebraucht. Dazu müssen wir aber umdenken und einige alte Konzepte über Bord werfen. So hat das binäre Schema, dass eine Tumorthherapie entweder kurativ oder palliativ ausgerichtet ist, längst seine Gültigkeit verloren.

Selbstverständlich bleibt Heilung weiterhin das oberste Ziel. Aber in früher inkurablen Fällen gelingt heute zunehmend die Überführung in ein chronisches Stadium. Hierbei nimmt die Chirurgie eine zentrale Rolle ein, denn operative Maßnahmen haben nicht nur im kurativen Setting eine Berechtigung, sondern bieten neben Lebenszeitverlängerung häufig auch einen größeren palliativen Effekt und eine bessere Lebensqualität als alle anderen Verfahren. Allerdings haben wir Chirurgen es bisher versäumt, dies mit Daten zu belegen. Hier sind wir gefordert, hier sind wir in der Bringschuld!

Aber nicht nur Fachdisziplinen werden sich wandeln, sondern auch die medizinische Versorgungsstruktur. Wir werden uns mit neuen gesetzlichen Vorgaben, wie Mindestmengenregelungen und Pflegeuntergrenzen oder etwa der zunehmenden Ambulantisierung auseinandersetzen müssen. Dabei dürfen wir nicht den Fehler machen, Strukturveränderungen primär oder gar ausschließlich an

ihren wirtschaftlichen Auswirkungen oder anhand berufspolitischer Überlegungen zu beurteilen. Wir müssen auch hier zuallererst an unsere Patienten denken!

Eine Zentralisierung und das Umsetzen von Mindestmengen eröffnen ohne Zweifel Chancen sowohl für die Patientenversorgung als auch in der klinischen Forschung. Dies zu negieren, würde unsere Glaubwürdigkeit in Frage stellen.

IDENTITÄT BEWAHREN, DAS HEISST AUCH, AUTHENTIZITÄT BEWAHREN!

Wir müssen den Dialog um neue Strukturen konstruktiv führen. Beispielsweise ist es bei der Mindestmengenregelung unstrittig, dass die Orientierung ausschließlich an einer meist arbiträr gesetzten Anzahl an Operationen viel zu kurz greift. Stattdessen wäre eine Flexibilisierung mit breiter gefassten Korridoren an operativen und strukturellen Voraussetzungen und auch mit entsprechenden Kompensationsmöglichkeiten, beispielsweise durch vergleichbare oder sogar komplexere Eingriffe am selben Organsystem, denkbar. Zu beachten sind bei der Mindestmengenregelung auch Aspekte der Ausbildung und der Ausbildungsbefugnis, und zu beachten sind auch wirtschaftliche Gesichtspunkte.

Neue Strukturen bringen regelhaft eine Umverteilung mit sich, sodass es Gewinner und Verlierer geben kann. Daraus erwächst uns ärztlich eine solidarische Verpflichtung, durch Zuweisung und Stärkung anderer Bereiche tragfähige Kompensationsmöglichkeit zu schaffen. Allen diesen Herausforderungen muss sich die moderne Chirurgie auch vor dem Hintergrund eines enormen Investitionsstaus in den Krankenhäusern stellen. Dieser trägt ganz maßgeblich zu dem erwähnten wachsenden ökonomischen Druck bei. Die Pandemie hat diese Entwicklung noch weiter

verstärkt. Waren 2015 20% der Krankenhäuser defizitär, so waren es 2021 insgesamt 62%. Die Pandemie war nicht der Auslöser dieser Negativspirale, aber ein bedeutsamer Brandbeschleuniger.

Die zunehmende Ökonomisierung in der Medizin und im speziellen in der Chirurgie wirft die Frage auf, inwieweit wirtschaftliche Aspekte und Restriktionen noch mit Grundsätzen des ärztlichen Handelns in Einklang zu bringen sind. Die kürzlich erfolgte Ausgliederung der Pflege aus den DRG-Pauschalen hat die finanzielle Unterdeckung bei vielen chirurgischen Leistungen noch sichtbarer gemacht. Da eine Reduktion der Sachkosten kaum noch möglich ist, droht ein Abbau im ärztlichen Bereich.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, der Bogen ist längst überspannt, hier muss dringend ein Umdenken erfolgen, zum Wohle unserer Patienten, aber auch zum Schutze aller im Gesundheitswesen Tätigen!

Ich komme zu einem weiteren, dem vielleicht wichtigsten Handlungsfeld für eine medizinisch wissenschaftliche Fachgesellschaft, der Nachwuchsgewinnung. Die beste Investition in die nächste chirurgische Generation ist Lehre, die für das Fach begeistert. So gesehen kann Nachwuchsgewinnung überall stattfinden, in der Famulatur, im Praktischen Jahr und vor allem in der Vorlesung. Es muss uns gelingen, junge Menschen für die Chirurgie zu faszinieren. Um den Fortbestand unseres Faches zu sichern, müssen wir die Erwartungen und Ansprüche unseres Nachwuchses an eine Zukunft in der Chirurgie kennen. In allen Umfragen zu Arbeitsbedingungen besitzen bei angehenden Chirurginnen und Chirurgen das Arbeitsklima und eine strukturierte operative Weiterbildung den höchsten Stellenwert. Hinzu kommt die Vereinbarkeit von Freizeit, Familie und Beruf. Schon vor Jahren haben wir an dieser und an anderen Stellen

CHIRURGENKONGRESS 2022 PRÄSIDENTENREDE

in einer Mischung aus Ambition und Stolz gesagt, „die Chirurgie wird weiblich“. Auf diesem Weg sind wir bereits ein gutes Stück vorangekommen, dennoch, das Ziel ist erst dann erreicht, wenn Familienplanung und Kinderbetreuung für niemanden mehr ein Hindernis für Karriere und beruflichen Werdegang sind, und es so den Frauen in der Chirurgie ermöglicht wird, paritätischer als bisher auch in führende Positionen aufzusteigen.

Meine Damen und Herren, wie kaum in einem anderen Fach gibt es in der Chirurgie eine enge und nachhaltige Lehrer-Schüler-Beziehung, wie kaum in einem anderen Fach orientiert sich der Nachwuchs so stark an Vorbildern wie in der Chirurgie. Wir sollten den Anspruch haben, die bestmöglichen Vorbilder für unsere Studierenden und für unsere Mitarbeitenden im ärztlichen und nicht-ärztlichen Bereich zu sein.

So möchte ich mit einem Zitat von Theodor Billroth schließen: „Unsere Aufgabe ist es, die Gegenwart und soweit unser Blick reicht, die Zukunft unserer nächsten Generation nach unseren Kräften, nach unserem besten Wissen und Gewissen glücklich zu gestalten.“

Ich danke Ihnen für Ihre geschätzte Aufmerksamkeit!



**Mach mit:
Befragung zur Weiterbildung
in der Chirurgie**



SCAN ME

DCK 2022 BILDERGALERIE ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG

BILDERGALERIE* ZUR ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG



Geschäftsführender Vorstand der DGCH



Grußwort Oberbürgermeister: Burkhard Jung



Grußwort BÄK: Präsident Dr. K. Reinhardt



Begrüßung DGCH: Präsident der DGCH Prof. Dr. H. Lang



Verleihung Ehrenmitgliedschaft: Prof. Thomas van Gulik, AMC Amsterdam



Verleihung Ehrenmitgliedschaft: Prof. Jean Nicolas Vauthey, Houston (Videobotschaft)



Verleihung Ehrenmitgliedschaft: Prof. Zdenek Kraska, Universita Karlova, Praha



Ernennung zum Senator: Prof. Dr. J. Fuchs



Ernst-von-Bergmann-Gedenkmünze: Prof. Dr. Dr. h.c. H.-J. Meyer

*© alle Bilder: DGCH

DCK 2022

BILDERGALERIE ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG



Werner Körte-Medaille in Gold: Prof. Dr. M. Rüsseler



Werner Körte-Medaille in Silber: Prof. Dr. P. Hüttl



Siegel der DGCH: Prof. Dr. U. Obertacke



Urkunde der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie: Medtronic GmbH



Von-Langenbeck-Preis: Prof. Dr. B. Behr



Rudolf-Zenker-Preis: Prof. Dr. J. Izbicki



Edgar-Ungeheuer-Preis: Sebastian Knitter



Karl-Heinrich Bauer Preis: PD Dr. D. Hartmann



Leonhard-Schweiberer-Medaille: Prof. Dr. M.-L. Fabra



Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische Forschung: PD Dr. D. Saul entgegengenommen von PD Dr. L. Weiser

DCK 2022 IMPRESSIONEN

IMPRESSIONEN* VOM DCK 2022



MITGLIEDERVERSAMMLUNG



Bericht des Präsidenten



Bericht des Generalsekretärs



Wahlen



Zukünftiger Generalsekretär der DGCH



**Stipendium als Fortbildungshilfe:
Dr. O. Madadi-Sanjani**



**Reisestipendium der Klaus-Junghanns-
Stiftung: Dr. B. Blank**



Wolfgang-Müller-Osten-Stipendium: Dr. F. Hüttl



**Wolfgang-Müller-Osten-Stipendium für aus-
ländische Hospitanten: Dr. N Sokul Mosku**



Alle Stipendiaten

* © alle Bilder: DGCH

DCK 2022 IMPRESSIONEN



FESTVORTRAG

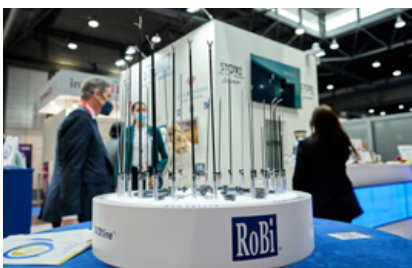


Ärztliche Verantwortung, professionelle Führung, empathische Kommunikation – Medizin 2030
Prof. Dr. Dr. Dr. Dr. h. c. E. Nagel (Bild 354)

IMPRESSIONEN VOM KONGRESS



INDUSTRIEAUSSTELLUNG



DCK 2022 IMPRESSIONEN



A group of seven men in dark suits and red lanyards are standing in a row. They are in front of a Bionik exhibition, with the brand name visible on the background wall.

A group of five people, four men and one woman, are standing in a row. They are in front of a Corza Medical exhibition, with the brand name visible on the background wall.



DCK 2022

EHRUNGEN, PREISVERLEIHUNGEN UND STIPENDIEN

EHRUNGEN,
PREISVERLEIHUNGEN
UND VERGABE VON
STIPENDIEN

Preis	Name/Klinik bzw. Funktion	Vergabe wofür
Ehrenmitglied der DGCH	Prof. Jean Nicolas Vauthey; MD Anderson, Houston	Professor Dr. Jean-Nicolas Vauthey is honored for his national and international achievements in hepatobiliary surgery, for his outstanding scientific work and molecular profiling of cancer and his impressive contributions to cancer staging systems.
Ehrenmitglied der DGCH	Prof. Thomas van Gulik, AMC Amsterdam	Professor Dr. Thomas van Gulik is honored for his national and international achievements as a hepatobiliary surgeon, for his outstanding scientific work and for his impressive efforts in building up HPB outreach programs.
Ehrenmitglied der DGCH	Prof. Zdenek Krska, Universita Karlova, Praha	Professor Dr. Zdeněk Krška is honored for his national and international achievements in oncologic surgery, for his outstanding scientific work and for his commitment in surgical education and qualification.
Senator auf Lebenszeit	Prof. Dr. Jörg Fuchs, Tübingen	Anerkennung und Würdigung seiner langjährigen Verdienste um die DGCH, vor allem als Präsident im Jahr 2017/2018.
Ernst-von-Bergmann-Gedenkmünze	Prof. Dr. Dr. h.c. H.-J. Meyer, Hannover	Für Verdienste um die deutsche Chirurgie
Werner-Körte-Medaille in Gold	Prof. Dr. Miriam Rüsseler, Frankfurt/Main	Für die langjährige Unterstützung unserer Gesellschaft
Werner-Körte-Medaille in Silber	Prof. Dr. Peter Hüttl, München	Für die stetige juristische Unterstützung der DGCH
Siegel der DGCH	Prof. Dr. Udo Obertacke, Mannheim	Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ehrt Herrn Prof. Dr. Obertacke mit ihrem Siegel als Zeichen der Verbundenheit mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.
Urkunde der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie	Medtronic GmbH	Für die langjährige, loyale und engagierte Unterstützung der Kongresse der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie! Das Unternehmen hat damit in hervorzuhebender Art und Weise zum Gelingen der Fort- und Weiterbildung in den chirurgischen Fachgebieten beigetragen.

DCK 2022

EHRUNGEN, PREISVERLEIHUNGEN UND STIPENDIEN

Preis	Name/Klinik bzw. Funktion	Vergabe wofür
Von-Langenbeck-Preis	Prof. Dr. Björn Behr Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie Sarkomzentrum Bergmannsheil Bochum BG Universitätsklinikum Bergmannsheil Bürkle-de-la-Camp-Platz 1 44789 Bochum	Für die Arbeit: „A novel titanium implant surface modification by plasma electrolytic oxidation (PEO) preventing tendon adhesion.“
Rudolf-Zenker-Preis	Prof. Dr. Jakob R. Izbicki, Hamburg	Für seine herausragenden und innovativen Leistungen in der Viszeral- und Thoraxchirurgie, besonders der Erkrankung der Bauchspeicheldrüse und dem Lungenkarzinom.
Karl-Heinrich Bauer Preis	PD Dr. Daniel Hartmann, München	
Edgar-Ungeheuer-Preis	Sebastian Knitter (mit Felix Krenzien, Wenzel Schöning, Uli Fehrenbach, Johann Pratschke, Moritz Schmelzle)	Laparoskopische posterolaterale Sektionektomie beim hepatozellulären Karzinom – Erhöhung der onkologischen Präzision durch Kombination des Glissonean pedicle approach und der Fluoreszenznavigation.
Leonhard-Schweiberer-Medaille	Prof. Dr. Martha Larea Fabra, Kuba	In Anerkennung für ihre lokalen Aktivitäten in der Chirurgie.
Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische Forschung	PD Dr. med. Dominik Saul (Rochester/Göttingen)	Für die Arbeit «Modulation of fracture healing by the transient accumulation of senescent cells».
Fritz-Linder-Preis	Mona Breßer, Bonn	Für die Arbeit „A PD-1/PD-L2 Driven Neuroimmune Interaction Between Macrophages and Enteric Neurons Drives postoperative Ileus in Mice“.
Karl-Storz-Preis	PD Dr. Florian Ulmer, Aachen	Für die Weiterentwicklung in der minimalinvasiven Chirurgie.
Stipendium als Fortbildungshilfe	Dr. Omid Madadi-Sanjani, Hannover	
Stipendium als Fortbildungshilfe	Prof. Dr. Marius Distler, Dresden	
Reisestipendium der Klaus-Junghanns-Stiftung	Dr. Beate Blank, Kulmbach	
Wolfgang-Müller-Osten-Stipendium	Dr. Florentine Huettl, Mainz	Zur Entwicklung eines strukturierten Curriculums, welches anhand verschiedener Module die Fertigkeiten des laparoskopischen Operierens vermitteln soll.
Wolfgang-Müller-Osten-Stipendium für ausländische Hospitanten	Dr. Nasian Sokol Mosku, Tirana, Albanien	Zu einem Forschungsaufenthalt an einer deutschen Klinik

DCK 2022 PRÄSIDENTENWAHL

Wahl des Präsidenten 2024/ 25



Prof. Dr. med. Udo Rolle
Klinik für Kinderchirurgie und
Kinderurologie
Universitätsklinikum Frankfurt/M.
Goethe-Universität Frankfurt/M.
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt/M.

CURRICULUM VITAE

PROF. DR. MED. UDO ROLLE
AKADEMISCHE ERFAHRUNG

Promotion 12/1994

“Histological, immunohistochemical and polarisation-microscopical investigations of the collagen types within the anular radial ligament in children”

Habilitation 02/2003

“Histological, histochemical and immunohistochemical investigation of the innervation of the upper urinary tract in different animal models and human”

Professor für Kinderchirurgie (W3) 11/2008

Medizinische Fakultät der Goethe-Universität Frankfurt

Studiendekan Klinik 05/2020

Fachbereich Medizin der Goethe-Universität Frankfurt

MITGLIEDSCHAFT IN FACHGESELLSCHAFTEN

- Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH)
Präsident (2020-2023)
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Vorstandsmitglied (2020-2023)
- European Paediatric Surgeons Association (EUPSA)
Chairman Scientific Office (2020-2023)
- World Federation of Associations of Pediatric Surgery (WOFAPS)
Generalsekretär (2019-2022)
- UEMS Paediatric Surgery Section and Board
Sekretär und Schatzmeister (2015-z.Zt.)
- European Board of Paediatric Surgery
Executive Board (2021 – z.Zt.)

Examination Committee (2012 – z.Zt.)

European Examiner (seit 2021)

Sekretär/Schatzmeister seit 2020

- European Society of Paediatric Urology (ESPU)
- Society for Research into Hydrocephalus and Spina bifida (SRHSP)
- International Society of Autonomous Neuroscience
- German Society of University Lecturers
- International Children's Continence Society

EHRENAMT

Research Consultant World Hockey Federation (FIH)

Mitglied (FIH Health and Safety Committee)

APPROBATION

- Landesärztekammer Sachsen, 1993
- Irish Medical Council (Registration No.: 24297, 2003)

KLINISCHE ERFAHRUNG

Arzt im Praktikum 10/1992 – 09/1993

Institut für Anatomie, Universität Leipzig

Assistent in Weiterbildung 10/1993 – 09/1999

Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universität Leipzig

Facharzt für Kinderchirurgie 09/1999

Sächsische Landesärztekammer

Facharzt für Kinderchirurgie 10/1999 – 06/2000

Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universität Leipzig

Research Fellow 07/2000 – 08/2001

Children's Research Centre, Our Lady's Hospital for Sick Children, Dublin, Ireland

DCK 2022 PRÄSIDENTENWAHL

Oberarzt 09/2001 – 07/2003

Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universität Leipzig

Specialist Registrar 08/2003 – 12/2003

Our Lady's Hospital for Sick Children, Dublin, Ireland

Oberarzt 01/2004 – 10/2008

Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universität Leipzig

Klinikdirektor 11/2008 – z.Zt.

Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie, Universitätsklinikum Frankfurt

Fellow of the European Board of Paediatric Surgery - seit 10/2010

Fellow of Royal College of Surgeons (Glasgow) - seit 09/2015

Subspezialisierung Kinder- und Jugendurologie 08/2021

Hessische Landesärztekammer

EDITORIAL MEMBER

Pediatric Surgery International
Frontiers of Public Health
European Journal of Paediatric Surgery

REVIEWER

Journal of Paediatric Surgery
American Journal of Surgery
Annals of Surgery
Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition
Pediatrics
The Physician and Sports Medicine
British Journal of Sports Medicine
Frontiers Oncology
Surgical Endoscopy
BMC Gastroenterology
BMC Pediatrics
BMC Research Notes
European Journal for Orthopedics and Trauma
World Journal of Surgery

PREISE

- "Marianne und Rudolf Haber Preis"
Universität Greifswald 05/2002
- "Best oral presentation"
World Congress of Paediatric Surgery,
Zagreb, Croatia 06/2004

PUBLIKATIONEN

PEER-REVIEWED PUBLIKATIONEN

148 Originalarbeiten
(21 Fallberichte)

BUCHKAPITEL

15

VORTRÄGE BEI WISSENSCHAFTLICHEN VERANSTALTUNGEN

> 300

WISSENSCHAFTLICHE SCHWERPUNKTE

Neugeborenenchirurgie
Registerforschung/Epidemiologie in der Kinderchirurgie
Kinderurologie - Kontinenz
Neuroblastom
Intestinale Motilitätsstörungen im Kindesalter
Sportmedizin – Unfallforschung

DCK 2022 GENERALSEKRETÄR

Neuer DGCH- General- sekretär ab Juli 2022



Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen

Universitätsprofessor a.D. für Gefäßchirurgie
Goethe-Universität Frankfurt am Main
Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH e.V., Berlin gegr. 1872)
Em. Direktor der Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie und des Universitären Wundzentrums
Universitätsklinikum Frankfurt am Main

CURRICULUM VITAE

PROF. DR. MED. THOMAS SCHMITZ-RIXEN

AUS- UND WEITERBILDUNG IN KÖLN UND BOSTON (1973-1998)

- Studium an der Albertus-Magnus-Universität zu Köln
- Weiterbildung zum Chirurgen und Gefäßchirurgen, Promotion und Habilitation in der Chirurgischen Universitätsklinik Köln, Zweijähriger Forschungsaufenthalt am Massachusetts General Hospital (Harvard Medical School) Boston, USA,
- Fünfjähriges Gerhard-Hess-Stipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG),
- Forschungsgruppenleiter und Oberarzt in der Chirurgischen Klinik der Universität Köln, u.a. Oberarzt im Dr. Mildred Scheel-Haus, Zentrum für Palliativmedizin

FRANKFURT AM MAIN – GOETHE-UNIVERSITÄT (1998-2021)

- 1998 Ruf auf die Professur für Gefäßchirurgie der Goethe-Universität
- Research Associate am Max-Planck-Institut für Herz- und Lungenforschung in Bad Nauheim
- Mitglied der Ethik-Kommission der Goethe-Universität
- Mitglied im Fachbereichsrat Medizin
- seit 2018 stellv. Mitglied im Senat
- Forschungsförderung u. a. durch ein Exzellenzcluster des Landes Hessen (LOEWE-Programm), DFG, BMFT, GBA
- Über 200 Veröffentlichungen in Journalen und Buchbeiträgen

UNIVERSITÄTSKLINIKUM FRANKFURT AM MAIN (1999-2021)

- Direktor der Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie des Universitätsklinikums

- seit 2011 Leiter des Universitären Wundzentrums
- 2004 -2019 Chefarzt der gefäßchirurgischen Abteilung im Hospital zum heiligen Geist in Frankfurt am Main auf der Basis eines Kooperationsvertrages

LANDESÄRZTEKAMMER HESSEN (SEIT 2000)

- Vorsitzender des Krankenhausausschusses (z.Zt. stellvertretend) und Mitglied des Weiterbildungsausschusses der Landesärztekammer Hessen
- Mitglied im Lenkungsausschuss der Qualitätssicherung Hessen

WISSENSCHAFTLICHE GESELLSCHAFTEN

- Pastpräsident: Association of International Vascular Surgeons (NewYork, USA), Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (Berlin), Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (Berlin)
- Vorsitzender des Aufsichtsrates des Studienzentrums der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
- Secretary General Society of Basic Vascular Science
- Vorstandsmitglied European Society for Vascular Surgery
- Delegierter in der AWMF
- Ehrenmitglied der Vascular Society of Great Britain and Ireland
- Korrespondierendes Mitglied Österreichische Gesellschaft für Gefäßchirurgie
- Mitglied der IMPP-Kontroll- und Überprüfungscommission Mainz
- Geschäftsführender Direktor des Deutschen Instituts für Gefäßmedizinische Gesundheitsforschung gGmbH, Berlin

Stellv. Leiter des Malteser Hilfsdienst der Diözese Mainz

DCK 2022 ORGANSPENDELAUF

Der Corza Medical Organspendelauf 2022 der DGCH

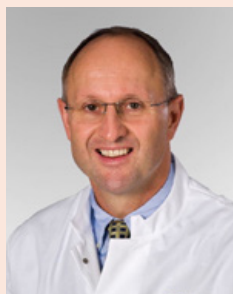
FORTSETZUNG EINER ERFOLGREICHEN INITIATIVE ZUR STEIGERUNG DER ORGANSPENDE IN DEUTSCHLAND!

Am 08. April 2022 startete im Rahmen des 139. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie im Clara Zetkin-Park in Leipzig der in Präsenz durchgeführte Organspendelauf 2022 (OSL2022). Der Lauf fand unter der Schirmherrschaft des Leipziger Oberbürgermeisters Burkhard Jung statt. 152 Teilnehmende gingen bei kühlen Temperaturen, aber dennoch hoch motiviert auf die Strecke von 2,5, 5 oder 10 km. In Folge der anhaltenden Corona-Pandemie und der dadurch bedingten Einschränkungen konnte der Lauf in Präsenz nur mit begrenzter Zahl an Teilnehmenden durchgeführt werden. Wir konnten uns besonders darüber freuen, dass eine Vielzahl von Jugendlichen, Jungs aus den Jugendmannschaften des Handballbundesligisten SC DHfK Leipzig, mit großer Begeisterung an den Start ging.

Parallel zum Präsenzlaf gingen vom 08. bis 10. April über 2400 Läuferinnen und Läufer

beim virtuellen Organspendelauf (vOSL2022) auf eine selbstgewählte Laufstrecke in ihrem Heimatort. Durch die App viRace auf dem Handy konnte den Läuferinnen und Läufern echtes Rennfeeling mit Startschuss, musikalischer Untermalung, virtuellem Applaus entlang der Strecke und begeistertem Empfang beim Zieleinlauf vermittelt werden. Die meisten Teilnehmenden kamen aus Deutschland und den deutschsprachigen Nachbarländern, es schnürten jedoch auch Unterstützer in den USA, Mexiko, Singapur, Indien und Saudi-Arabien ihre Laufschuhe. Damit wurde das Ziel erreicht, Schritt für Schritt den vOSL im deutschsprachigen Raum und darüber hinaus als medienwirksames Event „Pro Organspende“ zu etablieren.

Wie schon die Jahre zuvor hat eine beeindruckende Zahl von Prominenten aus Politik, Sport und Gesellschaft unterstützende Videobotschaften ausgesendet, darunter die „Handball-Legende“ als Spieler und Trainer, Heiner Brand, Kriminalbiologe und Autor Mark Benecke und der unübertroffene Rennrodler Georg „Schorsch“ Hackl. In der Pressekonferenz vor Ort kurz vor dem Start gaben die ehemaligen Profi-Sportler Klaus Wolfermann, Olympiasieger im Speerwurf 1972, Stev Theloke, mehrfacher Europameister und deutscher Meister im Schwimmen, der mehrfache Olympiasieger im Eisschnelllauf Uwe-Jens Mey und Olympiasieger im 110-m-Hürdenlauf, Dr. Thomas Munkelt, unterstützende Stellungnahmen für die Organspende ab. Alle wiesen eindringlich



Prof. Dr. med. Matthias Anthuber
Direktor der Klinik für Allgemein-,
Viszeral- und Transplantationschirurgie
Leiter des Darmkrebszentrums
Universitätsklinikum Augsburg
Stenglinstr. 2
86156 Augsburg



DCK 2022 ORGANSPENDELAUF



darauf hin, dass ihr Engagement dazu beitragen soll, dass Deutschland die letzten Plätze in der Organspendebereitschaft im Vergleich mit europäischen Nachbarländern verlässt, um die Sterblichkeit auf der Warteliste und die Wartezeit auf ein Spenderorgan zu reduzieren.

Rebecca Jung, zweifach lebertransplantierte Teilnehmerin des Corza Medical Organspendelaufs, berichtete bei der Pressekonferenz in sehr emotionalen Worten von den persönlichen Erfahrungen in Zusammenhang mit ihren Transplantationen, und gewann am Ende sogar die 2,5-km-Walking-Wertung des OSL2022.

Zentrales Ziel des Corza Medical Organspendelaufs ist es, das Thema Organspende in den Fokus der Öffentlichkeit zu rücken. Eingedenk der Tatsache, dass im letzten Jahr in Bayern die Organspendezahlen um ca. 30 Prozent

gesunken sind, scheint gerade in Zeiten der anhaltenden Corona-Pandemie dies von besonderer Wichtigkeit zu sein.

Im Vorfeld des Laufs wurde medial auf allen verfügbaren Kanälen intensiv Werbung für den OSL2022 betrieben. Auf der Website und in den sozialen Medien sorgten Info-Grafiken, Fotos und Videos für eine hohe Aufmerksamkeit und Reichweite.

Insgesamt wurde auf diese Weise in den letzten 12 Monaten eine Reichweite von über 65.000 Impressionen auf Twitter, 251.000 Impressionen auf Facebook sowie 721.000 Impressionen auf Instagram erzielt. Auf der Veranstaltungswebsite des Corza Medical Organspendelaufs konnten die Organisatoren fast 100.000 Seitenansichten bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 1:56 Min. verzeichnen.

Erreicht wurden diese Zahlen unter anderem auch durch die von den Organisatoren ins Leben gerufene Social Media Aktion RUN4LIVES: Teilnehmende und Unterstützerinnen und Unterstützer waren dabei aufgerufen, unter dem gleichnamigen Hashtag „#run4lives“ Fotos und Statements von ihrem Lauf, von ihrem Engagement für die Organspende, in den sozialen Medien zu posten. Hierzu stellten die Organisatoren über die Veranstaltungswebsite auch virtuelle Startnummern sowie Aktionsschilder im Veranstaltungsdesign zum Download zur Verfügung, die für die Fotos genutzt werden konnten.

Wie schon in den vergangenen Jahren wurde ein Teil der Teilnahmegebühr des OSL2022 und des vOSL2022 explizit als Spendenbeitrag ausgewiesen und wird im Nachgang dem Ederhof der Rudolph Pichlmayr-Stiftung, der KiO (Kinderhilfe Organtransplantation) und den „Jungen Helden“ für deren wertvolle Arbeit in der Unterstützung von Organspende und -transplantation zugeleitet. In diesem Zusammenhang möchten wir uns ausdrücklich bei all jenen bedanken, die über die Anmeldegebühr hinaus zusätzliche Spenden getätigt haben. Ganz besonders bedanken möchten wir uns bei allen Sponsoren, ohne deren Mithilfe ein vOSL, und schon gar kein OSL in Präsenzform, durchgeführt werden könnte.

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie wird versuchen, im Rahmen zukünftiger Jahreskongresse den Corza Medical Organspendelauf in Präsenz und virtuell durchzuführen, um über Ländergrenzen hinweg in dieser Form das Thema „Organspende“ einmal im Jahr in die Mitte der Gesellschaft zu tragen.

DCK 2023

EINLADUNG ZUM DCK 2023

Einladung zum DCK 2023



Prof. Dr. med. Andreas Seekamp
Präsident der DGCH 2022/2023
Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein Campus Kiel
Orthopädie und Unfallchirurgie
Arnold-Heller-Str. 3
24105 Kiel

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

liebe Studierende, Pflegekräfte und Angehörige des Rettungsdienstes,

die Zeiten bleiben unruhig. Hatten wir gedacht, die Corona-Pandemie würde nunmehr abklingen und wir können uns wieder vollumfänglich der Patientenversorgung, wie auch der Wissenschaft und der Lehre zuwenden, so sehen wir uns jetzt mehr oder weniger unverhofft, nach mehr als 70 Jahren Frieden in Europa, mit einer erneuten kriegerischen Auseinandersetzung in einem europäischen Nachbarland konfrontiert. Selbst wenn es nicht jeden einzelnen von uns direkt betrifft, so wird doch jeder mindestens in Gedanken bei denjenigen sein, die dem kriegerischen Konflikt und seinen Folgen unmittelbar ausgesetzt sind. Von Seiten der DGCH möchte ich der Ukraine unsere Solidarität zusagen und unsere volle Unterstützung wo immer es möglich ist. Um es nicht nur bei Worten zu belassen, werden wir in den kommenden Monaten noch konkrete Maßnahmen und Aktionen auch in Kooperation mit anderen medizinischen Gesellschaften und Vereinigungen initiieren.

Im 150. Jahr des Bestehens der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gilt es in Anbetracht der aktuellen Ereignisse umso mehr sich auf das zu besinnen, was die DGCH auszeichnet. Neben Beständigkeit, Verlässlichkeit und humanitäre Zuwendung ist es das Vertrauen, das man in unsere Gesellschaft setzt und insbesondere auch seitens der Patienten unserem Handeln entgegengebracht wird. Besondere Tugenden sind aber auch Wahrheit und Transparenz. Der wahrheitsgetreue und transparente Umgang mit Informationen und wissenschaftlichen Erkenntnissen ist essentiell. Desinformationen, das Verdrehen von Tatsachen, Verleumdungen und Cyberattacken scheinen heute aber ebenso zur Normalität zu gehören. Gemeinsam sollten wir darauf achten, dass die durch Forschung und Wissenschaft geschaffenen Werte, nicht verloren gehen. Es ist unsere

Aufgabe wissenschaftliche Erkenntnisse zu bewahren, diese mit Nachdruck zu vertreten und zu mehren. Als Chirurgen haben wir auch eine gesellschaftliche Verantwortung, der wir nicht nur gegenüber unseren Patienten vertreten sollten.

Trotz schwieriger Zeiten wollen wir im kommenden Jahr unseren 140. Deutschen Chirurgenkongress abhalten, der turnusgemäß in München in der Zeit vom 26. bis 28. April 2023 stattfinden wird. Unter dem Motto „151 Jahre DGCH – Aufbruch in kommende Jahrzehnte“ wollen wir zum einen das 150-jährige Jubiläum unserer Fachgesellschaft nochmals ausklingen lassen, zum anderen wollen wir uns mit den zukünftigen Herausforderungen befassen. Hier müssen es nicht gleich die nächsten 150 Jahre sein, ich denke, es wird schon herausfordernd genug sein, wenn wir versuchen in die kommenden Jahrzehnte zu blicken. Das Format des nächstjährigen Kongresses wird in etwa dem entsprechen, wie wir es dieses Jahr mit großem Zuspruch erleben durften.

Durch die Corona-Pandemie ergab sich in den letzten zwei Jahren die Notwendigkeit unterschiedliche Online-Formate zu entwickeln, die erstaunlich rasch eine erfreulich hohe Akzeptanz gefunden haben. Es wurde aber auch deutlich, dass mehrheitlich weiterhin eine Präsenzveranstaltung befürwortet wird. Insofern werden wir auch im nächsten Jahr nach aktuellem Planungsstand einen Präkongress ausschließlich online anbieten und in der darauffolgenden Woche einen dreitägigen Kongress in Präsenz abhalten, wobei auch die Veranstaltungen der Präsenzwoche teilweise als Hybridformat durchgeführt werden. Corona bedingt hat die Digitalisierung einen deutlichen Schub erfahren und auch die Kongresslandschaft hat sich diesbezüglich verändert. Dies wollen wir im kommenden Jahr gerne erneut aufgreifen und vielleicht auch noch weiterentwickeln. Befragt man unseren chirurgischen Nachwuchs, so scheint diese neue Flexibilität der Kongressgestaltung längst

DCK 2023

EINLADUNG ZUM DCK 2023

überfällig gewesen zu sein. Insofern lässt sich der Pandemie vielleicht auch etwas Positives abgewinnen.

Neben der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie werden auch traditionell die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) und die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie mit ihren Jahrestagungen unseren Kongress bereichern. Zudem werden die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG), die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) und zum wiederholten Male auch die Deutsche Gesellschaft für Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie (DGPRÄC) ihre jeweiligen Frühjahrstagungen auf dem gemeinsamen Kongress abhalten. Weiterhin beteiligt sind der Berufsverband der Deutschen Chirurgie (BDC) sowie der Berufsverband für Pflegeberufe und die Rettungsdienste mit eigenen Programmpunkten. Auch die weiteren Mitgliedsgesellschaften der DGCH, die Ihre eigenen Jahrestagungen außerhalb des Chirurgenkongresses abhalten, werden sich wieder aktiv an der Programmgestaltung des nächstjährigen Kongresses mit einbringen. Die Attraktivität des Chirurgenkongresses besteht für alle Mitgliedsgesellschaften vor allem darin interdisziplinäre Sitzungen zu gestalten und trotz aller Spezialisierungen vor allem Gemeinsamkeiten herauszustellen.

Hervorheben möchte ich die langjährige Kooperation mit der Bundeswehr, die über Jahre hinweg regelmäßig an dem DCK teilnimmt. Im Rahmen des DCK 2021 wurde zwischen der DGCH und der Bundeswehr ein gemeinsamer „Letter of intent“ unterzeichnet, in welchem eine enge Kooperation in der Patientenversorgung und gemeinsame Fortbildungsformate festgeschrieben wurden. In Anbetracht der aktuellen Ereignisse ist diese Kooperation sehr wertvoll und wird sich bewähren können. Durch die erneute Teilnahme der Bundeswehr am DCK 2023 betonen wir, dass

wir die Bundeswehr als Teil unserer öffentlichen Gesellschaft sehen.

Ein schon traditionelles Highlight des DCK ist der Organspendelauf, den wir wieder am Nachmittag des letzten Kongresstages durchführen wollen. Die virtuelle Form der Teilnahme, die ebenfalls Pandemie bedingt etabliert wurde, hat mittlerweile eine vielfach höhere Teilnehmerzahl erreicht, als der Lauf vor Ort. Dieses Event hat sich im Laufe der letzten Jahre erfreulicherweise zu einer eigenen Marke der DGCH entwickelt und hält das Thema Organspende in der Öffentlichkeit mit erfreulicher Resonanz präsent.

Für die Studierenden wird seitens des Perspektivforums der DGCH wieder ein eigener Programmtag und verschiedene Sitzungen veranstaltet. Auf dem DCK einen kurzen Einblick in die vielfältigen Facetten der Chirurgie zu gewinnen, wurde von den Studierenden in den Jahren zuvor stets sehr geschätzt.

Gastnation ist im kommenden Jahr Schweden. Die schwedisch-chirurgische Fachgesellschaft hat bereits ihre Zusage gegeben und freut sich auf einen lebhaften Austausch mit uns, nicht nur über chirurgische Belange, sondern insbesondere auch zu Themen wie Gleichstellung und der „Work Life Balance“.

Das Motto „Aufbruch in kommende Jahrzehnte“ soll aber auch eine Anregung zur Diskussion über die zukünftige Ausrichtung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie geben. Eine Spezialisierung in verschiedene chirurgische Fachdisziplinen und die Ausgründung weiterer Fachgesellschaften ist sicherlich eine zu begrüßende und nicht aufzuhaltende Entwicklung. So war auch die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie seinerzeit eine Ausgliederung aus der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte (GDNÄ), welche in diesem Jahr ihr 200-jähriges Jubiläum feiert. Nichtsdestotrotz ist es aus meiner Sicht wünschenswert, dass die Deutsche Gesellschaft für

Chirurgie nicht nur als Dachgesellschaft von Spezialgebieten gesehen wird, sondern vielmehr als gemeinsame Basis des Gebietes Chirurgie und im Wesentlichen auch eine Individualmitgliedsgesellschaft bleibt. Zur Orientierung kann die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer herangezogen werden, nach der es weiterhin nur ein Gebiet für Chirurgie gibt, in welchem sich alle chirurgischen Fachdisziplinen zusammenfinden. Um die Attraktivität der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu erhalten sollten sich deren Individualmitglieder gemeinsam mit Mitgliedern der assoziierten Fachgesellschaften mit Themen befassen, die alle Fachgesellschaften gleichermaßen betreffen. Beispielfhaft zu nennen sind Themen wie die perioperative Medizin, die Intensiv- und Notfallmedizin, die chirurgische Forschung, die Digitalisierung der Chirurgie aber auch berufspolitische Themen wie Personaluntergrenzen und Arbeitsbedingungen des Nachwuchses, die wir gemeinsam mit unserem Berufsverband zu bearbeiten haben. Aktivitäten in diesen Belangen müssen zur Darstellung und Vertretung nach außen gebündelt werden. Wir wollen versuchen auf dem DCK 2023 auch für diese Diskussion ein entsprechendes Forum zu schaffen.

Abschließend darf ich Sie herzlich auch im Namen der Präsidenten aller Fachgesellschaften der DGCH auf den 140. Deutschen Chirurgenkongress 2023 nach München einladen, den wir vom 26.-28. April in dem dortigen Kongresszentrum in Präsenz abhalten wollen. Erneut vorgeschaltet sein wird ein Präkongress im Onlineformat vom 17.-19. April 2023.

Ich freue mich Sie gemeinsam mit meinem Team und den Präsidenten der DGCH Mitgliedsgesellschaften persönlich in München begrüßen zu können und verbleibe mit

kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Andreas Seekamp
Präsident der DGCH 2022/2023

DCK 2022

PROTOKOLL DER DGCH-MITGLIEDERVERSAMMLUNG

Protokoll DER DGCH- MITGLIEDER- VERSAMMLUNG 2022

CCL Leipzig, 07.04.2022,
13.00-14.15 Uhr, Saal MZF 1

TOP 1: ERÖFFNUNG DURCH DEN PRÄSIDENTEN

Der *Präsident* eröffnet die Mitgliederversammlung und weist auf Folgendes hin: Es wurde satzungsgemäß rechtzeitig unter Angabe der Tagesordnung durch mehrmalige Veröffentlichungen in der Mitgliederzeitschrift „Passion Chirurgie“ eingeladen. Änderungsanträge sind nicht eingegangen. Lt. Satzung besteht bei jeder ordnungsgemäß einberufenen Mitgliederversammlung ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienenen Mitglieder Beschlussfähigkeit.

Die vorliegende Tagesordnung wurde damit angenommen.

TOP 2: WAHLEN

Der *Präsident* erläutert die satzungsgemäßen unterschiedlichen Vorgaben zur Bestätigung bzw. Wahl von Mitgliedern des geschäftsführenden Vorstands bzw. des Präsidiums sowie den Wahlmodus für ordentliche Mitglieder. Zum Wahlleiter wurde Herr Prof. Dr. med. Joachim Jähne vorgeschlagen:

Die Benennung des Wahlleiters (Prof. Dr. med. Joachim Jähne) wurde durch die Mitglieder einstimmig bestätigt.

Der *Präsident* teilt mit: An den Eingängen zum Saal wurde die Legitimation der Teilnehmer der Mitgliederversammlung überprüft und

jedem ordentlichen Mitglied ein Stimmzettel für die anstehenden Wahlen zur Abstimmung über die Personalentscheidungen ausgehändigt. Der *Präsident* stellt die Kandidaten vor, wie sie bereits veröffentlicht worden waren. Weitere Vorschläge sind nicht eingegangen:

1. 3. Vizepräsident 2022/23, dann Präsident 2024/25:
Herr Prof. Dr. med. Udo Rolle, Frankfurt/Main
2. Generalsekretär ab 2022/2027:
Herr Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen, Frankfurt/Main
3. Niedergelassener Arzt für Chirurgie:
Herr Dr. med. Peter Kalbe, Rinteln
4. Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland:
Herr Prof. Dr. med. Klaus Emmanuel, Salzburg (Österreich)
5. Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer chirurgischen Krankenhausabteilung:
Frau Dr. med. Beate Blank, Kulmbach

Nach Bestätigung, dass nur Mitglieder der DGCH im Saal sind, erfolgt die Wahl mittels anonymer Stimmabgabe. Nach abgeschlossener Auszählung dankt der *Präsident* dem Wahlleiter und gibt das Wahlergebnis bekannt:

1. Bestätigung durch die Mitgliederversammlung:

Auf Herrn **Prof. Dr. med. Udo Rolle**, 3. Vizepräsident 2022/23 und dann Präsident 2024/25, entfielen von 55 abgegebenen gültigen Stimmen 52 Ja- Stimmen (94,6%) bei 2 Nein- Stimmen (3,6%) und 1 Enthaltung (1,8%)

Auf Herrn **Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen**, Generalsekretär ab 2022/2027 entfielen von 55 abgegebenen gültigen Stimmen 51 Ja- Stimmen (92,7%) bei 3 Nein- Stimmen (5,5%) und 1 Enthaltungen (1,8%)

2. Wahl durch die Mitgliederversammlung:

Auf Herrn **Dr. med. Peter Kalbe**, niedergelassener Arzt für Chirurgie, entfielen von 55 abgegebenen gültigen Stimmen 49 Ja- Stimmen (89,1 %) bei 5 Nein- Stimmen (9,1%) und 1 Enthaltung (1,8%).

Auf Herrn **Prof. Dr. med. Klaus Emmanuel**, Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland, entfielen von 55 abgegebenen gültigen Stimmen 52 Ja- Stimmen (94,6%) bei 2 Nein- Stimmen (3,6%) und 1 Enthaltung (1,8%).

Auf Frau **Dr. med. Beate Blank**, Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung entfielen von 55 abgegebenen gültigen Stimmen 52 Ja- Stimmen (94,6%) bei 1 Nein- Stimme (1,8%) und 2 Enthaltungen (3,6%)

DCK 2022

PROTOKOLL DER DGCH-MITGLIEDERVERSAMMLUNG

Der *Präsident* fragt die anwesende Kollegin und Kollegen (Frau Dr. Beate Blank, Prof. Dr. Udo Rolle, Prof. Dr. Thomas Schmitz-Rixen, Dr. Peter Kalbe), ob Sie die Wahl annehmen. Dies ist der Fall. Die gewählten Personen bedanken sich für das ihnen geschenkte Vertrauen. Prof. Dr. Klaus Emmanuel hat sich für seine krankheitsbedingte Abwesenheit entschuldigt und mitgeteilt, dass er die Wahl annehmen werde, sofern der Wahlvorgang positiv für seine Person ausfallen sollte. Der *Präsident* stellt damit den erfolgreichen Abschluss des Wahlvorgangs fest und dankt allen anwesenden Mitgliedern für die Teilnahme an diesem Wahlvorgang.

TOP 3: BERICHT DES PRÄSIDENTEN

Mittels einer Präsentation geht der *Präsident* auf einige wichtige Punkte seiner Präsidentschaft ein. Der zentrale Bestandteil seines Berichtes liegt zum einen auf den Aktivitäten während seiner Präsidentschaft und zum anderen auf dem 139. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Es gibt keine Fragen oder Anmerkungen zu diesem Bericht.

TOP 4: BERICHT DES GENERALSEKRETÄRS

Der *Generalsekretär* stellt die Aktivitäten des geschäftsführenden Vorstands und einiger Arbeitsgemeinschaften sowie des Studienzen-trums unter Pandemiebedingungen dar. Keine weitere Diskussion nach der Präsentation.

Der *Präsident* dankt im Anschluss dem Gene-ralsekretär für seine Ausführungen und seine engagierte Arbeit.

TOP 5: BERICHT DES SCHATZMEISTERS

Der *Schatzmeister* bedankt sich bei allen, die ihn stets in seiner Tätigkeit unterstüt-zen, und erläutert die Entwicklung der Mitgliederzahlen.

Er legt Rechenschaft über Einnahmen und Ausgaben für das Geschäftsjahr 2021 ab und stellt den Haushaltsplan für das Kalenderjahr 2022 vor, welcher durch die Mitglieder zur Kenntnis genommen wird.

Die Kassenprüfer, Herr Prof. *Germer* und Herr Prof. *Köckerling*, berichten, dass Sie den Jah-resbericht der DGCH rechtzeitig erhalten und keine Unstimmigkeiten gefunden haben, sodass eine einwandfreie Beleg- und Kassen-führung festgestellt werden konnte.

Herr Prof. *Pohlemann* stellt als Mitglied der DGCH den Antrag auf Entlastung des Vorstands für das Geschäftsjahr 2021. Der *Präsi-dent* bittet um entsprechende Abstimmung. Das geschieht bei Enthaltung des geschäfts-führenden Vorstands. Der Antrag wurde ohne Gegenstimmen von den anwesenden Mitglie-dern angenommen. Damit ist der Jahresab-schluss für das Geschäftsjahr 2021 genehmigt und der Vorstand für das Geschäftsjahr 2021 entlastet.

Der *Präsident* dankt dem Schatzmeister für seine geleistete Arbeit.

TOP 6: VERGABE DER STIPENDIEN

Präsident und *Generalsekretär* bitten die Stipen-diaten und Preisträger, deren Namen projiziert werden, auf die Bühne und beide überreichen ihnen unter dem Beifall der Mitglieder ihre Urkunden. Die Namen werden mit allen ande-ren Preisträgern wieder in der Mitgliederzeit-schrift „Passion Chirurgie“ veröffentlicht.

TOP 7: VERSCHIEDENES

Der *Präsident* dankt dem Generalsekretär für seine außerordentlich verdienstvolle Arbeit für die Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und verabschiedet ihn unter Beifall aus seiner letztmaligen Teilnahme an der Mitgliederver-sammlung als Generalsekretär.

Abschließend dankt der *Präsident* dem Vorstand, den Damen der Geschäftsstelle sowie allen Mit-gliedern für ihr Engagement in der Gesellschaft. Er schließt die Sitzung um 14.15 Uhr.

gez.

Prof. Dr.	Prof. Dr.	Dr. h.c.	Prof. Dr.
H. Lang	H.-J. Meyer	J. Werner	
Präsident	Generalsekretär	Schatzmeister	

DGCH. Protokoll der DGCH-
Mitgliederversammlung 2022. Passion Chirurgie.
2022 Juni, 12(06): Artikel 06_10

AUSSCHREIBUNG PREISE UND STIPENDIEN 2023

Ausschreibung Preise und Stipendien 2023

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie vergibt im Jahr 2023 die nachfolgend aufgeführten Preise und Stipendien.

Ihre Bewerbungen wird erbeten bis spätestens zum
30.09.2022 an die

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Generalsekretär
Herrn Prof. Dr. med. Dr. h.c. H.-J. Meyer
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
info@dgch.de

PREISE

B.-VON-LANGENBECK-PREIS

Auszeichnung für besondere wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Chirurgie. Bewerben können sich Oberärzte und Assistenten.

Dotierung: € 10.500

RUDOLF-ZENKER-PREIS, GESTIFTET VON BRAUN MELSUNGEN AG

Vergabe an Persönlichkeiten/Personengruppen, die sich in der Vergangenheit um die Weiterentwicklung der klinischen Chirurgie besonders verdient gemacht haben und damit einen Beitrag zu einer wesentlichen Verbesserung der Krankenbehandlung auf dem Gebiet der Chirurgie leisteten.

Dotierung: € 6.000

W.-MÜLLER-OSTEN-PREIS

Zur Förderung wissenschaftlicher Arbeiten, die sich insbesondere mit der Geschichte der Chirurgie, der Erhaltung von Substanz und Einheit der Chirurgie, der Zukunftsentwicklung der Chirurgie sowie der Qualitätssicherung der chirurgischen Tätigkeit in Krankenhaus und Praxis und den wissenschaftlichen und ethischen Grundlagen des

ärztlichen, insbesondere des chirurgischen Berufes befassen.

Dotierung: € 5.000

F.-STEICHEN-PREIS, GESTIFTET VON MEDTRONIC

GMBH

Vergabe für besondere Leistungen auf dem Gebiet der viszeralchirurgischen Operationstechniken.

Dotierung: € 5.000

K.-STORZ-PREIS, GESTIFTET VON KARL STORZ GMBH CO. KG

Vergabe für besondere Verdienste und Leistungen auf dem Gebiet der minimalinvasiven Chirurgie.

Dotierung: € 4.000

E.-UNGEHEUER-PREIS, GESTIFTET VON DER

AESCULAP AKADEMIE

Verleihung für Neuaufnahmen von besonderem wissenschaftlichem und didaktischem Wert in die Mediathek der DGCH.

Dotierung: € 3.000

FILMPREIS

Der Preis wird verliehen für Filme bzw. Videos über die Chirurgie und ihre Teilgebiete, die neue wissenschaftliche oder operationstechnische Kenntnisse vermitteln sowie als Lehr- oder Unterrichtsfilm angemeldet werden.

Dotierung: € 1.500

POSTERPREIS

Gegenstand soll die Darstellung der neuesten Ergebnisse aus der klinischen und experimentellen Chirurgie sein.

Dotierung: € 1.500

LEONARD SCHWEIBERER MEDAILLE

Mit der Leonard Schweiberer Medaille soll ein Chirurg (m/w/d) oder eine der Chirurgie

nahestehende Persönlichkeit oder eine Organisation geehrt werden, die sich um die Fortentwicklung der Chirurgie in einem Entwicklungsland (LMIC) verdient gemacht hat.

F.-LINDER-PREIS

Wird an den Erstautor des besten Vortrages innerhalb der Fritz-Linder-Sitzungen zur chirurgischen Forschung vergeben.

Dotierung: € 2.500

NACHWUCHSFÖRDERPREIS DER SEKTION CHIRURGISCHE FORSCHUNG

Der Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische Forschung soll der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der akademischen Chirurgie dienen. Der Preis wird der besten eingereichten einschlägigen Originalarbeit aus dem Bereich der chirurgischen Forschung zuerkannt.

Dotierung: € 1.000

EINSENDUNGEN FÜR DEN F.-LINDER-PREIS AN:

Prof. Dr. med. Christiane Bruns

Direktorin

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

Universitätsklinikum Köln

Kerpener Str. 62

50937 Köln

STIPENDIEN

STIPENDIUM ALS FORTBILDUNGSHILFE

Beihilfe zu einer Forschungsreise zwecks Fortbildung in der Allgemeinen Chirurgie oder einem Spezialgebiet der Chirurgie.

Dotierung: € 5.000

REISESTIPENDIUM DER H.-JUNGHANNS-STIFTUNG

Die nach unserem früheren Präsidenten und langjährigen Generalsekretär benannte

AUSSCHREIBUNG PREISE UND STIPENDIEN 2023

Herbert-Junghanns-Stiftung verleiht ein Reisestipendium, bevorzugt an einen Krankenhauschirurgen/in. Voraussetzung ist Facharztstatus und die Mitgliedschaft in der DGCH.

Dotierung: € 5.000

W.-MÜLLER-OSTEN-STIPENDIUM

Zur Förderung wissenschaftlicher Arbeiten über die Geschichte der Chirurgie, die Erhaltung von Substanz und Einheit sowie der Zukunftsentwicklung der Chirurgie, der Qualitätssicherung der chirurgischen Tätigkeit in Krankenhaus und Praxis und den wissenschaftlichen und ethischen Grundlagen des chirurgischen Berufes.

Dotierung: € 5.000

W.-MÜLLER-OSTEN-STIPENDIUM FÜR

AUSLÄNDISCHE HOSPITANTEN

Wird ausgeschrieben zur Weiterbildung durch Hospitation an einer selbst gewählten deutschen chirurgischen Klinik.

Dotierung: € 5.000

REISESTIPENDIUM ZUM JAPANISCHEN

CHIRURGENKONGRESS

In Abstimmung mit der Japanischen Gesellschaft für Chirurgie wird die aktive Teilnahme am Japanischen Chirurgenkongress mit anschließender Hospitation in japanischen Zentren unterstützt.

Dotierung: € 5.000

INTERNATIONALES GASTSTIPENDIUM DER DGCH

Wird verliehen an junge Chirurgen, die ihre Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie (oder entsprechende Qualifikation) in ihrem Heimatland absolviert haben und anschließend zur Ausübung ihres Berufes dorthin zurückkehren.

Dotierung: € 5.000

REISESTIPENDIUM ZUM JAHRESKONGRESS DES

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

In Abstimmung mit dem American College of Surgeons (ACS) wird die aktive Teilnahme

am Jahreskongress des ACS mit anschließender Hospitation in relevanten Zentren unterstützt.

Dotierung: € 5.000

Die Bestimmungen für die Verleihung der Preise und die Vergabe von Stipendien finden Sie im Internet unter

www.dgch.de

Sie können auch in der Geschäftsstelle (Tel.: 030/28 87 62 90) abgefordert werden.

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr Dr. med. Marcel Matthey-Nanzer, Ennetbürgen/Schweiz

Herr Prof. Dr. med. Gerhard Simonis, Riegelsberg/Saar

Herr Dr. med. Holger Herzing, Nürnberg

Herr Prof. Dr. med. Moshe Feuchtwanger, Jerusalem/Israel, Ehrenmitglied

Herr Dr. med. Bernhard Hohaus, Coswig

*23.03.1927 †29.06.2021

*15.07.1939 †08.09.2021

*01.09.1962 †02.12.2021

*14.06.1927 †17.02.2022

*13.12.1936 †29.03.2022

Nachruf auf Prof. Dr. med. Dr. phil. Moshe Michael Feuchtwanger

EHRENMITGLIED DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE



In memoriam
Prof. Dr. med. Dr. phil.
Moshe Michael Feuchtwanger
(*17.06.1927 † 17.02.2022)

Moshe Michael Feuchtwanger wurde am 17.06.1927 in München geboren. Er starb am 17.02.2022 in Jerusalem. Ein Leben in diesem zeitlichen und örtlichen Rahmen kann nicht frei von Schicksalsschlägen gewesen sein. Diese trafen ihn aus seiner ursprünglichen deutschen Heimat, in der er mit seiner Familie tief verwurzelt war. Dennoch blieb er zeitlebens einer von uns.

Diesem besonderen Kollegen und Freund ist der Nachruf gewidmet, den verständlicherweise vielschichtige, schwer beschreibbare Empfindungen begleiten müssen.

Moshe Michael Feuchtwanger stammt aus einer Arztfamilie, die besonders durch den musikalisch begabten Großvater Dr. med. August Feuchtwanger und seinen Vater Dr. med. dent. Heinrich Feuchtwanger geprägt war.

Die erste tiefe Zäsur in seinem Leben war im Januar 1935 die lebensrettende Auswanderung nach Jerusalem. Für den damals achtjährigen Moshe Michael war das auch der Verlust seiner vertrauten Münchner Kinderwelt. Als Flüchtling stand er vor einer ungewissen Zukunft, die er zu bewältigen hatte.

Traditionell wählte er in Jerusalem das Medizinstudium, das er 1946-1948 an der Universität Zürich fortsetzte. Es führte ihn über die Facharztanerkennung für Chirurgie und Kinderchirurgie in die Position des Direktors der Chirurgischen Klinik Ben-Gurion University, Soroka Medical Center Beer Sheva, Israel.

Seine Bindungen an die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie und die deutschsprachige Chirurgie waren ihm gleichsam angeboren. Dafür stehen seine Mitgliedschaft in unserer Gesellschaft seit 1977 sowie seine regelmäßigen Besuche unserer Jahreskongresse. Den wissenschaftlichen Austausch erleichterten Gastprofessuren in Heidelberg, Hannover, Kiel, Göttingen sowie in München und Köln. Man kann nur ahnen, welche Gefühle ihn insbesondere in München bewegten.

Seine wissenschaftlichen Aktivitäten und seine Bedeutung reichen weit darüber hinaus. Das beweisen seine zahlreichen Positionen, Mitgliedschaften und Auszeichnungen internationaler wissenschaftlicher Gesellschaften. Beispielhaft gilt seine Gründungsmitgliedschaft im Collegium Internationale Chirurgiae Digestivae.

Im Gedenken an ihre vertriebenen jüdischen Mitglieder hat die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ihre Namen und Lebensläufe in einem Buch festgehalten. Dafür hat Moshe Michael Feuchtwanger einen Beitrag geschrieben, der sich wie ein Vermächtnis liest und ein einziger Ruf nach Menschlichkeit ist.

Zusammen mit der Familie Feuchtwanger in Jerusalem betrauert die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie den Tod ihres Ehrenmitgliedes Moshe Michael Feuchtwanger.

So wird sie das Andenken an ihn mit der gleichen Treue bewahren, wie er seine Zugehörigkeit zu unserer Gesellschaft.

Prof. Dr. med. Wilhelm Hartel



Die Ergebnisse der BDC-Mitgliederversammlung 2022

Das Wichtigste in Kürze: Die Mitgliederzahlen des BDC weisen trotz eines leichten Rückgangs 2021 zum Stichtag 28.3.2022 mehr Aufnahmen auf als im vergleichbaren Vorjahreszeitraum (1. Quartal 2021). Nach wie vor im Fokus des BDC steht die Nachwuchsförderung. Im Zuge der Nachlese zum DCK 2022 wird es wieder ein DCK kompakt-Webinar geben. Sobald der Beitrag vorliegt, wird der BDC in verschiedenen Publikationen darauf aufmerksam machen.

Hinsichtlich der finanziellen Entwicklung des Verbandes konnte durch die Anpassung der Beitragsgebühren zu Beginn des Jahres 2021 eine Steigerung der Beitragseinnahmen verzeichnet werden. Die Mitglieder entlasten den Vorstand für das Geschäftsjahr 2021.

Bei den Vorstandswahlen wurden sowohl der Präsident Prof. Meyer als auch die beiden Vizepräsidenten Dr. Kalbe und Dr. Rüggeberg mit je 30 Ja-Stimmen und einer Enthaltung wiedergewählt. Mit dem selben Ergebnis wurden folgende Mitglieder des erweiterten Vorstandes wiedergewählt.: Schatzmeister Dr. Mayer, Akademieleiter Prof. Schröder, Prof. Krones und Prof. Betzler. Die Mitglieder des Vorstandes und

des erweiterten Vorstandes nahmen die Wahl an. Die Mitglieder des Ehrenrates und die Leiter der Fachreferate (letztere per Block-Wahl) wurden mit 100 Prozent Zustimmung gewählt.

Im Hinblick auf die steigende Anzahl an weiblichen Mitgliedern strebt der Verband eine Namensänderung in „**Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.**“ an. Die dazu erforderliche Satzungsänderung muss noch im Vereinsregister fixiert werden. Beschlossen wurde auch, dass Frauen künftig im erweiterten Vorstand mit mindestens drei Vertreterinnen repräsentiert sein werden. Zudem soll die Kooperation mit der DGCH weiter vertieft werden. Daher soll satzungsgemäß der amtierende DGCH-Generalsekretär als Mitglied des erweiterten Präsidiums aufgenommen werden. Zuletzt erfolgt eine Anpassung dahingehend, dass die Amtszeit aller Gremien synchronisiert wird.

Auch 2021/2022 erbrachte der BDC umfassende juristische Beratungsleistungen für seine Mitglieder. Der Schwerpunkt der Anfragen bezog sich in den letzten beiden Jahren auf die COVID-19 Pandemie.



Interview zur Umbenennung des BDC mit Dr. Friederike Burgdorf, Geschäftsführerin des BDC

Dr. Friederike Burgdorf ist seit 2019 die erste Frau in der BDC-Geschäftsführung. Im Interview erzählt sie über die Motivation des Verbandes sich umzubenennen und zu seiner aktuellen berufspolitischen Arbeit.



REDAKTION: Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen wird sich künftig Berufsverband der Deutschen Chirurgie nennen. Warum?

Dr. F. Burgdorf: Wir wollen ein Zeichen setzen und das Signal geben, dass der Verband für Chirurginnen und Chirurgen gleichermaßen attraktiv ist. Übrigens steigt die Anzahl unserer weiblichen Verbandsmitglieder: Während es vor etwa zehn Jahren noch 3.000 waren, sind es nun schon über 4.000. Der BDC hat nun knapp ein Viertel weibliche Mitglieder. Dies entspricht exakt dem Anteil berufstätiger Chirurginnen in Deutschland gemäß Bundesarztregister. Im Vergleich zu anderen Fachgruppen ist der Anteil an Ärztinnen in der Chirurgie noch relativ überschaubar – wir hoffen, nicht mehr lange!

RE Wie lief der Entscheidungsprozess ab, also: Wer hat die Umbenennung initiiert, was waren die einzelnen Schritte und wer hat es letzten Endes entschieden?

FB Im vergangenen Jahr hat das BDC-Präsidium fast einstimmig beschlossen, den Mitgliedern die Umbenennung zu empfehlen. Bei der Mitgliederversammlung in diesem Jahr haben die Mitglieder eine eindeutige Entscheidung getroffen und mit über 90 Prozent dem neuen Verbandsnamen zugestimmt. Das zeigt, dass die Umbenennung von einer breiten Basis im Verband getragen wird.

RE Welche Rolle haben die weiblichen, welche die männlichen Mitglieder dabei gespielt?

FB Die Zustimmung war sowohl bei den weiblichen als auch männlichen BDC-Mitgliedern hoch. Schon bei der Meinungsbildung vorab sind wir auf große Einigkeit bei fast allen Beteiligten gestoßen.

RE In einigen ärztlichen Fachbereichen gibt es schon deutlich mehr Frauen als Männer. Warum ist gerade die Chirurgie ein offensichtlich eher schwieriges Pflaster für Frauen?

FB Die Chirurgie ist keine Tätigkeit, die man „9-to-5“ verrichten kann. Längere Dienstzeiten, Arbeit am Wochenende, so lassen sich Beruf und Privatleben oft nur schwer miteinander vereinbaren. Das erfordert viel Flexibilität, die man mit einer Elternrolle eben nicht oder nur bedingt hat.

RE Warum sollte sich eine Medizinstudentin dennoch für eine chirurgische fachärztliche Weiterbildung entscheiden?

FB Weil die Chirurgie ein vielfältiges und faszinierendes Fach ist. Der Wirkungsgrad ist hoch und auch der chirurgische Arbeitsalltag bietet Gestaltungsmöglichkeiten – von der Auswahl des chirurgischen Fachgebiets über die Spezialisierung bis hin zum Ort der Tätigkeit. Mit den neuen Möglichkeiten, Operationen zunehmend

» ZUR PERSON



Dr. med. Friederike Burdorf, M. Sc.
Geschäftsführerin
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
burgdorf@bdc.de

Interview wurde im
Mai geführt.

auch ambulant vorzunehmen, ergeben sich neue Chancen auf herausfordernde Tätigkeiten auch in der Niederlassung, wo die Zeitplanung eher einem Gestaltungsspielraum unterliegt. Aber auch viele Kliniken bieten heutzutage mehr Flexibilität für die Karriereplanung und deren Vereinbarkeit mit familiären und gesellschaftlichen Belangen.

RE Was tut der BDC – abgesehen von der Namensänderung – gerade für seine weiblichen Mitglieder?

FB Die letzte Mitgliederversammlung hat neben der Umbenennung des Verbandes zum Beispiel beschlossen, dass Frauen im erweiterten Vorstand künftig mit mindestens drei Vertreterinnen repräsentiert sein werden. Damit wollen wir Chirurginnen verstärkt in die Verbandsarbeit integrieren und Ihnen die Möglichkeit einräumen, den Kurs des Verbandes aktiv mitzubestimmen. Um die Kolleginnen auf ihrem Weg auf der Karriereleiter zu fördern, bietet der BDC zum Beispiel seit Jahren die Führungsseminarreihe „Chirurginnen auf dem Weg nach oben“ an. Auch dieses Angebot ist dem Engagement und dem Gestaltungswillen weiblicher Mitglieder im BDC zu verdanken.

RE Was empfehlen Sie Ärztinnen, die gerade die Rahmenbedingungen für Frauen in diesem Fachbereich verbessern wollen?

FB Auf jeden Fall sollten sie sich verbands- oder berufspolitisch engagieren und zum Beispiel versuchen, Mitglied der Gremien der lokalen Ärztekammer oder der Vertreterversammlung ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zu werden. Wer dort mitmacht, kann mitgestalten und auf die Bedingungen in der Chirurgie Einfluss nehmen.

RE Neben den organisatorischen Weichenstellungen: Welche fachlichen Themen stehen für den BDC in den nächsten Monaten im Vordergrund, worauf können sich alle Mitglieder – also auch Männer – freuen?

FB Politisch gesehen steht für uns das Thema „Sektorübergreifende Versorgung“ weit vorne auf der Agenda. Das IGES-Institut hat sein Gutachten zum AOP-Katalog vorgelegt, wir haben Verbesserungsvorschläge unterbreitet. Nun müssen wir sehen, was die Selbstverwaltung daraus macht. Damit in Zusammenhang steht aktuell auch die Krankenhausfinanzierung, Stichwort Reform des DRG-Systems. Genau wie bei der längst fälligen Reform der GOÄ bleiben wir natürlich auch hier am Ball.

Ein permanentes Thema im BDC ist insbesondere die Fort- und Weiterbildung einschließlich der Nachwuchsförderung. Die BDC|Akademie aktualisiert hier stetig das Angebot, um allen Karrierestufen und auch aktuellen Trends, wie zum Beispiel der Digitalisierung, und veränderten Lerngewohnheiten gerecht zu werden. Ein aktuelles Projekt der BDC|Akademie ist die Neuauflage einer Podcastreihe unter dem Titel „Surgeon Talk“. Ab dem 1. Juni startet diese mit zweiwöchentlichen Podcasts rund um alles, was die Chirurgie spannend macht.

Bei all diesen Themen freuen wir uns natürlich über das Engagement unserer Mitglieder und wünschen uns insbesondere auch die Beteiligung von Chirurginnen.

Termine BDC | Akademie*

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
22.09.2022	24.09.2024	Berlin	2022-21504	Praktisches Seminar: Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00 €	600,00 €
23.09.2022		Berlin	2022-21525	Workshop: Simulationstraining Notfallmanagement	Dr. med. Jan Baus	450,00 €	600,00 €
28.09.2022	30.09.2022	Kaiserslautern	2022-21667	Common Trunk	PD Dr. med. habil. Christian Mönch; Dr. med. Martin Veit	350,00 €	550,00 €
13.10.2022	15.10.2022	Bochum	2022-21665	Common Trunk	Prof. Dr. med. Daniel Vallböhmer; Dr. med. Jörg Sauer	350,00 €	550,00 €
28.10.2022	29.10.2022	Regensburg	2022-21515	5. Kurs Fundamental Critical Care Support	Dr. med. Hans Fischer; Dr. med. Kornelius Fuchs	400,00 €	600,00 €
24.11.2022	26.11.2022	Leipzig	2022-21521	Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Prof. Dr. med. Ehrhardt Weiß	100,00 €	200,00 €
28.11.2022	02.12.2022	Berlin	2022-21664	Common Trunk	Dr. med. Christian Müller; Prof. Dr. med. Stephan Gretschel	400,00 €	600,00 €

FACHARTZTVORBEREITUNG							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
05.09.2022	09.09.2022	Leipzig	2022-22550	Facharztseminar Allgemein-chirurgie	Dr. med. Ludwig Schütz	350,00 €	550,00 €
13.09.2022	16.09.2022	Berlin	2022-23823	Facharztseminar Orthopädie/Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Michael Kähler	350,00 €	550,00 €
12.10.2022	15.10.2022	Leipzig	2022-23822	Facharztseminar Orthopädie/Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Christian Kleber; PD Dr. med. Georg Osterhoff	350,00 €	550,00 €
07.11.2022	10.11.2022	Hamburg	2022-23672	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. h.c. Jakob R. Izbicki; PD Dr. med. Matthias Reeh	350,00 €	550,00 €
14.11.2022	18.11.2022	Dortmund	2022-22530	Facharztseminar Allgemein-chirurgie	Dr. med. Jens-Peter Stahl; Prof. Dr. med. Maximilian Schmeding	350,00 €	550,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
31.08.2022	02.09.2022	Strasbourg Cedex	2022-24632	Robotik-/Laparoskopie im IRCAD Module 1-3	PD Dr. med. Hans Fuchs; Dr. Dr. med. Barbara Seeliger	500,00 €	620,00 €
01.09.2022	02.09.2022	online	2022-23680	Spezielle Unfallchirurgie Teil I	Prof. Dr. med. Frank Hildebrand	300,00 €	500,00 €
09.09.2022		Berlin	2022-23687	Management von Anastomosensuffizienzen am oberen Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. med. Clemens Schafmayer	250,00 €	300,00 €
16.09.2022	17.09.2022	Dresden	2022-23824	Workshop Ellenbogenchirurgie: Erkrankungen des Ellenbogen und Unterarmes	Prof. Dr. med. Guido Fitze; Dr. med. Jörg Nowotny	500,00 €	650,00 €
19.09.2022	20.09.2022	Norderstedt	2022-23618	Orthotrauma: Versorgungskonzepte und Zugangswege obere Extremität	Prof. Dr. med. Burkhard Wippermann; Dr. med. Michael Stalp	800,00 €	1.000,00 €
23.09.2022	24.09.2022	Aachen	2022-23860	Fußchirurgie I	Dr. med. Thorsten Randt	500,00 €	650,00 €
29.09.2022	30.09.2022	Berlin	2022-22403	CAMIC 2: Endoskopische Hernienchirurgie	Dr. med. Panagiotis Fikatas	400,00 €	600,00 €
07.10.2022	08.10.2022	Dresden	2022-23781	1. Dresdener Handkurs: Wiederherstellung der Handfunktion	Dr. med. Martin Schreiber; Dr. med. Feras Taqatqeh	500,00 €	650,00 €
14.10.2022	15.10.2022	online	2022-23685	Viszeralchirurgie Kompakt: Beckenbodenchirurgie	PD Dr. med. Annett Gauruder-Burmester	300,00 €	500,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
20.10.2022	21.10.2022	Berlin	2022-22405	CAMIC 3: Laparoskopische Nahttechniken	Dr. med. Panagiotis Fikatas	400,00 €	600,00 €
20.10.2022	21.10.2022	Tuttlingen	2022-23683	Spezielle Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Michael Schäffer	300,00 €	500,00 €
03.11.2022	04.11.2022	Köln	2022-24633	Robotische Chirurgie: Modul 4 Hospitation	Prof. Dr. med. Christiane Bruns; PD Dr. med. Hans Fuchs	300,00 €	500,00 €
10.11.2022	11.11.2022	online	2022-22409	Masterclass Hernienchirurgie	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	150,00 €	190,00 €
10.11.2022	11.11.2022	Frankfurt am Main	2022-23674	Viszeralchirurgie Kompakt: Adipositas- und Metabolische Chirurgie	Dr. med. Sylvia Weiner	300,00 €	400,00 €
10.11.2022	11.11.2022	Recklinghausen	2022-23676	Viszeralchirurgie Kompakt: Rektum- und Analfistelchirurgie	Dr. med. Eugen Berg	300,00 €	500,00 €
17.11.2022	18.11.2022	Köln	2022-23684	Viszeralchirurgie Kompakt: Pankreaschirurgie	Prof. Dr. med. Christiane Bruns; Prof. Dr. med. Thomas Schmidt	300,00 €	500,00 €
24.11.2022	25.11.2022	Bremen	2022-23612	Osteosyntheseverfahren an der oberen Extremität	Prof. Dr. Michael Paul Hahn	400,00 €	600,00 €
25.11.2022	26.11.2022	Dresden	2022-23631	Kindertraumatologie für D-Ärzte/-Ärztinnen	Prof. Dr. med. Guido Fitze	300,00 €	500,00 €
01.12.2022	02.12.2022	Berlin	2022-22407	CAMIC 4: Laparoskopische kolorektale 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
25.08.2022	27.08.2022	Berlin und online	2022-24620	Update perioperative Medizin	Prof. Dr. med. Johann Pratschke; Prof. Dr. med. Claudia Spies; Dr. med. Ralf Roland Lorenz; Prof. Dr. med. Roland C. E. Francis	350,00 €	450,00 €
07.10.2022	08.10.2022	Berlin und online	2022-24708	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
30.09.2022	01.10.2022	Berlin	2022-26534	Führungsseminare: Modul 4 - Gesprächsstrategie - Souverän Klartext reden	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	450,00 €	650,00 €
22.10.2022		Online	2022-27703	Abrechnungseminar GOÄ und BG	Dr. med. Peter Kalbe	50,00 €	80,00 €
22.10.2022		Online	2022-27708	Abrechnungseminar EBM	Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg	50,00 €	80,00 €
11.11.2022	12.11.2022	Berlin	2022-24600	Der Chirurg als Leitender Arzt	Prof. Dr. med. Heinz-Jochen Gassel	400,00 €	600,00 €
11.11.2022	12.11.2022	Berlin	2022-26535	Führungsseminare: Modul 5 - Mission Karriere: Spielregeln für den Klinikalltag	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	450,00 €	650,00 €

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

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



Heilungsverlauf bei schwer heilenden Wunden: Vakuumversiegelungstherapie ist Standardverbänden überlegen. Jetzt auch für niedergelassene Ärzte abrechenbar.

Mittels Vakuumversiegelungstherapie (Negative Pressure Wound Therapy, NPWT) lassen sich schwer heilende Wunden schneller schließen als mit Standardverbänden.^{1,2,3} Auch bei tieferen Wunden wird durch die AIRLOCK™-Technologie des kanisterlosen NPWT-Systems PICO™ 14 ein konstanter Unterdruck in der Wunde und Wundumgebung erzeugt. Die Vorteile: eine bessere Durchblutung, weniger Ödeme und Granulationsgewebe. Seit 2020 kann diese aktive Therapieform, die sich seit Jahren in der Klinik bewährt hat, dank der Ziffern im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) auch im ambulanten Bereich eingesetzt werden, sowohl für den sekundären als auch primären Wundverschluss.^{4,5}



Dr. med. Till Proschek leitet das Department für Gefäß- und Endovaskuläre Chirurgie am Klinikum Passau. Als niedergelassener Wundexperte und Chirurg betreut er außerdem die Wundambulanz der gefäßchirurgischen Sprechstunde am dortigen MVZ. Im Interview berichtet er von seinen Erfahrungen mit der ambulanten Versorgung von WundpatientInnen mit der Vakuumversiegelungstherapie.

”

Herr Dr. Proschek, wie würden Sie die bisherige Versorgungssituation bei schwer heilenden Wunden beschreiben? Welche Vorteile gegenüber der Standardversorgung bietet die NPWT mit PICO 14 außerdem aus Ihrer Sicht?

Bevor die Therapie auch in der ambulanten Versorgung zugelassen war, konnten Patienten teils nicht entlassen werden. Manche benötigten unbedingt weiterhin eine NPWT, was mit deutlich verlängerten stationären Aufenthalten einherging. Solche Patienten können jetzt früher entlassen und adäquat ambulant weiterversorgt werden. Bei Wunden, die für eine PICO 14-Therapie geeignet sind, hat man natürlich auch den Vorteil der schnelleren Wundheilungsinduktion durch den Unterdruckeffekt. Neben der Gewebekompression kommt es zusätzlich zu einem Einschluss der im Exsudat enthaltenen Keime und zu einer besseren Sekretkontrolle. Die so erreichbare Verbandsliegezeit-Verlängerung unterscheidet sie maßgeblich von herkömmlichen Superabsorbent.

Lassen sich dadurch Praxisabläufe optimieren?

Ja, denn in der modernen Wundversorgung ist das große Ziel, die Häufigkeit der Verbandwechsel zu reduzieren. Damit verbessern wir einerseits Wundheilungszeiten. Auf der anderen Seite schonen wir Ressourcen und Personal. Wichtig ist, dass man auch die von der Firma angebotenen Schulungen wahrnimmt.

Was hören Sie von Ihren PatientInnen, die mit PICO 14 behandelt werden? Und welche Patientengruppen profitieren besonders von dem System?

Die Wundversorgung von Zuhause aus wird als sehr komfortabel empfunden. Körperpflege, wie etwa das Duschen, ist problemlos möglich, denn PatientInnen können das System nach einer Einweisung selbst diskonnektieren und anschließend wieder starten. Außerdem ist das Pumpengeräusch sehr leise, was etwa beim Schlafen relevant ist. Das System kommt damit besonders noch im Berufsleben stehenden, aktiven und selbstständigen Betroffenen zugute. Kürzlich war ein Physiotherapeut bei uns, der wegen eines polyneuropathischen Ulcus am Fuß operiert worden war. Noch während der Therapie hat er wieder begonnen, seine eigenen Behandlungen im Sitzen durchzuführen.

Welche Erfahrung haben Sie mit der ambulanten Erstattung gemacht und welche Punkte sollte man z. B. hinsichtlich der Dokumentation beachten?

Als Arzt mit Kassensitz, auch im MVZ, kann man die Therapie unkompliziert und extrabudgetär abrechnen. Indikation, Therapiebegründung, Heilungsverlauf (inkl. Fotos) sowie jeder Verbandwechsel sind zu dokumentieren. Dies ist Voraussetzung für die Abrechnung bei der KV.

Das Interview wurde am 12.05.2022 geführt.

Referenzen: 1. Kirsner R, Dove C, Reyzelman A, Vayser D, Jaimes H. A Prospective, Randomized, Controlled Clinical Trial on the Efficacy of a Single-use Negative Pressure Wound Therapy System, Compared to Traditional Negative Pressure Wound Therapy in the Treatment of Chronic Ulcers of the Lower Extremities. Journal of woundcare and regeneration. Mai 2019. <https://doi.org/10.1111/wrr.12727>. 2. Dowsett C, Hampton K, Myers D, Styche T. Use of PICO to improve clinical and economic outcomes in hard-to-heal wounds. Wounds International. 2017;8(2):52–58. 3. Hampton J. Providing cost-effective treatment of hard-to-heal wounds in the community through use of NPWT. Community Wound Care. 2015:S14–S20. 4. Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung am 15. September 2020. 5. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Vakuumversiegelungstherapie von Wunden in den EBM aufgenommen. 24.09.2020; www.kbv.de/html/1150_48246.php; letzter Zugriff 14.12.2021.

PANORAMA

Chirurgen für Afrika

Train-the-Trainer-Kurs in Kigali im April 2022





Dr. med. Ralph Lorenz, FEBS-AWS

1. Vorsitzender BDC|Landesverband
Berlin
Havelklinik Berlin
Praxis 3+CHIRURGEN
Klosterstraße 34/35
13581 Berlin
lorenz@3chirurgen.de

EINE NEUE STUFE DER CHIRURGISCHEN WEITERBILDUNG IN RUANDA WURDE ERREICHT

„Nun endlich!“ Die Corona-Pandemie hatte die CHIRURGEN FÜR AFRIKA in den letzten beiden Jahren gezwungen, den seit langem geplanten, sechsten humanitären Einsatz in Ruanda immer wieder zu verschieben. Ein diesmal deutlich kleineres deutsches OP-Team der CHIRURGEN FÜR AFRIKA machte sich dann schließlich am 21. April 2022 auf den Weg nach Kigali, der Hauptstadt Ruandas. Durch die Unterstützung der Botschaft Ruandas in Deutschland, insbesondere dem Botschafter, seiner Exzellenz Herrn Igor Cesar, wurde diese Reise und die Einfuhr von großzügigen Sachspenden problemlos ermöglicht. Das 5-köpfige OP-Team 2022 (Dr. Ralph Lorenz - Chirurg aus Berlin, PD Dr. Joachim Conze - Chirurg aus München, Dr. Stefan Erdmenger - Anästhesist aus Berlin, Petra Woelki - leitende OP-Schwester aus Starnberg und Susan Fritzsche - leitende Anästhesieschwester aus Starnberg) hatte in diesem Jahr dank einer großer Spendenaktion Sachspenden im Wert von mehr als 150.000 € (vorwiegend Hernien-Netze) zum Verbleib in Ruanda mit in ihrem Gepäck.

Seit 2016 entwickelten die CHIRURGEN FÜR AFRIKA zusammen mit der Partnerorganisation Operation Hernia einen hernienchirurgischen Basiskurs. In diesem Jahr wurde nunmehr eine weitere Stufe der Weiterbildung mit einem *Train-the-Trainer*-Kurs erreicht und erfolgreich durchgeführt. Alle Kursteilnehmer des *Train-the-Trainer*-Kurses hatten coronabedingt im Jahr 2021 bereits einen dreitägigen Online-Kurs via Zoom absolviert und wurden im April 2022 durch das OP-Team nunmehr vor allem praktisch und didaktisch weitergebildet.

Wie in den letzten Jahren erfolgt die Vorbereitung der humanitären Einsätze in enger Zusammenarbeit mit den beiden britischen Partnerorganisationen Operation Hernia mit Dr. Chris Oppong und Rwandan Legacy of Hope mit Pastor Osee Nvatuka. Durch die besondere Unterstützung von Prof. Faustin Ntirenganya, Koordinator der chirurgischen Weiterbildung in Ruanda aus der Universität CHUK Kigali und Dr. Deborah Abimana, ärztliche Direktorin des Nyarugenge Provincial Hospital in Kigali wurde dieses neue Kursformat vorbereitet und durchgeführt. Das vorbereitende theoretische Training fand am Freitag, den 22. April 2022 im Nyarugenge Provincial



Abb. 1: CHIRURGEN FÜR AFRIKA

Lorenz R: Train-the-Trainer-Kurs in Kigali im April 2022. *Passion Chirurgie*. 2022 Januar; 12(06): Artikel 09_01.



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



Abb. 2: Ankunft des OP-Teams in Kigali



Abb. 3, 4: Der theoretische Kursteil am Nyarugenge District Hospital in Kigali



Hospital statt und umfasste sowohl chirurgische als auch didaktische Vorträge, die durch alle acht Teilnehmer im Anschluss evaluiert wurden (Tab.1):

Von Montag, dem 25. April 2022 bis einschließlich Freitag, den 29. April 2022 wurden die acht Kursteilnehmer von den vier Tutoren in Kleinstgruppen im Kibagabaga

Hospital in Kigali (PD Dr. Joachim Conze und Dr. Ralph Lorenz) und im CHUB Universitätsklinikum Butare (Dr. Chris Oppong und Dr. David Sedgwick) vor allem praktisch chirurgisch ausgebildet. Das deutsche Team hat am Kibagabaga Hospital in Kigali in dieser Woche insgesamt 40 Hernien-Operationen durchgeführt, davon wurden 26 Operationen von den Kursteilnehmern selbst unter der Supervision

der Trainer durchgeführt. Im OP-Programm waren zahlreiche, auch ausgedehnte Leistenhernien (17 Skrotalhernien). Daneben gab es jedoch auch ganz besondere und auch komplexe Hernienfälle (inkarzerierte Littré Hernie, Amyand Hernie, Sigma-Gleithernie, komplexe Mehrfach-Rezidiv-Leistenhernie und ausgedehnte Unterbauch-Narbenhernie). Hauptfokus des Kurses liegt in der offenen

Tab. 1: Evaluation der Vorträge des Train-the-Trainer-Kurses 2022 (*Schulnoten: 5-exzellente, 4-sehr gut, 3-gut, 2-genügend, 1-schlecht)

	TOPIC	FACULTY	Ø Bewertung*
1	Objectives of Training of Trainers	Chris Oppong	4,625
2	Review of Anatomy of Groin	Ralph Lorenz	4,5
3	How to Communicate Effectively with Trainees	David Sedgewick	4,5
4	Hernia Training Model	Chris Oppong	4,25
5	The Role of Effective Feedback	Robert Munyaneza	4,625
6	Complications of Hernia Surgery 1 -Prevention	Joachim Conze	4,75
7	Complications of Hernia Surgery 2- Management	Joachim Conze	4,75
8	Managing The Poor Performer	David Sedgewick	4,0
9	How To Assess Trainee's Competence	Ralph Lorenz	4,125

**Abb. 5-8:** Der praktische Kursteil im Kibagabaga Hospital in Kigali

Leistenhernien-Chirurgie und in der Vermittlung standardisierter Operationsverfahren, wie der Shouldice-Technik und der Lichtenstein-Technik. Bei den Ventralhernien wurden sowohl offene Naht- als auch Netzverfahren vermittelt. Alle Operationen verliefen ohne Komplikationen, die meisten Patienten wurden nach einem kurzen Krankenhausaufenthalt bereits am ersten postoperativen Tag wieder nach Hause entlassen.

Nahezu alle Kursteilnehmer waren nach dem einwöchigen praktischen Training im Stande, viele Hernien-Operationen selbstständig durchzuführen und auch andere darin unterrichten zu können. Alle Kursinhalte wurden

dabei stets auch durch die Teilnehmer, aber auch durch die Tutoren evaluiert. Die bisherigen Ergebnisse sind überaus vielversprechend, sodass einer Fortsetzung dieses nachhaltigen Kurses zur chirurgischen Weiterbildung in Ruanda nichts im Wege stehen sollte.

Zum Abschluss des Kurses fand am Freitagnachmittag, dem 29. April 2022 eine feierliche Übergabe der Zertifikate für alle Kursteilnehmer statt. Der Gesundheitsminister Ruandas Dr. Daniel Ngamiye war leider kurzfristig verhindert und wurde durch Dr. Patrick Ndimubanzi aus dem Gesundheitsministerium Ruandas vertreten. Die CHIRURGEN FÜR

AFRIKA übergaben in diesem Rahmen an jeden Kursteilnehmer dank der großzügigen Spenden im Vorfeld ein kleines „Starterpaket mit vielen Naht- und Netzmaterialien“.

Ein ganz besonderer Dank gebührt jedem einzelnen Teammitglied der CHIRURGEN FÜR AFRIKA, die sich im Vorfeld und bei der Umsetzung dieses Einsatzes engagierten und auch einen Teil ihres persönlichen Urlaubs für diesen nachhaltigen humanitären Einsatz investiert haben.

Wir freuen uns auf die Fortsetzung dieses neuen Weiterbildungsformats Anfang 2023. 



Abb. 9: Das deutsche Team mit dem Vertreter des Gesundheitsministeriums Ruandas

BILDERRÄTSEL



WELCHER MEDIZINISCHE FACHBEGRIFF VERSTECKT SICH HINTER DIESEM BILD?
.... HABEN SIE ES ERRATEN?

Schicken Sie Ihre Antwort unter dem Stichwort „Passion Chirurgie 06/QII/2022“ an bilderraetsel@bdc.de. Einsendeschluss ist der 01. September 2022. Die Auflösung dieses Rätsels finden Sie im Impressum der nächsten gedruckten Ausgabe im Juni September 2022.

Unter allen richtigen Einsendungen der ersten drei Quartalsausgaben (QI, QII, QIII) verlosen wir Ende 2022 wieder ein Android-Tablet. Die Auslosung wird Mitte November stattfinden und der Gewinner in der QIV/2022 bekannt gegeben.

Teilnahmebedingungen: Jedes BDC-Mitglied darf mitmachen, ausgenommen sind BDC-Mitarbeiter und Mitarbeiter von schaefermueller publishing GmbH sowie deren Angehörige. Bei der Gewinnauslosung sind der Rechtsweg und Barauszahlung ausgeschlossen. Der Gewinner wird schriftlich benachrichtigt. Wir danken für die Teilnahme und wünschen viel Glück.



Wissen – Fortbildung – Updates

Der Chirurg: 12 mal im Jahr – gedruckt und digital

- Themenschwerpunkt mit Handlungsempfehlungen in jedem Heft
- Aktuelle Operationstechniken im Video
- CME: Evidenzbasierte Medizin zum Punkte sammeln
- Organ der DGCH und der DGAV

Jetzt bestellen



TachoSil[®]

SEALANT
MATRIX

Eine echte Leuchte

TachoSil[®] zur Hämostase & Versiegelung

Pflichttext TachoSil[®]



TachoSil[®] in der NCH

 **corzamedical**