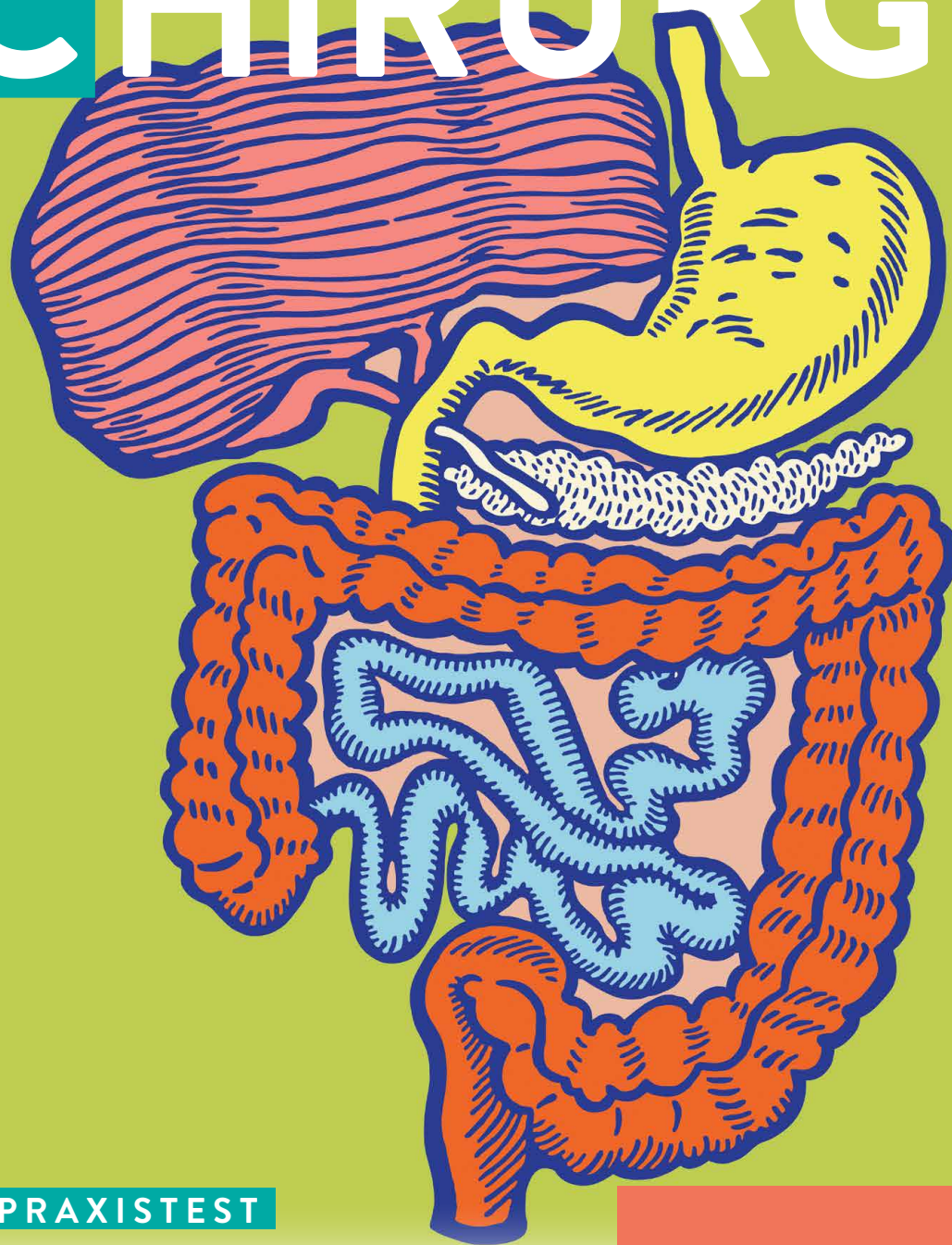


PASSION

CHIRURGIE



BDC-PRAXISTEST

AMBULANTE OPERATIONEN
UND INTERVENTIONEN
PATIENTENGERECHT
VORANTREIBEN – ABER WIE?

im Fokus

UPDATE VISZERAL-
CHIRURGIE

07 | 08 | 2022

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE



BDC  Berufsverband der
Deutschen Chirurgie 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

Chirurgische Onkologie – Aktuelle Entwicklungen

In der aktuellen Ausgabe der *Passion Chirurgie* werden in drei Artikeln die neuesten Entwicklungen bei der Behandlung von Krebserkrankungen des Rektums, der Leber und des Pankreas dargestellt. Neben den operativ-technischen Weiterentwicklungen haben sich vor allem auch die onkologischen Behandlungskonzepte bei den soliden viszeralen Tumoren in den letzten Jahren verändert. Sie sind komplexer und vielfältiger, andererseits gezielter und individueller geworden. Dadurch wird die interdisziplinäre und interprofessionelle Versorgung onkologischer Patienten, eigentlich schon lange geforderter Standard, zunehmend entscheidend für Lebensqualität und Prognose unserer Patienten.

Die Bündelung interdisziplinärer onkologischer Expertise führt letztlich zu einer in den USA und in vielen europäischen Ländern bereits umgesetzten Zentralisierung inklusive Gründung von „Comprehensive Cancer Centers“. Die qualitativ hochwertige Versorgung aller Patienten in der Fläche verlangt aber nach einer besseren Vernetzung der Krankenhäuser und einer Verbesserung der intersektoralen Versorgung in Deutschland. Dieser Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems ist überfällig und sollte idealerweise von uns mitgestaltet werden. Zurzeit wird in Deutschland bisher lediglich über die Mindestmengenregelung komplexer Eingriffe versucht, die bestehende hohe perioperative Letalität und schlechte Behandlungsqualität in der Fläche zu verbessern. Die Mindestmengen in Deutschland sind im Vergleich zu anderen Ländern noch sehr niedrig und werden sicher mit der Zeit höher angesetzt und vor allem durch strukturelle Vorgaben ergänzt werden.

Die Rolle der Chirurgie bei der Versorgung onkologischer Patienten wird aber zukünftig vor allem davon abhängen, dass wir als Chirurgen auch weiterhin die Krankheitsbilder, die Behandlungsoptionen in ihrer ganzen Komplexität verstehen und die Indikationen und den Behandlungsverlauf gestalten. Es wäre für unser Fach und unseren Nachwuchs aus meiner Sicht fatal, wenn wir uns auf den technischen, operativen Akt reduzieren würden. Das Weiterbildungs-Curriculum für chirurgische Onkologie der Arbeitsgemeinschaft Chirurgische Onkologie (ACO) der DGAV ist eine geeignete Weiterbildungsmöglichkeit für Viszeralchirurgen. Ähnliche Curricula werden in allen chirurgischen Fachbereichen entstehen. Letztlich ist auch heute bei den meisten soliden Tumoren des Viszeraltrakts die qualitativ hochwertige chirurgische Behandlung und Resektion Voraussetzung für eine potenzielle Heilung und eine gute Lebensqualität der Patienten.

Der Erfolg einer chirurgischen Therapie ist neben der sicheren Durchführung der Operation vor allem von der perioperative Therapie, dem rechtzeitigen Erkennen von Komplikationen und einem stringenten Komplikationsmanagement abhängig. Hierfür sind neben den strukturellen Voraussetzungen vor allem die personellen Ressourcen in unterschiedlichen Fachdisziplinen vor Ort und rund um die Uhr erforderlich. Die perioperative Behandlung, angefangen von der Diagnostik und Vorbereitung der Patienten (inklusive Prähabilitation) bis zur patientenorientierten, individuell angepassten postoperativen Versorgung (u. a. mittels ERAS-Konzepten: Enhanced Recovery After Surgery) ist eine für den Erfolg der Behandlung entscheidende Aufgabe von uns Chirurgen.



**Univ.-Prof. Dr. med. Jens Werner,
MBA**

Direktor der Klinik für Allgemein-,
Viszeral- und Transplantationschirurgie
LMU, Klinikum der Universität
München
Campus Großhadern, Marchioninstr.
15, 81377 München
Campus Innenstadt, Ziemssenstr. 5,
80336 München

In den letzten Jahrzehnten haben sich die operativen Möglichkeiten durch die Implementierung innovativer Techniken, wie u. a. die minimalinvasive Chirurgie inklusive Robotik sowie die intraoperative Bildgebung von Sonographie bis zu „augmented reality“-Systemen verändert. Viele dieser Techniken bieten potenzielle Vorteile für unsere Patienten und auch für uns als Behandler. Da neue Technologien kostenintensiv, aber gleichzeitig im DRG-System nicht abgebildet sind, ist die Finanzierung dieser Innovationen schwierig.

Durch Reduktion von Komplikationen könnten die Verweildauer und die stationären Kosten gesenkt werden, was sich in Studien für die einzelnen Indikationen jedoch erst noch zeigen muss. Wichtig ist es zudem, im Rahmen von Studien die Eignung dieser Technologien unabhängig und wissenschaftlich zu evaluieren. So wäre bei nachweisbaren

Vorteilen eine Implementierung dieser Technologien in den chirurgischen Alltag und auch eine Berücksichtigung im DRG-System möglich. Die Affinität unseres Fachs zu technischen Neuerungen ist für den chirurgischen Nachwuchs interessant und wichtig. Weitere mögliche Vorteile technischer Innovationen in der Chirurgie sind u. a. das schnellere und sicherere Erlernen operativer Fähigkeiten durch Simulationseingriffe.

Die drei „Update“-Artikel zur Behandlung von Tumoren des Rektums, der Leber und des Pankreas stellen die neuesten Behandlungskonzepte kurz und prägnant dar. Hierbei werden auch die hier von mir skizzierten Facetten der chirurgischen Aufgaben und Verantwortlichkeiten, aber auch die Möglichkeiten und Herausforderungen unseres Fachs deutlich.

Viel Spaß beim Lesen.



Werner J: Editorial – Chirurgische Onkologie –
Aktuelle Entwicklungen. Passion Chirurgie.
2022 Juli/August; 12(07/08): Artikel 01_01.



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

Grußwort 150 Jahre DGCH

Sehr verehrter Herr Bundespräsident,
hohes Präsidium der DGCH,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,



es ist mir eine große Ehre und besondere Freude, der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie die Glückwünsche und Grüße unseres Berufsverbandes zum 150-jährigen Jubiläum zu überbringen. Die Chirurgie hat in dieser Zeit ungeahnte und außergewöhnliche Fortschritte zum Wohle der uns anvertrauten Patientinnen und Patienten erlebt. Operationen, die zu Gründerzeiten unvorstellbar waren und sogar als unverantwortlich abgelehnt wurden, sind heute weit verbreitete Praxis.

Während anfangs noch die „einfache“ Appendektomie nur einzelnen Chirurgen vorbehalten war, sind heute auch dank eines enormen technischen Fortschritts große und

lebensrettende Krebsoperationen, Eingriffe am Herzen, stereotaktische Hirnoperationen und nicht zuletzt Organtransplantationen selbstverständlich. Stets waren Können und Mut der Chirurgeninnen und Chirurgen der Motor, Grenzen zu verschieben, auch bei Einführung multimodaler Therapieverfahren in Kooperation mit benachbarten Fachdisziplinen.

Voraussetzung war und ist die ständige wissenschaftliche Forschung, gebündelt in der Fachgesellschaft. Gleichzeitig konnte dieser Fortschritt nur durch immer weitergehende Spezialisierung und Subspezialisierung erreicht werden.

Dies wiederum führte in der Konsequenz zur Gründung weiterer chirurgischer Gesellschaften in den jeweiligen Subdisziplinen, die dort das Wissen, die Forschung und im Ergebnis die Verbesserung der operativen Behandlungsmöglichkeiten vorantrieben. Immer blieb aber die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie die „Mutter ihrer Kinder“, die sich regelmäßig auch heute noch unter ihrem gemeinsamen Dach versammeln.

Eines dieser Kinder ist damit folgerichtig auch der Berufsverband der Deutschen Chirurgie, mittlerweile schon seit mehr als 60 Jahren. Die vielfältigen Erfordernisse in der berufspolitischen Vertretung von Chirurgeninnen und Chirurgen verlangten nach einer eigenständigen Organisation, um den Einfluss der Chirurgie in Deutschland auch außerhalb der Wissenschaft und Forschung zu stärken.

Dazu gehört auch, dem immer größer werdenden Einfluss der weiblichen Chirurgen Rechnung zu tragen. Nicht nur der ständig ansteigende Anteil von Chirurgeninnen in unserem Berufsverband, sondern auch der Wandel in den Ansprüchen der jungen

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

Generation an eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf verlangen nach neuen Modellen in Fort- und Weiterbildung, Arbeitszeitmodellen und attraktiven Angeboten für beruflich erfüllende Lebensstellungen. Sie, Herr Bundespräsident, haben darauf hingewiesen, dass ein wesentlicher Teil für eine Heilung in der empathischen Zuwendung liegt. Dem stimme ich uneingeschränkt zu, wir brauchen dafür aber ein Umfeld, das uns die notwendige Zeit für diese wichtige Aufgabe gewährleistet.

Ein großes Problem im Gesundheitswesen ist der zunehmende Einfluss externer Investoren in der Kliniklandschaft sowie in medizinischen Versorgungszentren und damit auch generell der wirtschaftliche Druck, der auf die Ärztinnen und Ärzte durchgereicht wird, bis hin zu Forderungen, die medizinische Entscheidung auch ökonomischen Überlegungen unterzuordnen. Das stört ganz wesentlich

die sicherlich vorhandene Motivation der Kolleginnen und Kollegen, belastet, frustriert und schadet vor allem unsere Patientinnen und Patienten. Gemeinsam müssen wir uns dieser Fehlentwicklung annehmen und ihr entgegenwirken.

Wie in jedem familiären Umfeld gab und gibt es gelegentliche Meinungsverschiedenheiten, aber am Ende steht immer die Suche nach einer gemeinsamen Position. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie versteht sich in bester Familientradition als ein weiteres Kind der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie erwachsen und eigenständig, aber stets der Muttergesellschaft tief verbunden.

Nur gemeinsam werden wir weiterhin die anstehenden Probleme lösen und damit vor allem die Chirurgie zum Wohle der Menschen weiterentwickeln.

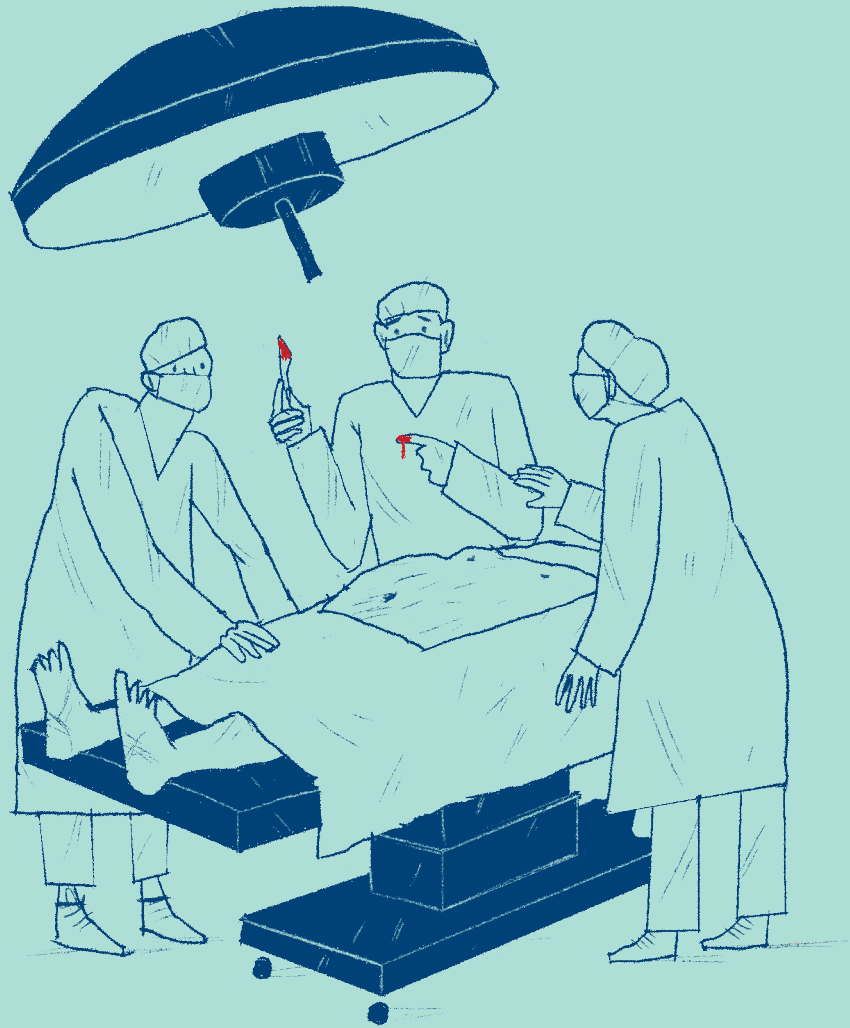
In diesem Sinne: Ad multos annos, DGCH! 

**”
HEUTE SIND, AUCH
DANK EINES ENORMEN
TECHNISCHEN FORT-
SCHRITTS GROSSE
UND LEBENSRETTENDE
KREBSOPERATIONEN,
EINGRIFFE AM HER-
ZEN, STEREOTAKTISCHE
HIRNOPERATIONEN
UND NICHT ZULETZT
ORGANTRANSPLAN-
TATIONEN SELBST-
VERSTÄNDLICH.
STETS WAREN DABEI
KÖNNEN UND MUT
VON CHIRURGINNEN
UND CHIRURGEN DER
MOTOR, GRENZEN
ZU VERSCHIEBEN.“**

Rüggeberg JA: Grußwort 150 Jahre DGCH.
Passion Chirurgie. 2022 Juli/August;
12(07/08): Artikel 01_02.



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



Am Ende braucht jeder einen Verband.



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

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

IMPRESSUM

CHIRURGIE

HERAUSGEBER

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

DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Andreas Seekamp
Vizepräsident:innen: Prof. Dr. med. Hauke Lang,
Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns, Prof. Dr. med. Udo Rolle
Generalsekretär: Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
(V.i.S.d.P.)
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 85748 513
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 © iStock/CSA-Printstock

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 Chirurgie e.V. und der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie e.V. enthalten und den
Mitgliedern vorbehalten.

EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

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

eISSN 2194-5578

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

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



INHALT

3 EDITORIAL

- 3 Chirurgische Onkologie – Aktuelle Entwicklungen
J. Werner
5 Grußwort 150 Jahre DGCH
J.-A. Rüggeberg

10 KURZNACHRICHTEN

12 CHIRURGIE

12

UPDATE REKTUMKARZINOM

F. Kühn, J. Schardey, J. Werner

16

UPDATE PANKREASKARZINOM

M. Ilmer, B. Renz, J. Werner

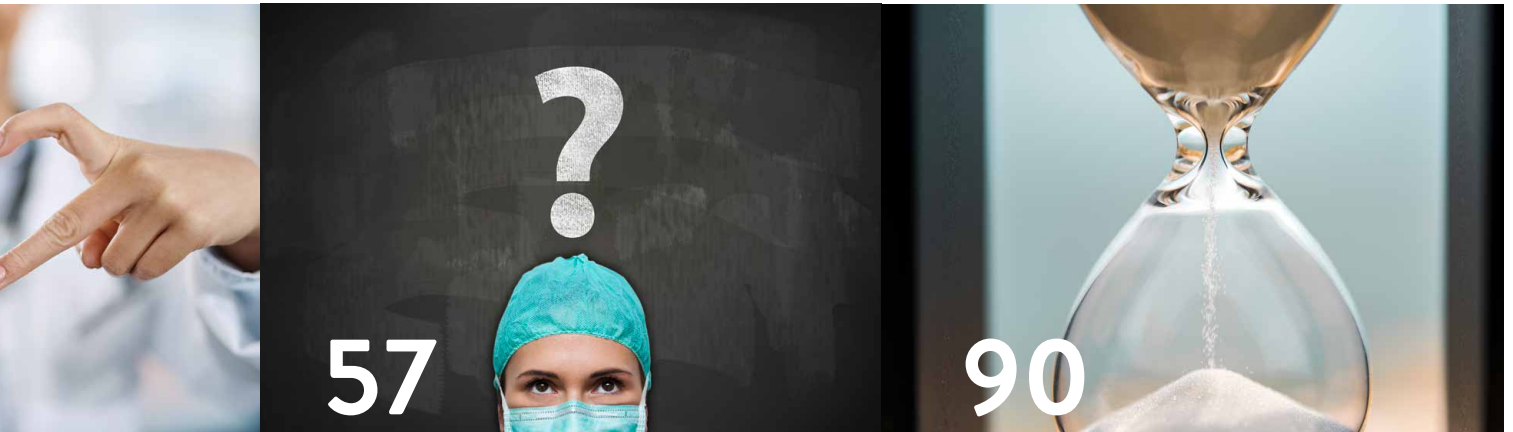
20

UPDATE LEBERCHIRURGIE

J. Pratschke, F. Krenzien, N. Raschzok

25 CHIRURGIE⁺

- 25 Webinare in der BDC|eAKADEMIE
26 Karriere: Zufriedenheit und Arbeits(zeit)gestaltung
von Chirurg:innen in Deutschland – wo stehen wir
aktuell?
F. Fritze-Büttner, C. Kunze, M. Mille
35 Nachwuchs: Die Klassiker, nicht die Kolibris!
H. Wannewetsch



- 40 **Hygiene-Tipp:** Intraoperativer Ultraschall
W. Popp, L. Jatzwauk, M. Wehrl, W. Kohnen
- 42 **REIHE:** Unerwarteter Tod des Praxisinhabers – Teil 5
Praxisführung sichern *S. Hoch*
- 45 **Rezension:** Referenz Allgemein- und
Viszeralchirurgie – Unterer Verdauungstrakt *J. Jähne*
- 46 Personalia
- 47 DRG und Kodierung 2022 in der Chirurgie *T. Auhuber*
- 51 RECHT**
- 51 Das Ende der gleichzeitigen Gesellschafterstellung
und Anstellung im MVZ? *J. Heberer, O. Butzmann*
- 53 COVID-19 als Berufskrankheit im Gesundheitswesen
H. Wannenwetsch, B. Ackermann
- 56 **F+A:** Elektronischer Heilberufsausweis (eHBA)
für Kliniker *J. Heberer*

57 GESUNDHEITSPOLITIK

- 57 **BDC-Praxistest:** Ambulante Operationen
und Interventionen patientengerecht
vorantreiben – aber wie? *A. Billing*
- 64 Deutscher Ärztetag: 6.000 neue
Medizinstudienplätze und mehr Kindeswohl
in Pandemiebekämpfung *H. Wannenwetsch*
- 67 BDC|Pressemitteilungen

69 INTERN

69 DGCH

- 69 Rekrutierende multizentrische chirurgische
Studien in Deutschland *S. Tenckhoff*
- 72 Spendenaufruf und
Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 76 DGCH-Präsidium ab 01. Juli 2022
- 78 Meine Daten haben sich geändert

79 INTERN

79 BDC

- 79 BDC|News
- 81 KV-Wahlen: Unterstützen Sie die BDC-Kandidaten!
H. Wannenwetsch
- 83 Zum 100. alles Gute – Prof. Dr. Walther Weißauer
J. Heberer
- 84 BDC|Landesverbände
- 86 Termine BDC|Akademie
- 89 Lifestyle-Angebote im August 2022

90 PANORAMA

- 90 OP-Management: Zeitfressern auf der Spur
P. Friederich, G. Götz, T. Klöss

07/08 22

Kurz *Nachrichten*

Projekt zu Patientenbriefen erhält Lohfert-Preis 2022

© Christoph Lohfert Stiftung



christoph lohfert stiftung

Die Christoph Lohfert Stiftung hat im Mai ihren Lohfert-Preis an das Projekt „Patientenbriefe nach stationärem Aufenthalt“ vergeben. Dabei handelt es sich um ein Gemeinschaftsprojekt der „Was hab' ich?“ gGmbH, der Herzzentrum Dresden GmbH Universitätsklinik und der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität (TU) Dresden. Der Preis ist mit 20.000 Euro dotiert und wird in diesem Jahr zum zehnten Mal vergeben. Die Verleihung findet am 20. September beim Hamburger Gesundheitswirtschaftskongress statt.

Automatisch, individuell, geprüft und wirkungsvoll – so beschreibt „Was hab' ich?“ die Patientenbriefe. So geht es um automatisch strukturierte, laienverständliche Daten, die in einem persönlichen Brief aus zehntausenden Bausteinen mit von Ärzten erstellten und qualitätsgesicherten Inhalten die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten stärken. Der Patientenbrief bietet damit ohne nennenswerten Aufwand einen echten Mehrwert zum Abschluss des Klinikaufenthalts.

Ein Jurymitglied begründete die Preisvergabe so: „Mit Unterstützung von künstlicher Intelligenz entsteht hier ein patientengerechter Brief, der den Patienten oder die Patientin sehr umfangreich aufklärt, was er oder sie eigentlich hatte und was gemacht worden ist... Das Projekt verbindet vieles, was der Christoph Lohfert Stiftung wichtig ist: Es füllt die Ausschreibungsaspekte „Erreichbarkeit, Aufklärung und Beteiligung“ durch Patientenorientierung und Empowerment mit Leben. Es ist digital, innovativ und wissenschaftlich ordentlich evaluiert.“

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hatte schon im Januar empfohlen, das Förderprojekt in die Regelversorgung zu übernehmen. Der Brief entfalte vor allem bei älteren Patienten und chronisch Erkrankten eine „positive Wirkung“ und werde als „verständlich, hilfreich und informativ“ wahrgenommen, so der G-BA.

Ansgar Jonietz, Geschäftsführer von „Was hab' ich?“ und Erfinder der „Patientenbriefe“ im Interview...

Mediziner sollen wissenschaftlich kompetenter werden

In einem Mitte Juni veröffentlichten Diskussionspapier macht die Leopoldina – nationale Akademie der Wissenschaften in Halle – Vorschläge dazu, wie man die wissenschaftliche Kompetenz von Ärztinnen und Ärzten während der gesamten Berufstätigkeit sicherstellen könne. Das Papier trägt den Titel „Ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung – für eine lebenslange Wissenschaftskompetenz in der Medizin“.

Wissenschaftskompetenz, so das Papier, meint die Fähigkeit, sich kontinuierlich wissenschaftliche Erkenntnisse anzueignen, sie anhand wissenschaftlicher Kriterien und ihrer Relevanz für die ärztliche Tätigkeit

einzuordnen und gemeinsam mit Patienten Entscheidungen zu treffen. Besonders wichtig sei die Fähigkeit zur kritischen Reflexion der Perspektive wissenschaftlichen Denkens und Handelns im Vergleich zu anderen Sichtweisen auf das menschliche Leben. Auch die Fähigkeit, die eigene Subjektivität und Rolle zu reflektieren, gehöre dazu.

Wissenschaftskompetenz bedeute aber auch, den Wissensstand in seinem Fachgebiet nicht nur zu kennen, sondern ihn auch transparent, verlässlich und glaubwürdig zu kommunizieren. Hier bemängelt die Leopoldina, dass für Patientinnen und Patienten derzeit nicht transparent sei, ob behandelnde Ärztinnen und Ärzte auf dem aktuellen Stand der Medizin seien. Eine optimale Gesundheitsversorgung setze dies aber voraus.

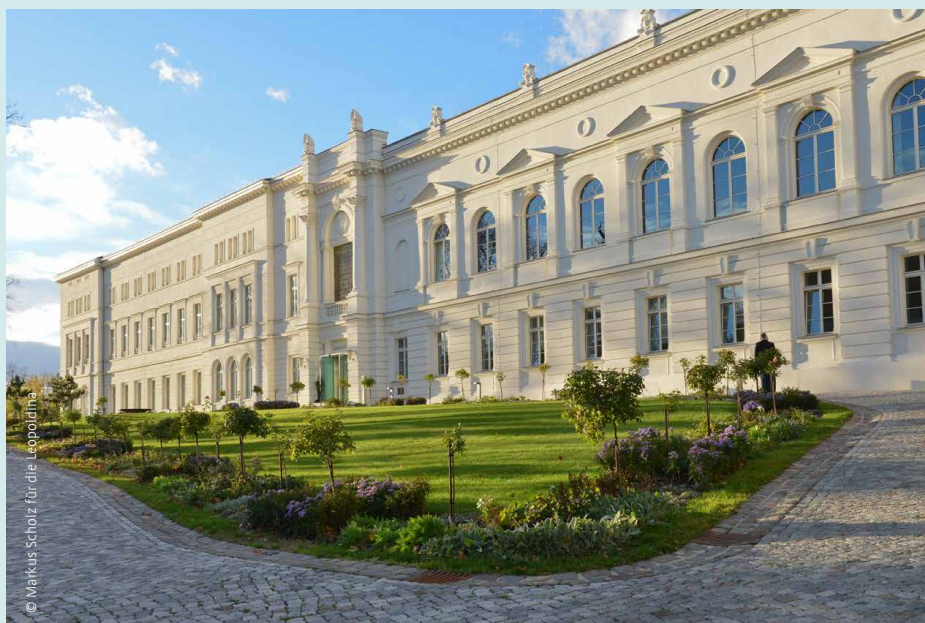
Die Coronavirus-Pandemie habe verdeutlicht, wie wichtig die Fähigkeit zu wissenschaftsbasiertem ärztlichem Denken und Handeln

sei. Und sie habe Schwachstellen aufgezeigt. Gemeint sei zum Beispiel der Umgang mit wissenschaftlichen Erkenntnissen, ihre kritische Einordnung, aber auch die Kommunikation mit Politik und Öffentlichkeit. Die Leopoldina macht dafür den unzureichenden Stellenwert der Wissenschaftskompetenz in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung verantwortlich.

Als Lösung schlagen die Autoren des Papiers vor, die derzeit maßgeblich im Medizinstudium erworbene Wissenschaftskompetenz im Sinne einer „Continuing Medical Education“ in der Weiterbildung zu vertiefen und durch die Fortbildung ein Berufsleben lang zu erhalten.

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Aussagen des Papiers findet sich in der Pressemitteilung der Leopoldina vom 15.6.2022.

[Zum Diskussionspapier der Leopoldina...](#)



© Markus Scholz für die Leopoldina

IM FOKUS

Update Viszeral- chirurgie





Korrespondierender Autor:
PD Dr. med. Florian Kühn
 Oberarzt
 Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
 Transplantationschirurgie
 LMU, Klinikum der Universität
 München
 Campus Großhadern
 Marchionistr. 15
 81377 München
 Florian.Kuehn@med.uni-muenchen.de



Dr. med. Josefine Schardey
 Assistenzärztin
 Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
 Transplantationschirurgie
 LMU, Klinikum der Universität
 München
 Josefine.Schardey@med.uni-
 muenchen.de

Kühn F, Schardey J, Werner J: Update
 Rektumkarzinom. *Passion Chirurgie*. 2022 Juli/
 August; 12(107/08): Artikel 03_01.



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

Update Rektumkarzinom

Die Therapie des Rektumkarzinoms hat in den vergangenen Jahren ein hohes Maß an Innovation erfahren. Dies betrifft jedoch nicht nur die Evolution der OP-Strategien und Techniken, sondern insbesondere den Zuwachs an Erfahrung und Neuentwicklungen im Bereich der multimodalen Behandlung durch Bestrahlung und tumorgerichtete medikamentöse Therapie. Und auch der Zeitpunkt sowie die Intensität der jeweiligen Behandlungsmodalität hat sich in den letzten Jahren gewandelt. Die Einführung und zunehmende Umsetzung der sog. *Totalen Neoadjuvanten Therapie* (TNT) aufgrund konsentrierter Empfehlungen der verschiedenen internistischen, chirurgischen und radiologischen Arbeitsgemeinschaften stellt eine wichtige Neuerung der Therapie beim Rektumkarzinom dar. Für die Chirurgie ist es unabdingbar, sich mit diesem Thema intensiv zu beschäftigen, um genau jene Patienten zu selektionieren, welche tatsächlich von dieser Therapieoption profitieren.

STELLENWERT DER MRT FÜR DEN THERAPIEENTSCHEID BEIM REKTUMKARZIOM

Die qualitätsgesicherte MRT wird zukünftig eine noch wichtigere Rolle für den Therapieentscheid spielen, da die MRT objektiv – anhand von Risikofaktoren – beurteilen lässt, welche Patienten von einer primären OP und welche Patienten von einer intensivierten Vorthherapie profitieren. Ein T3 oder N+ sollten nämlich keine alleinige Entscheidungsgrundlage mehr für eine neoadjuvante Therapie sein [1, 2, 3]. Heute muss die qualitätsgesicherte und standardisierte MRT-Befundung die prognostisch relevanten Risikofaktoren (CRM +/- EMVI, Tumordeposits, laterale Lymphknoten) beinhalten [1]. Dies sind die aussagekräftigsten Prädiktoren, die mit dem krankheitsfreien und dem Gesamtüberleben assoziiert sind [1]. Ohne eine Aussage zu diesen Risikofaktoren

kann heutzutage keine vernünftige Indikation für oder wider eine Vorbehandlung oder primäre OP mehr getroffen werden. So kann bei nachvollziehbar hoher Qualität der Dünnschicht-MRT eine primäre Operation auch bei wandüberschreitenden cT3-Tumoren im mittleren Drittel erfolgen, sofern das Ausmaß der Infiltration ins perirektale Fettgewebe limitiert ist (unter 5 mm; cT3a/b) und ein ausreichender Abstand zur mesorektalen Faszie besteht. Sofern keine zusätzlichen Risikofaktoren (z. B. tiefliegender Tumor, eindeutiger Lymphknotenbefall, EMVI, Tumordeposits) vorliegen, ist dann bei adäquater TME ein dem Stadium I vergleichbares Lokalrezidivrisiko anzunehmen [2]. Hierdurch werden dem Patienten die negativen Nebenwirkungen einer Vorbehandlung und deren Auswirkungen auf die Chirurgie erspart. Auf der anderen Seite sollte bei allen Patienten mit Vorliegen eindeutiger Risikofaktoren die Vorbehandlung inklusive ihrer Intensivierung im Sinne einer TNT im interdisziplinären Tumorboard diskutiert werden.

TOTALE NEOADJUVANTE THERAPIE (TNT)

Die TNT wurde auch vor dem Hintergrund eingeführt, dass ein relevanter Anteil an Patienten mit lokal fortgeschrittenem Rektumkarzinom und entsprechendem Risikoprofil eine adjuvante Therapie aus verschiedenen Gründen nicht in Anspruch nehmen kann. Die TNT erweitert bei gegebener präoperativen Risikokonstellation die neoadjuvante Therapie um eine zusätzliche präoperative Systemtherapie. Diese Therapie kann als Induktionstherapie (vor der Radio- (RT) bzw. Radiochemotherapie (RCT)) oder als Konsolidierungstherapie (nach der RT bzw. RCT) durchgeführt werden, wobei nach aktuellem Stand das Konsolidierungsregime zu bevorzugen ist [4]. Die Radiotherapie kann bei der TNT entweder als Langzeit-Radiochemotherapie oder als 5 x 5 Gy Kurzzeitbestrahlung erfolgen.



Univ.-Prof. Dr. Jens Werner, MBA
Direktor
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Transplantationschirurgie
LMU, Klinikum der Universität
München
Jens.Werner@med.uni-muenchen.de

Durch das Konzept sollen Patienten eine niedrigere Fernmetastasierungsrate und eine höhere Rate an lokaler Komplettremission (CR) erfahren. Die möglichen Vorteile einer TNT sind bereits seit längerer Zeit bekannt, jedoch fehlten bisher gut geplante, randomisierte Studien und klare Einschlusskriterien. Mit der RAPIDO- [4] und der PRODIGE23-Studie [5] wurden nun zwei randomisierte klinische Studien publiziert, die insbesondere die Vor- aber auch die möglichen Nachteile einer intensivierten Vorbehandlung zeigen. Die Einschlusskriterien bei der RAPIDO-Studie wurden nachvollziehbar und exakt formuliert und könnten daher als Standard betrachtet werden. Es handelte sich hierbei um ein gut definiertes Patientenkollektiv mit weit fortgeschrittenen Tumoren, bei denen zumindest eines der folgenden MRT-basierten Hochrisikokriterien vorlag: cT4, cN2, Befall der mesorektalen Faszie (MRF+), extramurale Gefäßinvasion (EMVI+), vergrößerte laterale (extramesorektale) Lymphknoten.

Die beiden vorliegenden Studien konnten durch TNT sowohl eine signifikante Verbesserung des krankheitsfreien Überlebens als auch eine – im Vergleich zur konventionellen RCT – verdoppelte pathologische Komplettremissionsrate (pCR) erreichen. Bei gut einem Viertel der Patienten kam es nach TNT zu einer pCR. Da die Einschlusskriterien bei der RAPIDO-Studie deutlich exakter waren und die Studie somit auch als aussagekräftiger interpretiert werden kann, sollen im Folgenden auch nur kurz ihre Ergebnisse dargestellt und diskutiert werden. Als Vorteile werden die höhere Komplettremissionsrate und die geringere Fernmetastasierungsrate genannt. Tatsächlich ließ sich die Fernmetastasierungsrate durch Anwendung des RAPIDO-Protokolls signifikant reduzieren (26,8 vs. 20 %; $p = 0,005$). Eine pathologische Komplettremission zeigte sich bei 28,4 % der Patienten im Vergleich zu 14,3 % bei konventioneller RCT. Bei einem relativ kurzen Follow-up von drei Jahren konnte jedoch bisher kein Unterschied auf das Gesamtüberleben gezeigt werden. Die Lokalrezidivrate zeigte sich bei Patienten nach TNT tendenziell sogar etwas höher (8,7 vs. 6 %; $p = 0,09$). Dieser Unterschied mag auch durch die schlechtere mesorektale Präparatequalität bedingt sein. So

zeigten sich in der konventionellen Gruppe häufiger intakte mesorektale Präparate – evaluiert vom jeweiligen Chirurgen (85 vs. 78 %). Somit war die TNT in 22 % der Fälle (im Vgl. zu 15 % in der konventionellen Gruppe) mit einer nicht optimalen Chirurgie assoziiert. Nachteile der TNT sind auch – wie zu erwarten – eine deutlich erhöhte Toxizität sowie die lange Dauer der Chemotherapie mit entsprechenden Intervallen zwischen den einzelnen Therapiemodulen. So beträgt das Vorbehandlungsregime bis zur Operation nach dem RAPIDO-Protokoll fast sechs Monate. Die TNT darf demzufolge nicht unselektiert eingesetzt werden, da sonst die Gefahr besteht, das funktionelle und womöglich auch das onkologische Ergebnis der Patienten zu verschlechtern. So konnte nach intensiver Vorbehandlung eine deutlich höhere Rate an LARS gezeigt werden [6]. Nicht näher beschriebene T3-Stadien mit einem unklar definiertem „Risk of Local Recurrence“ sollten daher nicht als generelle Indikation für eine TNT angesehen werden.

„WATCH AND WAIT“ NACH KLINISCH KOMPLETTER REMISSION

Die TNT wird fälschlicherweise von manchen Kollegen mit dem sog. „Watch and wait“-Konzept verwechselt oder gleichgesetzt. „Watch and wait“ als mögliches Konzept im Anschluss an eine TNT kommt jedoch nur nach MR-morphologisch, rektal- bzw. endoskopisch sowie palpatorisch kompletter Remission in Frage, wobei MR-morphologisch auch bei CR meist eine Wandverdickung bestehen bleibt. Das „Watch and wait“-Konzept ist nur diskutabel, wenn keine suspekten Lymphknoten nachweisbar sind und sich endoskopisch allenfalls eine Narbe nachweisen lässt; palpatorisch sollte eine Resistenz ausgeschlossen werden; eine weiche Rektumwand spricht für eine komplette Remission. Die Biopsie hat in dieser Situation keinen Mehrwert, da hier nicht zwischen Schrumpfung oder einer Fragmentierung des Tumors mit Verbleiben einzelner Tumorzellnester in der Wand oder im Mesorektum unterschieden werden kann. Nur bei Vorliegen der für die klinische Vollremission notwendigen Parameter kann – nach ausführlicher Aufklärung des Patienten über die Datenlage und die Notwendigkeit der

engmaschigen Nachsorge – die Frage nach Organerhalt diskutiert werden. In der OPRA-Studie, in der die Rate der Komplettremission nach Induktionschemotherapie gegenüber einer Konsolidierungschemotherapie untersucht wurde, erfolgte das Restaging erst nach 34 Wochen [7]. In Abhängigkeit vom Ergebnis des Restagings wurde dann das „Watch and wait“-Konzept verfolgt oder die TME durchgeführt. In dieser Studie wurde bei 76 % der Patienten nach TNT eine „Watch and wait“-Empfehlung ausgesprochen. Nach drei Jahren zeigte sich in der Gruppe mit Induktionstherapie bei 43 % und nach Konsolidierungstherapie sogar in 59 % der Patienten ein Organerhalt. Eine allgemeine Empfehlung zum „Watch and wait“-Konzept kann auf Basis der aktuellen Daten jedoch nicht ausgesprochen werden. Hierzu fehlen größere Patientenzahlen mit ausreichendem Follow-up sowie randomisierte Phase-III-Studien.

Auch fehlt es weiterhin an einer zuverlässigen Aussage über den optimalen Zeitpunkt für die Evaluation des Therapieansprechens (Restaging). Bei den o. g. Studien zur TNT erfolgte das Re-Staging erst nach ca. sechs Monaten (28 Wochen). Des Weiteren fehlen die eindeutige bzw. einheitliche Definition der klinischen Komplettremission (cCR) sowie standardisierte Follow-up-Protokolle, welche nachvollziehbar im klinischen Alltag zu realisieren sind.

SALVAGE-OPERATION BEI ERNEUTEM TUMORWACHSTUM NACH „WATCH AND WAIT“

Bei ca. 25 % der Patienten mit vermeintlicher cCR nach TNT tritt ein erneutes lokales Tumorwachstum (Regrowth) auf [8]. Falls es zu einem erneuten Tumorwachstum kommt, ereignet sich dies zu 85 % innerhalb der ersten zwei Jahre und zumeist intraluminal [8]. Dennoch kann es auch zu einem späteren Zeitpunkt zu einem erneuten Tumorwachstum kommen, was die fortlaufende engmaschige Nachsorge nötig macht. Im Falle eines erneuten Tumorwachstums sollte die OP erfolgen.

Der Großteil der wiederkehrenden Tumoren ist bei rechtzeitiger Detektion einer Operation in kurativer Intention zuführbar. Die Ergebnisse dieser Salvage-Operationen sollen laut retrospektiver Daten in Bezug auf Lokalrezidiv, Fernmetastasen, krankheitsfreies Überleben und Gesamtüberleben vergleichbar mit derer primär operierter Patienten sein [8, 9]. Die Daten sind aber aufgrund des retrospektiven Designs und geringer Fallzahlen nur unter Vorbehalt übertragbar.

FAZIT

Die hochqualitative MRT mit standardisierter Erhebung der aktuellen, prognostisch relevanten Risikofaktoren ist wesentlicher Bestandteil der Entscheidungsgrundlage für eine Vortherapie beim Rektumkarzinom. Demgegenüber kann bei MR-morphologischem Ausschluss relevanter Risikofaktoren auch im UICC-Stadium II eine primäre Resektion mittels adäquater TME-Chirurgie erfolgen. Das Armamentarium in der Therapie des Rektumkarzinom hat sich mit Einführung der TNT erfreulicherweise zusätzlich erweitert und bietet uns die Möglichkeit einer noch individuelleren Therapie, um das bestmögliche Ergebnis für unsere Patienten zu erzielen.

Die TNT darf jedoch nicht unselektiert eingesetzt werden, da sonst die Gefahr besteht, das funktionelle und womöglich auch das onkologische Ergebnis der Patienten zu verschlechtern.

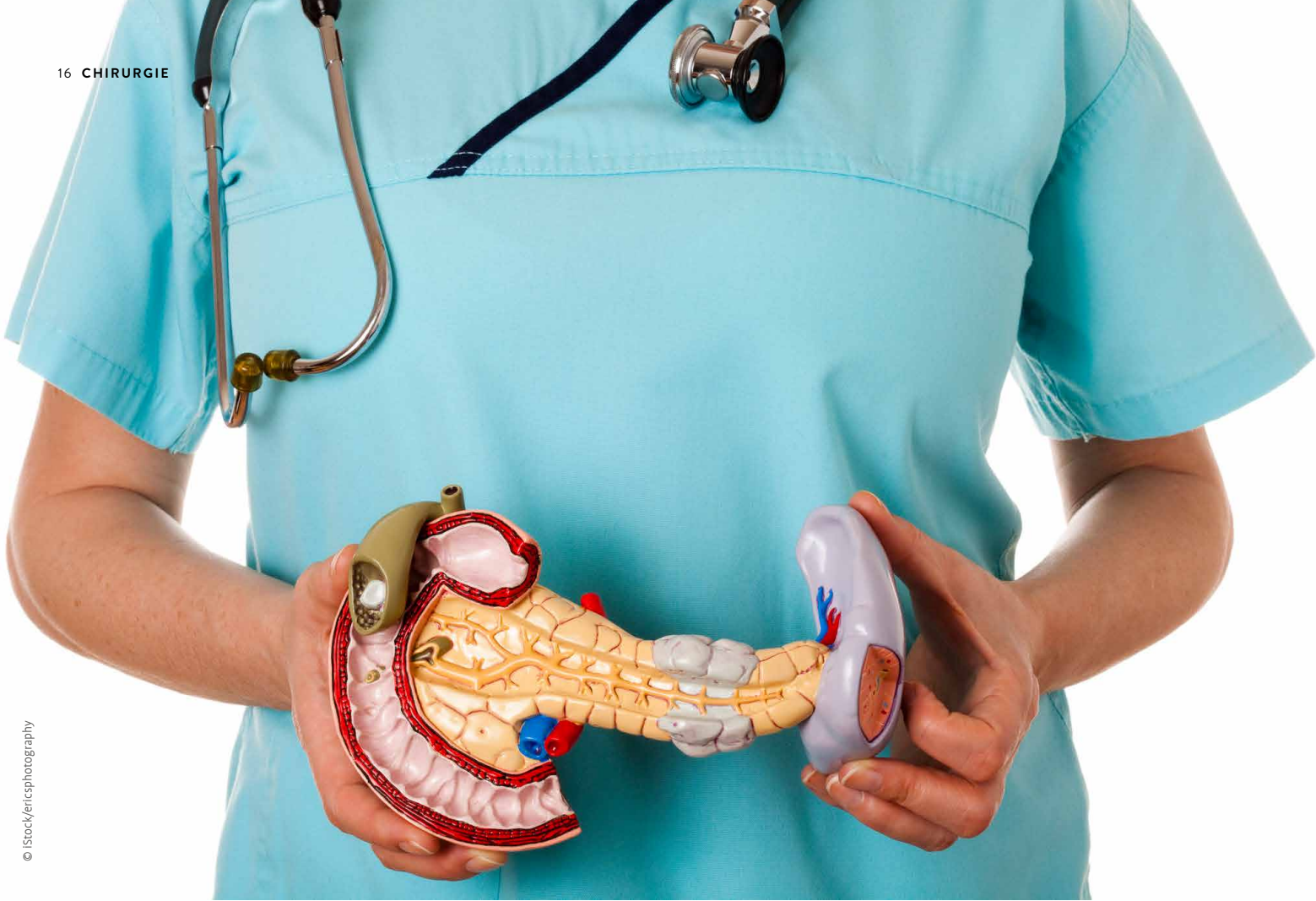
LITERATUR

- [1] Lord AC, D'Souza N, Shaw A, Rakan Z, Moran B, Abulafi M, Rasheed S, Chandramohan A, Corr A, Chau I, Brown G. MRI-Diagnosed Tumour Deposits and EMVI Status Have Superior Prognostic Accuracy to Current Clinical TNM Staging in Rectal Cancer. *Ann Surg* 2020.
- [2] S3 Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Kolorektales

Karzinom, Langversion 2.1, 2019, AWMF Registrierungsnummer: 021/007OL.

- [3] Ruppert R, Junginger T, Ptok H, et al. Oncological outcome after MRI-based selection for neoadjuvant chemoradiotherapy in the OCUM Rectal Cancer Trial. *Br J Surg* 2018;105(11):1519-1529.
- [4] Bahadoer RR, Dijkstra EA, van Etten B, et al. RAPIDO collaborative investigators. Short-course radiotherapy followed by chemotherapy before total mesorectal excision (TME) versus preoperative chemoradiotherapy, TME, and optional adjuvant chemotherapy in locally advanced rectal cancer (RAPIDO): a randomised, open-label, phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2021; 22(1):29-42.
- [5] Conroy T, Bosset JF, Etienne PL, et al. Neoadjuvant chemotherapy with FOLFIRINOX and preoperative chemoradiotherapy for patients with locally advanced rectal cancer (UNICANCER-PRODIGE 23): a multicentre, randomised, open-label, phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2021; 22(5):702-715.
- [6] Sun R, Dai Z, Zhang Y, et al. The incidence and risk factors of low anterior resection syndrome (LARS) after sphincter-preserving surgery of rectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer* 2021; 29(12):7249-7258.
- [7] Julio Garcia-Aguilar, Sujata Patil, Jin K. Kim, et al. results of the organ preservation of rectal adenocarcinoma (OPRA) trial. *J Clin Oncol* 2020. Volume 38, Issue 15_suppl
- [8] van der Valk MJM, Hilling DE, Bastiaannet E, et al. Long-term outcomes of clinical complete responders after neoadjuvant treatment for rectal cancer in the International Watch & Wait Database (IWWD): an international multicentre registry study. *Lancet*. 2018; 391(10139):2537-2545.
- [9] Nasir I, Fernandez L, Vieira P, et al. Salvage surgery for local regrowths in Watch & Wait – Are we harming our patients by deferring the surgery? *Eur J Surg Oncol*. 2019 Sep;45(9):1559-1566.





© iStock/ericphotography

Update Pankreaskarzinom

Als Pankreaskarzinom wird der mit circa 95 Prozent häufigste bösartige Tumor der Bauchspeicheldrüse bezeichnet, der histopathologisch korrekt als duktales Adenokarzinom des Pankreas (PDAC) beschrieben wird. Über die letzten Jahre wurden hier sowohl in der Systemtherapie als auch in der Chirurgie Fortschritte erzielt, sodass sich die Prognose insgesamt – vor allem bei resektablen Befunden – verbessern konnte. Der Altersgipfel dieser Erkrankung liegt bei über 70 Jahren und die Voraussagen deuten darauf hin, dass das PDAC bis 2030 an die zweite Stelle der krebisbedingten Todesfälle rücken wird [1]. Auf Grund der häufigen Komorbiditäten sowie der Komplexität der Eingriffe und perioperativen Behandlung geht die Behandlungshoheit solcher Patienten immer mehr

an hochspezialisierte Zentren mit hoher Fallzahl und entsprechender Expertise über.

DIAGNOSTIK

Auf Grund der geringen Spezifität seiner Symptome wird das PDAC häufig entweder erst spät oder zufällig erkannt. Zu den klinischen Beschwerden zählen Schmerzen, schmerzloser Ikterus, B-Symptomatik vorangestellt eine unerklärte Gewichtsabnahme sowie eine Glukoseintoleranz beziehungsweise ein neu aufgetretener Diabetes mellitus im Jahr vor der eigentlichen Diagnose [2].

Aktuell gibt es keine Marker, die zur Früherkennung des PDAC geeignet sind; die Tumormarker CEA und CA19-9 sind jedoch sinnvolle



Korrespondierender Autor:
PD Dr. med. Matthias Ilmer
 Oberarzt
 Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
 Transplantationschirurgie
 LMU, Klinikum der Universität
 München
 Matthias.Ilmer@med.uni-muenchen.de>



PD Dr. med. Bernhard W. Renz
 Oberarzt
 Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
 Transplantationschirurgie
 LMU, Klinikum der Universität
 München



Univ.-Prof. Dr. Jens Werner, MBA
 Direktor
 Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
 Transplantationschirurgie
 LMU, Klinikum der Universität München
 Jens.Werner@med.uni-muenchen.de

Ilmer M, Renz BW, Werner J: Update
 Pankreaskarzinom. Passion Chirurgie.
 2022 Juli/August; 12(107/08): Artikel 03_02.



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

Verlaufsparameter, die für das Therapieansprechen und in geringerem Maße Aussagen über Therapieentscheidungen (siehe Therapie) nützlich sind.

Ein bildgebendes Screening der Normalbevölkerung wird aufgrund der niedrigen Prävalenz in der Aktualisierung der S3-Leitlinie „Exokrines Pankreaskarzinom“ nicht empfohlen [3]. Für die präoperative Ausbreitungsdiagnostik wird jetzt mit einer „Soll“-Empfehlung die Computertomografie empfohlen, die zum einen Tumorgroße und Infiltration beurteilen lässt und zum anderen durch biphasische Kontrastierung den Gefäßbezug des PDAC zu arteriellen sowie portalvenösen Gefäßen im Oberbauch einordnen lässt [3, 4].

Bei den primär nicht metastasierten PDAC unterscheidet man daher primär resektable von primär nicht resektablen Tumoren. Die letztere Kategorie lässt sich noch anhand der lokoregionären Gefäßbeteiligung in lokal fortgeschrittene („locally-advanced“; LA-PDAC) und in grenzwertig resektable („borderline resectable“; BR-PDAC) PDACs unterteilen. Hier sind insbesondere der Tumorkontakt mit Vena und Arteria mesenterica superior (VMS, AMS), Portader (PA) und Truncus coeliacus (TC) beziehungsweise im Verlauf der Arteria hepatica communis zu beurteilen. Zudem wird die Ausdehnung des Kontaktes in < 180° und > 180° eingeteilt. Einschränkend muss erwähnt werden, dass die ausgesprochen desmoplastische Reaktion des PDAC häufig zu einer bildmorphologischen Überschätzung führt [5] und insbesondere nach Neoadjuvant eine sekundäre Resektabilität erreicht werden kann.

Daher sollten solche Patienten unbedingt in Zentren mit hoher Fallzahl vorstellig werden. Die Klassifikation der CT- oder MRT-basierten anatomischen Resektabilität (Typ A) sollten nach dem Konsensus der Deutschen Röntgengesellschaft strukturiert vorgelegt werden [6]. In Anlehnung an den Konsensus der Internationalen Pankreasassoziation (IAP) aus dem Jahre 2017 wird seit der Erneuerung der deutschen Leitlinie jetzt auch verstärkt auf die Tumorbiologie (Typ B Resektabilität) beziehungsweise die funktionelle oder konditionale Operabilität des Patienten (Typ C Resektabilität) geachtet [7, 8]. Als Surrogatmarker für die biologische Einteilung wird der Tumormarker CA19-9 verwendet. Für die konditionale Einschätzung ist vor allem der ECOG-Status (ECOG ≥ 2) nützlich (Tab. 1).

Um Lebermetastasen – und hier vor allem diejenigen kleiner 1 cm – sicher auszuschließen, wurde jetzt neu die Empfehlung zum Leber-MRT mit Diffusionswichtung gegeben [3]. Neu ist ebenfalls die „Soll“-Empfehlung zum CT-Thorax zur Komplettierung der Ausbreitungsdiagnostik.

THERAPIE

ADJUVANT

Für eine primär chirurgische Resektion kommen nur etwa 15 bis 20 Prozent aller Patienten infrage [9]. Ziel ist hier die komplette Entfernung mit einem mikroskopisch freien Resektionsrand. Anschließend daran ist eine Chemotherapie über sechs Monate empfohlen, die sechs bis 12 Wochen postoperativ begonnen werden sollte. Standard für

Tab. 1: ECOG-Status; A anatomical, B biological (CA19-9 > 500 IU/ml; befallene regionäre LK), C conditional (ECOG 2 oder höher); Neg: negativ für die genannten Parameter; Pos: positiv für die genannten Parameter. Modifiziert nach [7, 8]

Resektabilität	Anatomie	Biologie	Conditional
Resektable R	R-Typ A	Neg: R-Typ A	Neg: R-Typ A
		Pos: BR-Typ B	Pos: BR-Typ C
Grenzwertig-resektabel BR	BR-Typ A	Neg: BR-Typ A	Neg: BR-Typ A
		Pos: BR-Typ AB	Pos: BR-Typ AC
Lokal-fortgeschritten LA	LA-Typ A	Neg: LA-Typ A	Neg: LA-Typ A
		Pos: LA-Typ AB	Pos: LA-Typ AC

Patienten vor dem 80. Lebensjahr in gutem Allgemeinzustand (ECOG 0/1) ist modifiziertes FOLFIRINOX (5-Fluorouracil (5-FU), Folsäure, Irinotecan und Oxaliplatin), ansonsten steht Gemcitabin mono oder in Verbindung mit Capecitabin zur Verfügung [10]. Bei Unverträglichkeiten auf Gemcitabin kann alternativ 5-FU zur Anwendung kommen.

NEOADJUVANT

Bei einem anatomisch als BR- oder LA-eingeschätzten Tumoren sollte eine neoadjuvante Systemtherapie vor der Resektion zum Einsatz kommen. Hier kommen die Kombinations-therapien FOLFIRINOX oder Gemcitabin mit nab-Paclitaxel in Frage. Vorteile der Neoadjuvanz sind die bessere Einschätzung der Tumorbiologie. Patienten mit zumindest bildmorphologisch stabiler Situation eines initialen LA-PDAC sollten zur Einschätzung der sekundären Resektabilität dann exploriert werden. Auch hier gilt, dass die Erfahrung eines Pankreaszentrums mit hoher Fallzahl sowohl zur prä- als auch intraoperativen Einschätzung empfehlenswert ist.

OLIGOMETASTASIERUNG

Als Oligometastasierung bezeichnet man ein (synchrones oder metachrones) Vorliegen von maximal drei Herden im Sekundärorgan. Am häufigsten treten diese Absiedelungen in Leber, gefolgt von Lunge und sehr selten Knochen auf. Retrospektive Studien weisen darauf hin, dass sorgfältig selektionierte Patienten einen Überlebensvorteil nach Resektion der Metastasen haben können; allerdings liegen bislang keine prospektiven Daten vor und somit sollte eine chirurgische Entfernung der Oligometastasen außerhalb von Studien bislang unterbleiben. Diffuse Metastasen sowohl im synchronen als auch im metachronen Setting sollten dagegen nicht reseziert werden.

PALLIATION

Bei Patienten mit ECOG 0-2 und metastasiertem PDAC sollte eine Systemtherapie angeboten werden, da die Lebensqualität (verringertes Schmerzmittelbedarf, geringerer Gewichtsverlust) und das Gesamtüberleben damit verbessert werden können [3]. In der

Erstlinientherapie stehen hier nach der neuen Form der S3-Leitlinie FOLFIRINOX, Gemcitabin allein oder mit nab-Paclitaxel beziehungsweise Erlotinib zur Verfügung. Als individualisierte Therapie steht noch der PARP-Inhibitor Olaparib bei der kleinen Gruppe der BRCA1/2 Keimbahn- oder PALB2-mutierten PDAC Patienten parat. Im Falle einer Mikrosatelliten-Instabilität (MSI) können Immuncheckpoint-Inhibitoren, beispielsweise der anti-PD1 Rezeptorantikörper Pembrolizumab, effektiv sein. Bei Ineffizienz der Erstlinientherapie sollte eine Zweitlinientherapie angeboten werden.

OPERATIONSVERFAHREN

Prinzipiell ist das Ziel sämtlicher OP-Verfahren, beim PDAC eine zeitnahe (also innerhalb von circa zwei Wochen) komplette Entfernung des Tumors samt seiner ableitenden Lymphknotenstationen zu erreichen. Dies bildet die Säule der kurativen Behandlung des PDAC; dazu zählt auch die Resektion im Gesunden, also negative Schnittränder, die mittels Schnellschnitten intraoperativ beurteilt werden können. Im Falle eines positiven Schnellschnitts kann dann sofort nachreseziert und die Rate der RO-Resektionen und damit das Überleben der Patienten erhöht werden. In bestimmten Fällen ist die genaue Einordnung jedoch aus morphologischen Gegebenheiten, wie zum Beispiel einer diskontinuierlichen Ausbreitung oder desmoplastischen Stromareaktion mit ausgedehnter Perineuralscheiden- bzw. Gefäßinvasion, erschwert. Hier empfiehlt sich das Hinzuziehen eines erfahrenen Pathologen, um die exakte Beurteilung des Resektionsrands zu sichern. Das Alter des Patienten per se sollte nicht als Gegenargument für eine operative Therapie darstellen; auch aus diesem Grund empfiehlt sich im Zweifel die Vorstellung in einem Zentrum. Ebenso wenig sollte ein kontinuierlicher, aber RO-resektabler Befall von Nachbarorganen wie Duodenum, Magen oder Kolon die onkologische Operation verhindern.

OFFENE CHIRURGIE

PANKREASKOPFRESEKTION

Für die PDACs des Pankreaskopfes ergibt sich als Standardoperation die partielle

Pankreatikoduodenektomie, die entweder Pylorus-resezierend (OP nach Kausch-Whipple) oder Pylorus-erhaltend (OP nach Traverso-Longmire) durchgeführt werden kann. Das Pankreas wird dabei in der Regel auf Höhe des Durchtritts der PA/VMS abgesetzt und en bloc mit der Gallenblase, Ductus choledochus sowie der ersten Jejunalschlinge entfernt. Als lokoregionale Lymphknotenstationen gelten hier die peripankreatischen und duodenalen sowie am Ligamentum hepatoduodenale, der AH und der rechten Zirkumferenz der AMS und TC [11]. Hier gilt als Konsens, dass mindestens zwölf regionäre Lymphknoten entfernt werden sollen. Wir verwenden eine Längslaparotomie mit Linksumschneidung des Nabels als Standardzugang und explorieren zunächst peritoneale Höhle sowie die Leber nach metastatischen Aussaaten, bevor im Sinne eines „Artery first“ Verfahrens die Freiheit der großen Oberbauchgefäße gewährleistet wird. Zur Prophylaxe einer postoperativen Pankreasfistel können laut S3-Leitlinie Somastatinanaloga eingesetzt werden. In unserer Praxis werden diese auch für fünf bis sieben Tage verwendet, insbesondere bei Hochrisikopatienten mit weichem Pankreas und kleinem, also ungestautem Pankreasgang.

PANKREASLINKSRESEKTION

Als offener Zugang wird ebenfalls eine Längslaparotomie gewählt. Die Durchtrennung des Pankreas erfolgt auch auf Ebene der PA/VMS. Zur onkologischen Resektion von PDACs des Pankreaskorpus oder -schwanzes wird hier die radikale Linksresektion inklusive Splenektomie und Lymphadenektomie durchgeführt.

MINIMALINVASIVE CHIRURGIE

Linksresektionen bei PDAC ohne Gefäßbeteiligung werden heute zunehmend minimalinvasiv, also entweder laparoskopisch oder auch robotisch, durchgeführt. Hier sind in der Regel Vorteile im Hinblick auf eine schnellere postoperative Erholung bei gleicher onkologischer Qualität zu verzeichnen. Allerdings liegen bislang keine Ergebnisse von randomisierten prospektiven Studien dazu vor. Bei der Pankreatikoduodenektomie gibt es hier auf Grund der aktuell unsicheren Datenlage noch

keinen richtungsweisenden Vorteil für die minimalinvasiven Verfahren [12]. Insgesamt sollten solche Verfahren vor allem im Rahmen von klinischen Studien und insbesondere an ausgewiesenen Zentren mit entsprechender Erfahrung durchgeführt werden.

ZENTRUMSCHIRURGIE UND MINDESTFALLZAHLEN

In der aktuellen Version der Leitlinie wird empfohlen, dass Operationen an der Bauchspeicheldrüse beim PDAC in Zentren mit mindestens 20 Pankreasresektionen pro Jahr durchgeführt werden sollen, da dadurch die Morbidität und Mortalität bei diesen komplexen Eingriffen deutlich gesenkt werden kann [8]. Dies wurde auch im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 17.12.2021 festgehalten und so sollen die Mindestmengen sukzessive bis 2025 auf 20 Eingriffe pro Jahr gesteigert werden (Mindestmenge für 2022-2023: 10; Mindestmenge für 2024: 15; Mindestmenge ab 2025: 20).

Die Zentrumschirurgie ist für Patienten durch mehrere bereits erwähnte Faktoren unabdingbar. Hier geht es darum den Patienten prä- bzw. intraoperativ die beste Therapie durch Feststellung der primären und auch sekundären (Ir-) Resektabilität zukommen zu lassen. Diese ist nur durch erfahrene interdisziplinäre Zusammenarbeit von Pankreatologen der verschiedenen Fachrichtungen gewährleistet. Die postoperative Mortalität ist in den Zentren deutlich reduziert, was darauf zurückzuführen ist, dass Komplikationen viel frühzeitiger und adäquat therapiert werden können. Schließlich ist die ständige Gewährleistung von interventionellen und

auch chirurgischen Methoden der Komplikationsbehandlung nach solch komplexen Eingriffen essenziell und nur in großen Teams mit entsprechender Expertise vorhanden.

FAZIT

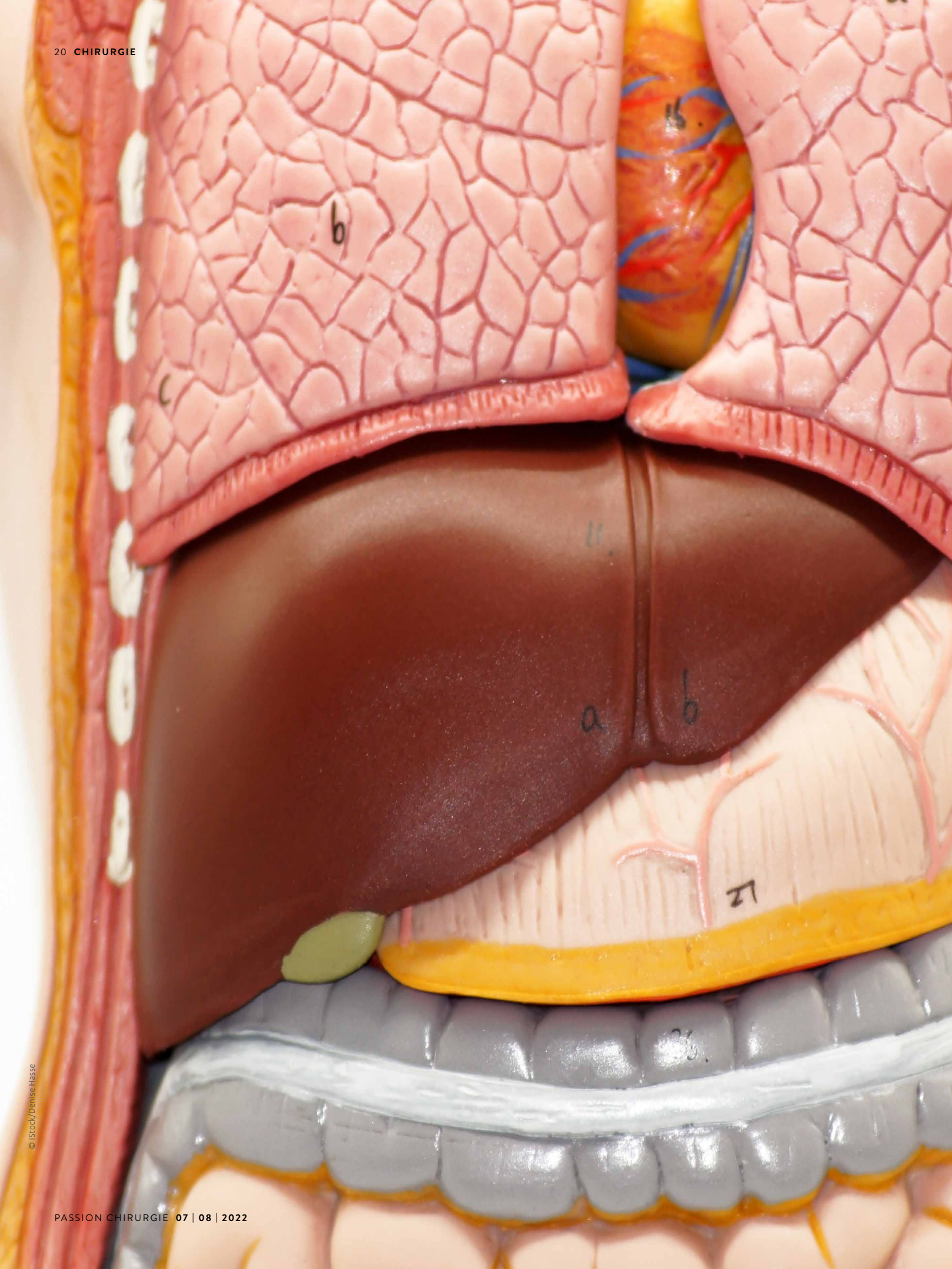
Die operative Resektion des PDAC ist weiterhin in einem multimodalen Konzept die einzige Möglichkeit der Heilung. BR- und LA-PDACs sollten in neoadjuvanten therapeutischen Ansätzen behandelt oder zumindest diskutiert werden. Die oligometastatische Situation kann möglicherweise in hochselektierten Patientengruppen kurativ behandelt werden. Insgesamt ist die Behandlung von Pankreaskarzinompatienten Zentrumsmedizin für hochspezialisierte interdisziplinäre Teams.

LITERATUR

- [1] Quante AS, Ming C, Rottmann M, et al. Projections of cancer incidence and cancer-related deaths in Germany by 2020 and 2030. *Cancer Medicine* 2016;5:2649–2656.
- [2] CHARI S, LEIBSON C, RABE K, et al. Probability of Pancreatic Cancer Following Diabetes: A Population-Based Study. *Gastroenterology* 2005;129:504–511.
- [3] Seufferlein T, Mayerle J, Böck S, et al. S3-Leitlinie zum exokrinen Pankreaskarzinom – Kurzversion 2.0 – Dezember 2021, AWMF-Registernummer: 032/010OL. *Zeitschrift Für Gastroenterologie* 2022;60:991–1037.
- [4] Grenacher L, Juchems M, Schreyer AG, et al. Diagnostik beim Pankreaskarzinom – Update in der neuen Leitlinie. *Der Chirurg* 2022;93:429–440.

- [5] Tempero MA, Malafa MP, Al-Hawary M, et al. Pancreatic Adenocarcinoma, Version 2.2021, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Ne* 2021;19:439–457.
- [6] Persigehl T, Baumhauer M, Baeßler B, et al. Structured Reporting of Solid and Cystic Pancreatic Lesions in CT and MRI: Consensus-Based Structured Report Templates of the German Society of Radiology (DRG). *R Fo – Fortschritte Auf Dem Gebiet Der R Ntgenstrahlen Und Der Bildgebenden Verfahren* 2020;192:641–656.
- [7] Isaji S, Mizuno S, Windsor JA, et al. International consensus on definition and criteria of borderline resectable pancreatic ductal adenocarcinoma 2017. *Pancreatology* 2018;18:2–11.
- [8] Seufferlein T, Mayerle J, Böck S, et al. S3-Leitlinie zum exokrinen Pankreaskarzinom – Kurzversion 2.0 – Dezember 2021, AWMF-Registernummer: 032/010OL. *Zeitschrift Für Gastroenterologie* 2022;60:991–1037.
- [9] D'Haese JG, Renz BW, Werner J. Aktuelle Standards und Perspektiven in der Chirurgie des Pankreaskarzinoms. *Der Onkologe* 2019;25:661–668.
- [10] Seufferlein T, Michalski C. Zukunftskonzepte zur neoadjuvanten und adjuvanten Behandlung des (resektablen) Pankreaskarzinoms. *Der Chirurg* 2022;93:441–445.
- [11] Renz BW, D'Haese JG, Werner J. Maligne Tumoren der Bauchspeicheldrüse. *Cme* 2019;16:57–71.
- [12] Schmidt T, Ghadimi M, Fuchs HF, et al. Chirurgische und interdisziplinäre Therapie gastrointestinaler Stromatumoren. *Der Chirurg* 2022;93:27–33.





**Korrespondierender Autor:****Prof. Dr. med. Johann Pratschke**

Ärztliche Centrumsleitung Charité
Centrum Chirurgie
Direktor der Chirurgischen Klinik
Campus Charité Mitte | Campus
Virchow-Klinikum
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Augustenburger Platz 1
13353, Berlin, Deutschland
johann.pratschke@charite.de
<http://chirurgie.charite.de>

**PD Dr. med. Felix Krenzien**

Schwerpunkt Leberchirurgie
Chirurgische Klinik, Campus Charité Mitte
Campus Virchow-Klinikum, Charité –
Universitätsmedizin Berlin

**PD Dr. med. Nathanael Raschzok**

Schwerpunkt Leberchirurgie
Chirurgische Klinik, Campus Charité Mitte
Campus Virchow-Klinikum, Charité –
Universitätsmedizin Berlin

Krenzien F, Raschzok N, Pratschke J:
Update Leberchirurgie. Passion Chirurgie.
2022 Juli/August; 12(107/08): Artikel 03_03.



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

Update Leberchirurgie

Die Leberchirurgie ist zentraler Eckpfeiler in der Therapie primärer Lebertumore und hepatisch metastasierter Tumorerkrankungen [1] – mit verbesserter medizinischer Evidenz und zunehmender Patientensicherheit erfolgt heute eine immer breitere Indikationsstellung zur Leberresektion. Dies basiert sowohl auf der Implementierung technischer Innovationen als auch der kontinuierlichen Verbesserung perioperativer Behandlungskonzepte. Wichtige Neuerungen der letzten Jahre liegen in der Einführung spezifischer Maßnahmen zur Reduktion von perioperativen Komplikationen und zur Verbesserung des Outcomes [2]. Dies ist von besonderer Bedeutung im Rahmen von multimodalen Therapiekonzepten, bei denen die Leberresektion nur ein Teil des onkologischen Behandlungspfades darstellt und Folgetherapien ohne Verzögerung erfolgen sollen.

Die Einführung minimalinvasiver Operationsverfahren stellt einen weiteren relevanten Entwicklungsschritt in der modernen Leberchirurgie dar: So zeigen die letzten Jahre einen deutlichen Trend zur Implementierung der robotisch-assistierten Leberchirurgie, welche eine konsequente Weiterentwicklung der laparoskopischen Leberchirurgie darstellt und Vorteile dieses Verfahrens mit der technischen Innovation des Operationsroboters kombiniert. In diesem Beitrag sollen diese Themen beleuchtet werden und so ein kurzes Update über die aus unserer Sicht für die Leberchirurgie entscheidenden Entwicklungsschritte der letzten Jahre gegeben werden.

PERIOPERATIVES MANAGEMENT

Perioperative Konzepte zur Verbesserung des Outcomes nach spezifischen Eingriffen (Stichwort *Fasttrack*) waren schon länger

in der Chirurgie bekannt, nichtsdestotrotz stellt die konsequente Umsetzung solcher Konzepte in die klinische Praxis eine fortwährende Herausforderung dar. Schon innerhalb chirurgischer Subspezialisierungen, wie zum Beispiel der Viszeralchirurgie, ist ein für alle Patienten gültiger Behandlungspfad bzw. einer Standardlösung aufgrund der Komplexität der Krankheitsbilder und der Behandlungskonzepte nicht umsetzbar. In der klinischen Praxis einer viszeralchirurgischen Station bedeutet dies beispielsweise, dass Patienten nach einer minimalinvasiven atypischen Leberresektion schneller mobilisiert und Kost aufgebaut werden als nach einer offenen Trisektorektomie. Dieser Umstand wird durch die im Jahr 2016 von der ERAS-Gesellschaft (Enhanced Recovery After Surgery) publizierten Leitlinien für die perioperative Versorgung in der Leberchirurgie adressiert [3]. Durch 23 spezifische Maßnahmen (Items) wird dabei das prä-, intra- und postoperative Management spezifiziert, um so die Komplikationsraten zu reduzieren.

An der Chirurgischen Klinik der Charité wurden diese Leitlinien in einer prospektiven Observationsstudie mit 304 konsekutiv eingeschlossenen Patienten validiert [4]. Die Rate an Gesamtkomplikationen zeigte einen signifikanten Rückgang von 41,2 % (n=21) in der Nicht-ERAS-Gruppe auf 26,5 % (n=67) in der ERAS-Gruppe (P=0,0423). Dies war hauptsächlich auf den Rückgang der Clavien-Dindo Komplikationen des Grades 1-2 von 17,6 % (n=9) auf 7,6 % (n=19) zurückzuführen (P=0,0322). Dieser Effekt war sowohl nach offener als auch nach minimalinvasiver Leberresektion zu beobachten. Entscheidend bei der Implementierung eines solchen Programmes ist die Einbeziehung der Anästhesie, der Intensivmedizin und der Pflege. Durch die Bildung eines Kernteams werden



Abb. 1: Robotisch-assistierte Leberresektion. Der Patient ist in French-Position gelagert; der Bedside-Assistent steht zwischen den Beinen; der Operateur sitzt hinter der Konsole; die instrumentierende Pflegekraft steht rechts vom Patienten.

Standardarbeitsanweisungen (engl. *Standard operating procedures*) erarbeitet und Patienteninformationsbroschüren sowie Patiententagebücher erstellt, die zu einer stringenten Umsetzung der Maßnahmen in den verschiedenen perioperativen Phase beitragen sollen.

Das Monitoring bzw. die Umsetzungskontrolle dieser Maßnahmen erfolgt über die sogenannte *Adherence*, welche in einer Datenbank erfasst wird. So kann beispielsweise nachvollzogen werden, ob die Mobilisierung erfolgreich umgesetzt wurde, [5], und es können (ungewollte) Veränderungen in den postoperativen Abläufen erkannt werden. Die einzelnen ERAS-items werden so ständig validiert und können angepasst werden. Bei Bedarf kann das Klinikpersonal entsprechend nachgeschult werden, um die Umsetzung der Maßnahmen zu verbessern. Die Kosten eines solchen Programmes sind nicht unerheblich,

wenngleich diese über eine geringere postoperative Komplikationsrate amortisiert werden können [2].

TECHNISCHE WEITERENTWICKLUNGEN: MINIMALINVASIVE LEBERCHIRURGIE UND AUGMENTED REALITY

Die maßgeblichen Neuerungen auf dem Gebiet der minimalinvasiven Leberchirurgie konzentrieren sich auf robotisch-assistierten Eingriffe, welche eine Weiterentwicklung der laparoskopischen Leberchirurgie darstellen. Robotisch-assistierte Leberresektionen werden in Europa und der westlichen Welt in zunehmender Frequenz durchgeführt, mit zunehmender Komplexität der durchgeführten Eingriffe [6].

Den im Vergleich zur laparoskopischen und offenen Leberresektion größten Nachteil

stellt jedoch weiterhin die begrenzte Auswahl an Dissektionsverfahren für das Leberparenchym dar. Während inzwischen bei der Laparoskopie alle gängigen Verfahren eingesetzt werden können, sind für die robotische Leberresektion weiterhin nur „Energy devices“ verfügbar. Der *Harmonic ACE* erzeugt hochfrequente mechanische Energie von 55,5 kHz an der aktiven Klinge, um gleichzeitig zu koagulieren und Weichgewebe zu durchtrennen. Eine Abwinkelung des Instrumentes ist jedoch nicht möglich, eigentlich einer der Vorteile des Operationsroboters. Der *Vessel Sealer* als bipolares Instrument ist abwinkelbar, jedoch aufgrund seiner breiten Klingen in unserer Erfahrung für eine präzise Parenchydissektion limitiert. Die Renaissance der Clamp-Crush-Technik ist in diesem Zusammenhang als nur als bedingt fortschrittlich zu bezeichnen. Die Einführung eines robotisch zu steuernden Ultraschallaspirator

(CUSA), wie er häufig bei der offenen oder laparoskopischen Resektion Einsatz findet, wäre ein wünschenswerter nächster Entwicklungsschritt, um das Indikationsfeld für die robotisch-assistierte Leberchirurgie zu erweitern und noch komplexere Eingriffe zu ermöglichen.

Hinsichtlich der Patientensicherheit und des onkologischen Ergebnisses der robotisch-assistierte Leberchirurgie liegen bis dato keine Daten aus randomisierten kontrollierten Studien vor, es wurden jedoch erste größere Serien und Registerarbeiten zu diesem Thema publiziert [7]. In einer in diesem Jahr in *Jama Surgery* veröffentlichten großen internationalen Registerarbeit (International Robotic and Laparoscopic Liver Resection study group investigators) wurde die robotische mit der laparoskopischen Hemihepatektomie rechts in 29 internationalen chirurgischen Zentren verglichen [8]. Von 989 Patienten, welche die Einschlusskriterien erfüllten, wurden 220 Patienten robotisch-assistiert und 769 Patienten laparoskopisch operiert. Die robotergestützten Resektionen waren mit einer signifikant niedrigeren Konversionsrate und einem kürzeren postoperativen Krankenhausaufenthalt verbunden. Die Morbidität (Clavien-Dindo > 2) sowie Mortalität (30 und 90 Tage) war in beiden Untersuchungsgruppen gleich verteilt.

In einer im vergangenen Jahr veröffentlichten Metaanalyse von 26 nicht-randomisierten Studien mit 2.630 Patienten (950 robotergestützt und 1.680 laparoskopische Leberresektionen) war ebenfalls kein Unterschied in der Komplikationsrate zwischen beiden Verfahren festzustellen [9]. Robotisch-assistierte Leberresektionen waren mit einem signifikant geringeren intraoperativen Blutverlust (Mittelwert: 286 vs. 301 mL, $p < 0,001$), aber einer längeren Operationszeit (Mittelwert: 281 vs. 221 min, $p < 0,001$) assoziiert. Befürchtungen hinsichtlich etwaiger negativer Effekte auf die onkologischen Radikalität und das Langzeitüberleben nach robotischen Resektionen wurden ausgeräumt, wenngleich diese Erkenntnisse auf retrospektive Analysen beruhen [10–12]. Hier sind prospektive Studien und größere Patientenkollektive notwendig, um diese Fragen abschließend zu klären.

Die Vergütung des Einsatzes eines komplexen Operationsroboters wird weiterhin nicht im DRG-System abgebildet. Da das postoperative (Komplikations-)Management und der verlängerte Krankenhausaufenthalt die wesentlichen Kostentreiber nach offenen Leberresektionen darstellen [13], und diese Kosten durch den Einsatz minimalinvasiver Techniken potenziell reduziert werden, können höhere intraoperativen Kosten durch den Einsatz minimalinvasiver Operationsverfahren prinzipiell amortisiert werden. Aus unserer Sicht wird der Kostendruck auf Seiten der operativen Techniken jedoch weiter fortbestehen und es bleibt abzuwarten, ob es mittelfristig zu einer deutlichen Reduktion der Materialkosten für die robotisch-assistierte Leberchirurgie kommt. Aktuell ist aus unserer Sicht der Einsatz des Operationsroboter bei komplexen Leberresektionen gerechtfertigt, bei kleineren atypischen Resektionen mit kurzer Operationszeit stellt die Laparoskopie weiterhin das Verfahren der Wahl dar [14].

Interessanterweise hat die amerikanische *Food and Drug Association* (FDA) im Juni dieses Jahres erstmal den Einsatz eines Augmented-Reality-Systems zur Unterstützung im Operationssaal genehmigt (VisAR-Technologie von Novarad, Provo, UT, USA). Dieses System erlaubt, ein 3D-Hologramm basierend auf präoperativ erhobenen bildgebenden Daten über den Körper des Patienten zu projizieren, um so eine Echtzeitführung während Eingriffen an der Wirbelsäule, am Kopf oder am Hals zu ermöglichen. Der Einsatz dieses Systems ist bisher nicht für die Leber vorgesehen, birgt jedoch enormes Potential [15].

STUDIEN IM FOKUS

Randomisierte kontrollierte Studien, sogenannte RCTs, stellen die Voraussetzung für die Implementierung neuer Entwicklungen in die klinische Praxis und die Verankerung in medizinischen Leitlinien dar. Im vergangenen Jahr und den ersten sechs Monaten dieses Jahres sind die Ergebnisse zahlreicher spannender, auf Leber-chirurgische Fragestellungen fokussierte klinische Studien publiziert worden, welche hier in einer kurzen Auswahl präsentiert werden sollen.

Huang et al. verglichen in einer randomisierten Studie mit insgesamt 344 Patienten mit Hepatozellulärem Karzinom den Effekt von 15 vs. 25 Minuten intermittierendem Pringle-Manöver, mit einer je fünfminütigen Reperusionsphase [16]. Die verlängerte hiläre Okklusionsphase erlaubte eine signifikant schnellere Parenchymdissektion mit geringerem Blutverlust bei gleichzeitig nicht nachweisbarem Effekt auf das postoperative Transaminasenniveau als Parameter für eine möglichen Leberparenchymschädigung, dem primären Endpunkt dieser Studie. Auch in der Subgruppenanalysen von Patienten mit laparoskopisch vs. offener Leberresektionen zeigte sich diesbezüglich kein Unterschied. Obgleich die Studie durch den Einschluss von Patienten mit zumeist Hepatitis B-bedingter Fibrose bzw. Child A-Zirrhose und die Fokussierung auf eine Entität limitiert ist, stellt diese Arbeit einen interessanten Anstoß dar, die Pringle-Zeit zu überdenken und diese Aussagen ggf. in einer multizentrischen Studie weiter zu überprüfen.

Die Applikation von Glucocorticoiden ist Gegenstand zweier weiterer, kürzlich publizierten Arbeiten dar: Steinhorsdottir et al. untersuchten in einer randomisierten, doppelt-verblindeten Studie in Dänemark, ob die einmalige präoperative Gabe von 10 mg/kg Methylprednisolon einen Effekt auf die postoperative Komplikationsrate nach offener Leberresektion hat, im Vergleich zu 8 mg Dexamethason als Standard-Protokoll für die antiemetische Therapie [17]. Die gleiche Fragestellung wurde von Bressan et al. untersucht, ebenfalls in einer doppelt-verblindeten Studie, allerdings wurde hier zwischen 500 mg Methylprednisolon i. v. vs. Placebo vor Leberresektion randomisiert [18]. Die präoperative Applikation von 10 mg/kg Methylprednisolon führte zu keinem relevanten Effekt auf die Rate an frühen oder späten postoperativen Komplikationen, wenngleich in der untersuchten Kohorte nur ein Viertel der Patienten eine Major-Resektion erhielten.

In die zweite genannte Studie zur präoperativen Applikation von 500 mg Methylprednisolon wurden 151 Patienten eingeschlossen, die ausschließlich eine Major-Resektion erhielten. Die Hauptindikation zur Leberresektion

stellte bei 69 % dieser Patienten kolorektale Lebermetastasen dar. Die intraoperative Methylprednisolon-Gabe führte zu einer signifikant niedrigeren Komplikationsrate (31 % vs. 47 %). Eine Einteilung nach der Clavien-Dindo Klassifikation wurde jedoch nicht vorgenommen, weshalb keine differenzierte Aussage über die beobachteten Komplikationen möglich ist. In der Glukokortikoid-Gruppe fanden die Autoren darüber hinaus eine signifikant niedrigere Rate an tiefen Wundinfektionen, wenngleich die Kontrollgruppe im Vergleich zur bekannten Literatur eine insgesamt recht hohe Rate aufwies [19, 20]. Zudem lassen diese Ergebnisse keinen Rückschluss auf Minor-Resektionen zu.

Letztes Jahr wurden zudem die onkologischen Langzeitdaten der OSLO-COMET Studie veröffentlicht, in welcher die laparoskopische mit der offenen Leberresektion zur Therapie kolorektaler Lebermetastasen verglichen wurde. Im Rahmen dieser Studie wurden 280 Patienten randomisiert, primärer Endpunkt war die 30-Tage Morbidität [21]. Eingeschlossen wurden Patienten mit Resektion von kleiner/gleich 3 Lebersegmenten, Ausschlusskriterien waren eine Hemihepatektomie, Gefäß- oder Gallengangsresektion, oder eine Kombination mit interventionellen Verfahren. Diese Arbeit zeigte keine signifikanten Unterschiede im 5-Jahres-Überleben (54 % in der laparoskopischen vs. 55 % in der offenen Gruppe). Da das Langzeitüberleben jedoch

nicht den primären Endpunkt dieser Studie darstellt und das Design der Studie für diese Aussage dementsprechend nicht gepowert war, ist die Aussagekraft dieses Ergebnisses limitiert – kann jedoch Anstoß für zukünftige Untersuchungen sein.

HYPERTROPHIEINDUKTION

Zur Hypertrophieinduktion vor (erweiterter) Leberresektion stehen die portalvenöse Embolisation (PVE) der rechten Pfortader und der in-situ Split (engl. *Associating Liver Partition with Portal vein ligation for Staged hepatectomy*, ALPPS) zur Verfügung und unterliegen einem fortlaufenden wissenschaftlichen Diskurs. Vorteile der PVE sind die hohe Patientensicherheit und das interventionelle Vorgehen [22]. Dem gegenüber steht ein relativ langes Zeitintervall von vier Wochen bis zur Leberresektion. Ein möglicher Progress der onkologischen Grunderkrankung, welcher in bis zu 30 % der Fälle beschrieben und zu einem Inoperabilität in bis zu 15 % der Patienten [23] führen kann, stellt einen möglichen Nachteil dieses Verfahrens dar.

ALPPS als chirurgisches Verfahren zur Leberaugmentation erfordert ein deutlich kürzeres Hypertrophie-Intervall von nur in der Regel sechs bis acht Tagen, jedoch sind ist eine deutlich höhere Rate an Major-Komplikationen mit 38 % beschrieben im Vergleich zur PVE mit rund 5 % [22]. Dies ist vor allem für Patienten

mit einem höheren Risikoprofil relevant, und für Patienten, die sich mutmaßlich mehreren chirurgischen Eingriffen unterziehen müssen, wie beispielsweise bei kolorektalen Tumoren. Eine verbesserte Hypertrophie nach PVE kann möglicherweise durch eine Kombination mit einer Embolisation der rechten und mittleren Lebervene erreicht werden. Dieses Verfahren wurde kürzlich in einer retrospektiven Arbeit aus einer Arbeitsgruppe aus Bordeaux in Frankreich vorgestellt [24]. Vier Wochen nach diesem Eingriff hatte das Lebertumorenvolumen um 61 % zugenommen, vs. 29 % in der Gruppe mit alleiniger PVE ($p < 0,0001$). Diese Fragestellung wird in einer aktuell laufenden RCT (HYPER-LIVO1) der gleichen Arbeitsgruppe validiert [24, 25]. Anzumerken ist, dass die Embolisation nicht nur der rechten, sondern auch der mittleren Lebervene eine bessere Hypertrophie begründen kann, da über die klassische PVE das Segment IV nicht adressiert wird [26].

In Zusammenfassung ist die Leberchirurgie durch eine fortwährende Weiterentwicklung sowohl technischer Aspekte als auch des perioperativen Managements geprägt, mit dem Ziel, das operative Vorgehen und das Ergebnis für den Patienten konsequent zu verbessern.

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

Webinare in der BDC|eAKADEMIE

2022

 **Kostenlos**

 **45 Minuten
Live-Vortrag**

 **Diskussion
via Chat**

 **On demand nach
Live-Vortrag**

Webinar-Reihe „Leitlinien in der Chirurgie“

**CME-
Punkte
sammeln**

Beim Klassiker der BDC|eAkademie wird jeden Monat eine Leitlinie der AWMF aus allen Bereichen der Chirurgie vorgestellt.

- 01.09.22** S3-Leitlinie „Intravasale Volumentherapie beim Erwachsenen“
- 29.09.22** S3-Leitlinie „Lungenkarzinom“
- 20.10.22** S3-Leitlinie „Pankreatitis/Exokrines Pankreaskarzinom“
- 01.12.22** S2e-Leitlinie „Patellafraktur“

Webinar-Reihe „Chirurgie aktuell“

Mit dieser Webinarreihe werden aktuelle Themen der Chirurgie fachübergreifend und praxisnah einmal monatlich adressiert.

- 21.09.22** Aktueller Stand der minimal-invasiven Gastrektomie
- 12.10.22** Behandlungsmöglichkeiten von Pseudarthrosen
- 09.12.22** Divertikelkrankheit – Indikation und Operationstrategie

BDC  **AKADEMIE**
Einfach starten!

www.bdc-eakademie.de



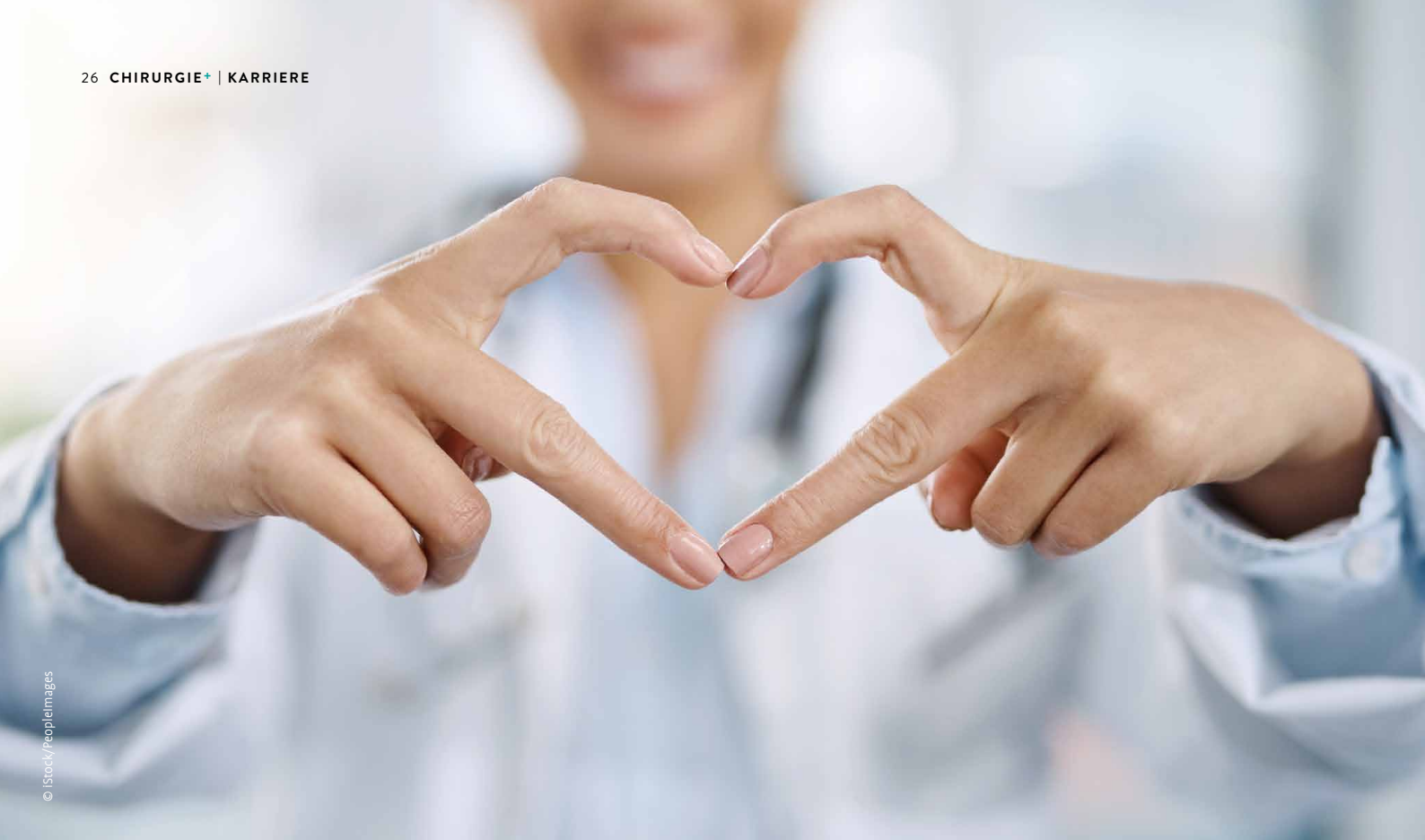
Mit freundlicher Unterstützung von:



Springer Medizin

www.SpringerMedizin.de/kliniken





© iStock/peopleimages

Zufriedenheit und Arbeits(zeit)gestaltung von Chirurg:innen in Deutschland – wo stehen wir aktuell?

Mittlerweile sind 14 Jahre vergangen, seitdem die Berufssituation der Chirurg:innen im Rahmen einer Umfrage des BDC zuletzt evaluiert und in der Passion Chirurgie 2009 veröffentlicht wurde [1]. Es ist nicht verwunderlich, dass sich in diesem Zeitraum sowohl die Chirurgie als auch die Rahmenbedingungen weiter verändert haben. So nimmt nicht nur der Anteil an Frauen stetig zu, die chirurgisch tätig sein wollen, sondern vielmehr haben sich auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen deutlich geändert. Vor allem die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie eine möglichst ausgewogene

Work-Life-Balance sind wesentliche Faktoren, die beide Geschlechter in der Entscheidung für ein schneidendes Fach beeinflussen.

Aufgrund der zunehmenden Relevanz berufspolitischer Themen im Arbeitsalltag, die die berufliche Zufriedenheit der Chirurg:innen in Deutschland beeinflussen, fokussiert die aktuelle Umfrage zunächst auf diese Thematik und bezieht beide Geschlechter ein.

Da bestimmte Themenkomplexe geschlechtsspezifisch sind, wurde der Fragebogen getrennt für Chirurginnen und Chirurgen entwickelt. Der



Dr. med. Frauke Fritze-Büttner
Leiterin Themen-Referat „Familie & Beruf“ im BDC
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Sana Klinikum Lichtenberg
frauke.fritze@sana-kl.de



Claudia Kunze
Presse- & Öffentlichkeitsarbeit
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
kunze@bdc.de



Dr. Dr. med. univ. Markus Mille, FACS
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Helios Klinikum Erfurt
markus.mille@helios-gesundheit.de

Fritze-Büttner F, Kunze C, Mille M: Zufriedenheit und Arbeits(zeit)gestaltung von Chirurg:innen in Deutschland – wo stehen wir aktuell? *Passion Chirurgie*. 2022 Juli/August; 12(07/08): Artikel 04_02.



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

Fragebogen enthielt dabei vollumfänglich 118 Fragen zu den Themen der Arbeits(zeit)gestaltung, der beruflichen Belastung sowie zu familiären und sozialen Kernpunkten. Analog einer im Jahr 2019 publizierten Befragung [3], in der es vor allem um die Neuregelung des Mutterschutzrechts ging, haben wir nochmals Fragen zur Tätigkeit schwangerer Chirurgen aufgenommen. Dies geschah vor dem Hintergrund, dass die Reformen nach dem Gesetz bis dato nicht in gewünschtem Maße umgesetzt sind. Mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und einem Anschreiben an die Mitglieder der einzelnen Fachgesellschaften sowie durch Nutzung von Social-Media-Möglichkeiten waren im Juni 2021 die Chirurgeninnen und Chirurgen in Deutschland eingeladen worden, an der Umfrage zur beruflichen Zufriedenheit teilzunehmen. Die Auswertung erfolgte getrennt entsprechend der Meinungen der Chirurgeninnen und Chirurgen. Zeigten sich deutliche Differenzen, wird spezifisch darauf hingewiesen. Übereinstimmende Äußerungen wurden als solche zusammengefasst.

BASISDATEN

Insgesamt beteiligten sich 1.940 Chirurgeninnen und Chirurgen. Dabei zeigte sich in der Beantwortung der Fragebögen eine Geschlechterverteilung von 1.276 Männern (65,2 %) und 662 (34,1 %) Frauen (2 Befragte gaben „Divers“ an). Prozentual bezogen auf die Grundgesamtheit der in Deutschland mit 5.123 tätigen Ärztinnen

und 19.655 Ärzten in chirurgischen Fachgebieten nahmen ca. 13 % aller Chirurgeninnen und nur knapp 6,5 % aller Chirurgen an der Beantwortung des umfangreichen Fragebogens teil [2]. **Abbildung 1** illustriert die Altersverteilung der Umfrageteilnehmenden. 3,0 % der Befragten waren jünger als 30 Jahre und 50 % der Befragten zwischen 30 und 49 Jahre alt, also in einem Alter, in dem familiäre Belange zunehmend im Vordergrund stehen. 42,8 % befanden sich zwischen dem 50. und 65. Lebensjahr und 4,2 % waren älter als 65 Jahre.

89,8 % der Befragten waren zum Umfragezeitpunkt chirurgisch aktiv tätig (3,9 % erkrankt, in Mutterschutz oder Elternzeit, 3,2 % waren nicht mehr chirurgisch tätig, 0,5 % nicht berufstätig und 2,6 % im Ruhestand.)

Insgesamt konnten 1.749 (90,2 %) komplette Datensätze in die Auswertung einbezogen werden. Vielleicht war die Fülle der Fragen auch ursächlich dafür, dass 191 Fragebögen nicht vollständig beantwortet worden sind. 71,6 % der Befragten waren Mitglieder des BDC.

Im Folgenden wird vornehmlich auf die Themen der Arbeitszeitgestaltung eingegangen. Die Ergebnisse der weiteren Kernthemen wie psychische Belastung und Fragen zum Thema Operieren in der Schwangerschaft sowie Unterstützung in der Betreuung von Kindern und Angehörigen werden zu einem späteren Zeitpunkt publiziert.

Altersverteilung

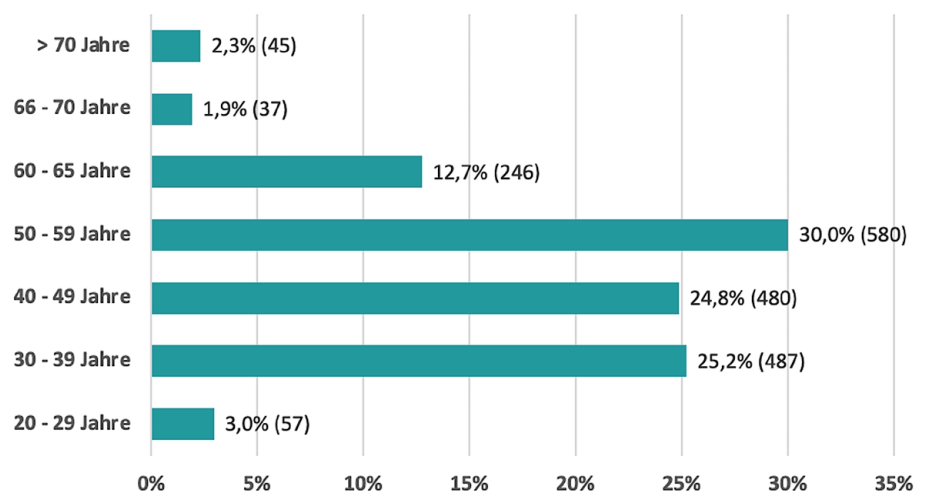


Abb. 1: Altersverteilung der Umfrageteilnehmer:innen

Betrachtet man den Versorgungstyp, in dem die Befragten tätig sind, so wurden hier mehrheitlich Krankenhäuser der Grund- und Regel- sowie Schwerpunktversorgung angegeben. In etwas mehr als 30 % arbeiten die Teilnehmer:innen der Umfrage in Krankenhäusern der Maximalversorgung sowie Universitätskliniken (**Abb. 2**). 13 % gaben an, im ambulanten Sektor (MVZ, Praxis) tätig zu sein. 2,5 % der Kolleg:innen sind in anderen Gesundheitseinrichtungen oder sonstigen Arbeitsverhältnissen tätig.

Ergänzend dazu wurde die Funktionsstellung innerhalb der Versorgungseinrichtung erfragt (**Abb. 3**). Interessanterweise fand sich dabei ein hoher Anteil an Oberärztinnen und -ärzten sowie leitenden Ärzt:innen. Die differenzierte Darstellung der fachlichen Qualifikation zeigt deutlich, dass zunehmend Chirurginnen sich mit der Thematik auseinandersetzen. Unter den teilnehmenden Assistenz-, Fach- und Oberärztinnen und -ärzten waren die Frauen dominierend.

Betrachtet man die Verteilung der Funktionsstellung in Abhängigkeit vom Geschlecht (**Abb. 4**), so findet sich indirekt in der Beantwortung dieser Frage ein noch deutlicher Hinweis auf einen bestehenden „Gender Gap“ in der Besetzung leitender Positionen (Leitende/r Oberärztin/Oberarzt, Chefärztin/ Chefarzt, Ordinaria/ Ordinarius). Während 39 % der männlichen Teilnehmer angegeben haben, in dieser Position tätig zu sein, waren es lediglich 13,9 % der Frauen.

Wie bereits zuvor geschildert, stellte die Erhebung der Arbeitsbedingungen einen wichtigen Teilaspekt dieser Umfrage dar.

Nachdenklich stimmte bei der Auswertung der Umfrage, dass nahezu die Hälfte der befragten Chirurginnen und Chirurgen bereits in Betracht gezogen hatte, ihre Profession aufgeben zu wollen (**Abb. 5**). Dabei muss an dieser Stelle berücksichtigt werden, dass der BDC und alle chirurgischen Fachgesellschaften seit Jahren intensiv versuchen, die Arbeitsbedingungen zu verbessern und unseren Nachwuchs für die Chirurgie zu begeistern. Trotz allem scheinen wir jedoch entscheidende Stellschrauben im chirurgischen Alltag, die uns an unserer Profession zweifeln lassen, nicht zu erfassen.

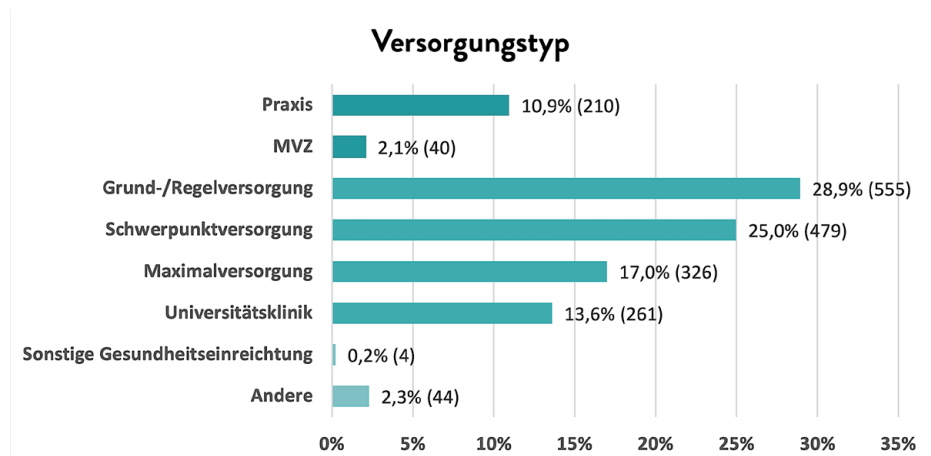


Abb. 2: Verteilung des Tätigkeitsbereichs anhand des Versorgungstyps

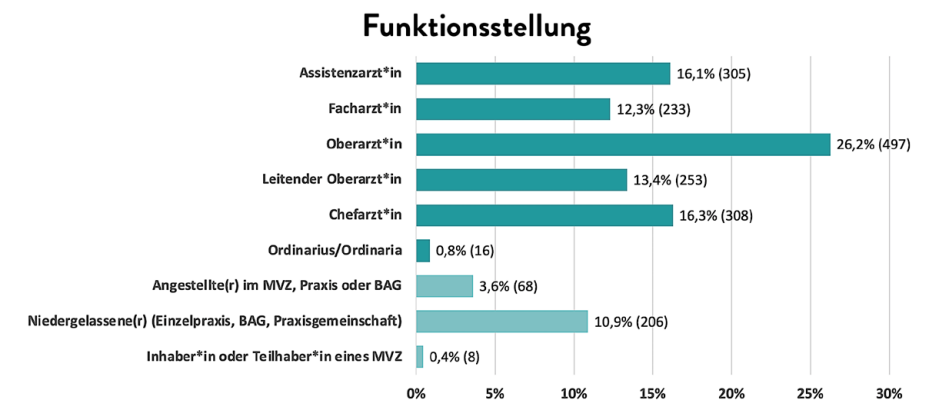


Abb. 3: Funktionsstellung innerhalb der Versorgungseinrichtung

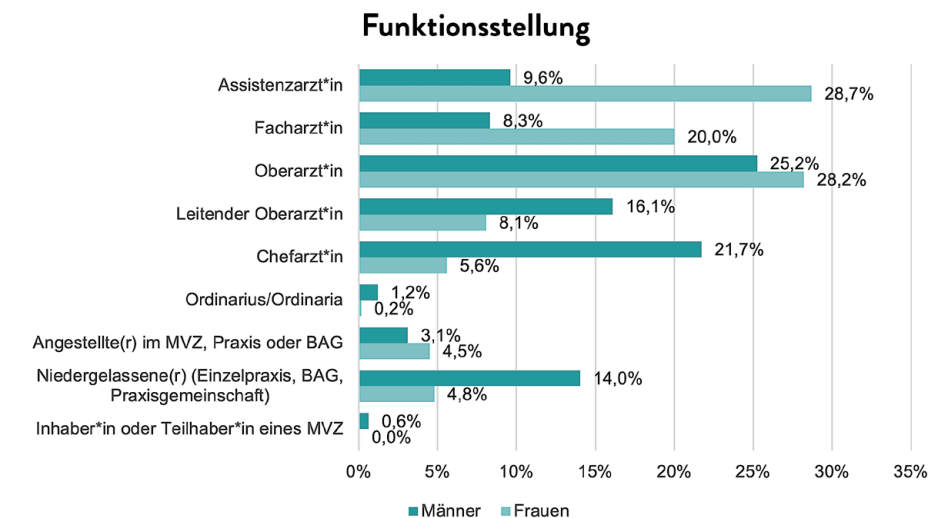


Abb. 4: Funktionsstellung in Abhängigkeit vom Geschlecht

Schaut man nach den Ursachen, so sind es neben der immer noch zunehmenden Bürokratie und den anfallenden administrativen Tätigkeiten, die vornehmlich als belastend

angesehen werden, die Überstunden und langen Dienstzeiten (**Abb. 6**). Dies stimmt nachdenklich, da der Beruf immer noch um seine Attraktivität kämpft.

Haben Sie schon jemals gedacht, den Beruf des/der Chirurg*in aufzugeben?

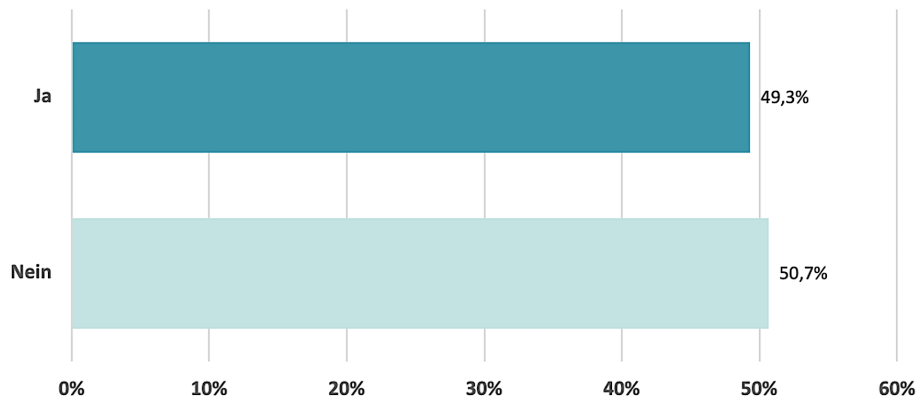


Abb. 5: Haben Sie daran gedacht, Ihren Beruf aufzugeben?

Wie sehr fühlen Sie sich in Ihrer beruflichen Situation belastet durch...

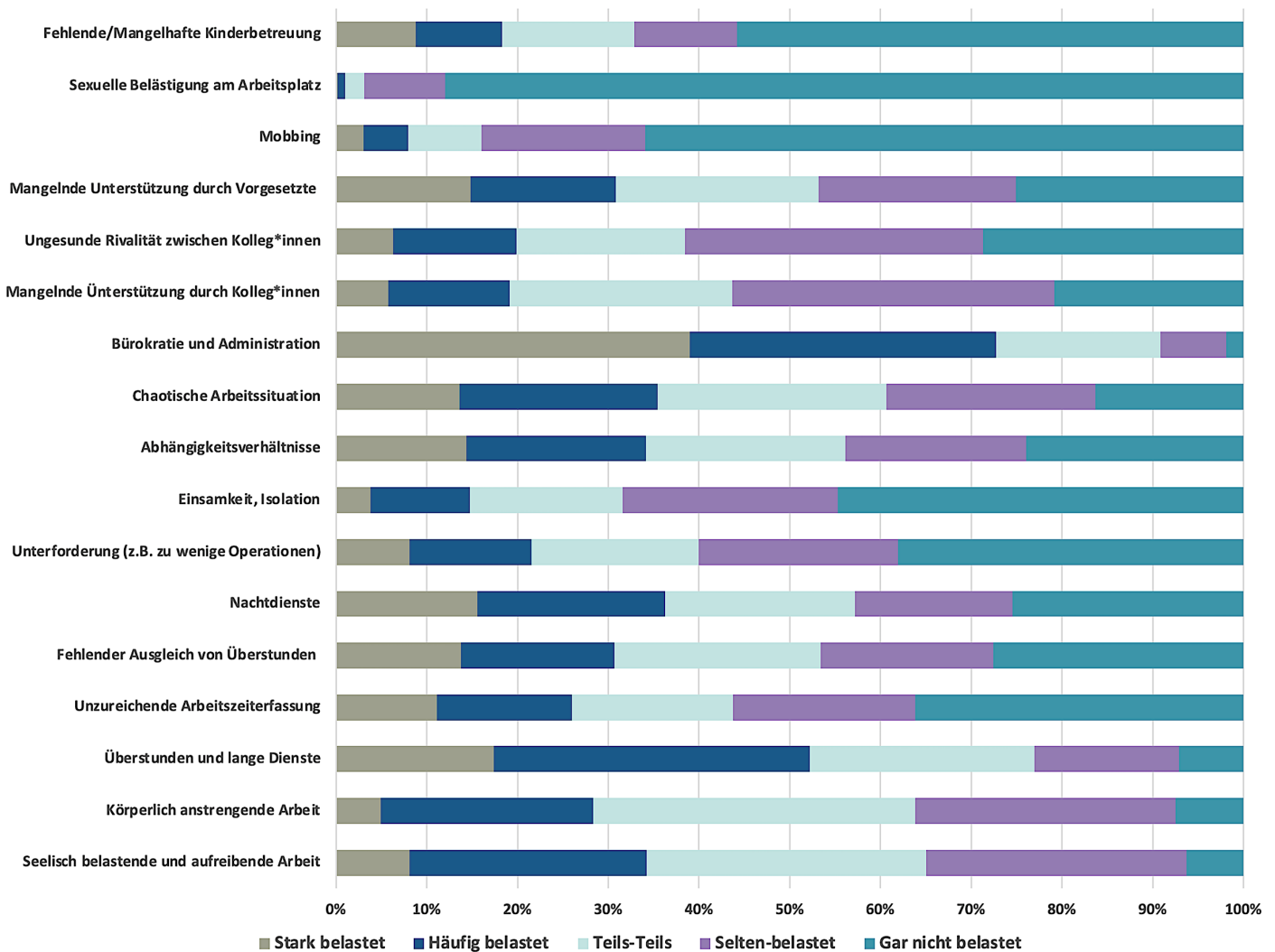


Abb. 6: Faktoren und deren Wichtung im Rahmen beruflicher Belastung

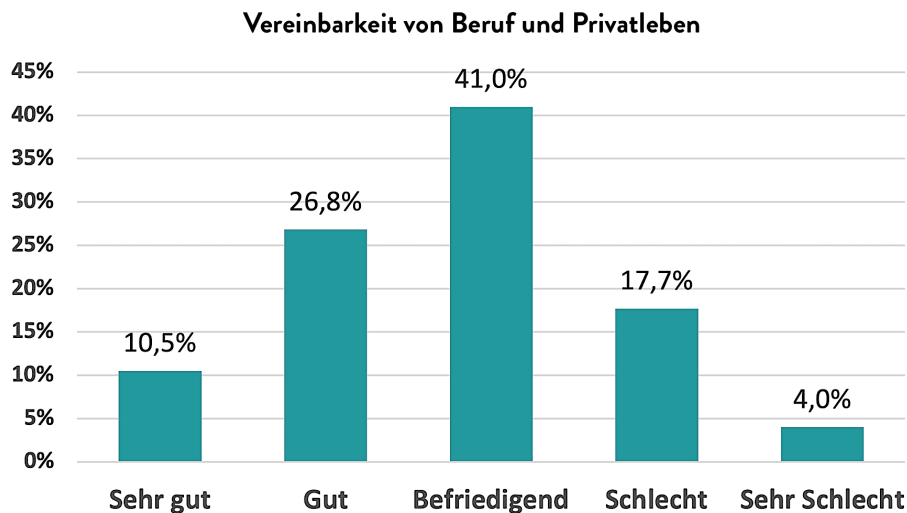


Abb. 7: Vereinbarkeit von Familie und Beruf

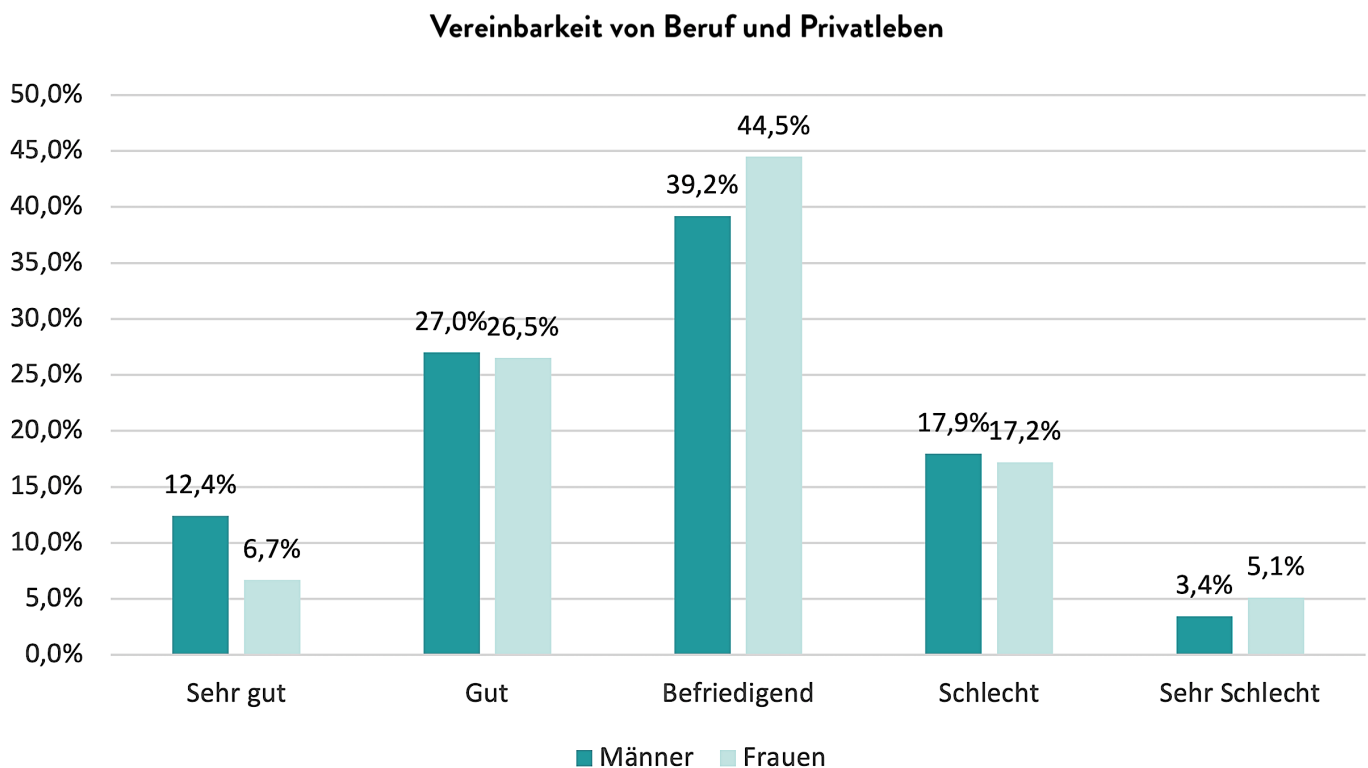


Abb. 8: Vereinbarkeit von Familie und Beruf (geschlechterspezifisch)

Ein wesentliches Kriterium bei der Facharztwahl bleibt die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Im Rahmen der Umfrage äußerten 62,7 % der Befragten diesbezüglich ihre Unzufriedenheit, wobei keine wesentlichen Unterschiede zwischen Chirurginnen und Chirurgen ersichtlich waren (Abb. 7). Unter den 37,3 % der zufriedenen Chirurg:innen

waren tendenziell die Chirurgen jedoch immer noch etwas positiver gestimmt (Abb. 8).

Zur Steigerung der Zufriedenheit der Ärzt:innen wird seit Inkrafttreten des Teilzeit- und Befristungsgesetzes (TzBfG) im Jahre 2001 zunehmend die Möglichkeit zur

Verkürzung der Wochenarbeitszeit genutzt. Bereits in einer vorangegangenen Umfrage des BDC unter Assistenzärzt:innen, eruiert 2018/ 2019, hatten 51,21 % angegeben, ggf. ihre Arbeitszeit reduzieren zu wollen, um der zunehmenden Arbeitszeitverdichtung und der hohen zeitlichen Arbeitsbelastung entgegenzuwirken [4].

Während es 2010 noch knapp 10 % der Chirurg:innen waren und die Zahl 2017 sich bereits verdoppelt hatte, liegt diese in der aktuellen Umfrage sogar bei 16,3 % [5, 6]. Dabei sind 32,2 % der in die Umfrage eingeschlossenen Chirurginnen bereits in Teilzeit tätig, aber auch immerhin 8,1 % der Chirurgen.

In arbeitsmedizinischen Untersuchungen zu Arbeitsvorstellungen von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung planten zu

Weiterbildungsbeginn ca. ein Drittel der Ärztinnen als Fachärztin in Vollzeit arbeiten zu wollen. Am Ende der Weiterbildung hatte sich dieser Prozentsatz mehr als halbiert. [7]

Wird Arbeitszeit reduziert, entscheidet sich jede zweite Chirurgin und auch jeder zweite Chirurg für eine Reduktion auf 75 bis 80 % (Abb. 9).

Bei verkürzter Arbeitszeit wird die tageweise Verkürzung bevorzugt, d. h. ein freier Tag pro

Woche oder „gesammelte“ freie Tage. 62,1 % der Kolleg:innen, die bereits in Teilzeit tätig sind, haben keine Befristung ihrer Arbeitszeitverkürzung. Arbeitszeitverkürzung muss aber dem Anspruch einer Reduktion der ärztlichen Tätigkeit gerecht werden und bedeutet nicht, dass mit anfallenden Überstunden eine 40- bis 42-Wochenstunden-Arbeitszeit erreicht wird.

Betrachtet man die Gründe für die Wahl der Teilzeitarbeit, so war für Chirurginnen vornehmlich die Kinderbetreuung (60,9 %) der Grund, in Teilzeit zu arbeiten (Abb. 10). Dies deckt sich mit vorangegangenen Untersuchungen [7]. Bei den männlichen Kollegen war es die berufliche Belastung, die dazu führte, die Arbeitszeit zu reduzieren.

Kolleg:innen, die nicht in Teilzeit arbeiten, wurden gefragt, ob sie sich vorstellen könnten, zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf (vorübergehend) ihre Arbeitszeit zu reduzieren. Das befürworteten 65,7 % der Chirurginnen und auch mehr als die Hälfte (51,6 %) der befragten Chirurgen (Abb. 11). Durchschnittlich 12 % der Chirurg:innen konnten sich diesbezüglich nicht entscheiden, schlossen die Möglichkeit aber auch nicht aus. Aber falls die Entscheidung zur Teilzeit getroffen werden sollte, haben tagefreie

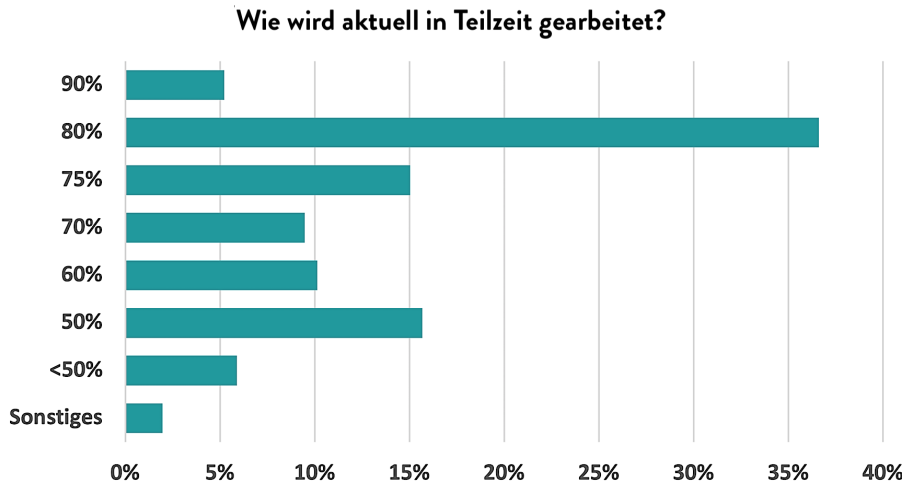


Abb. 9: Gewählte Teilzeitreduktion von Chirurg:innen

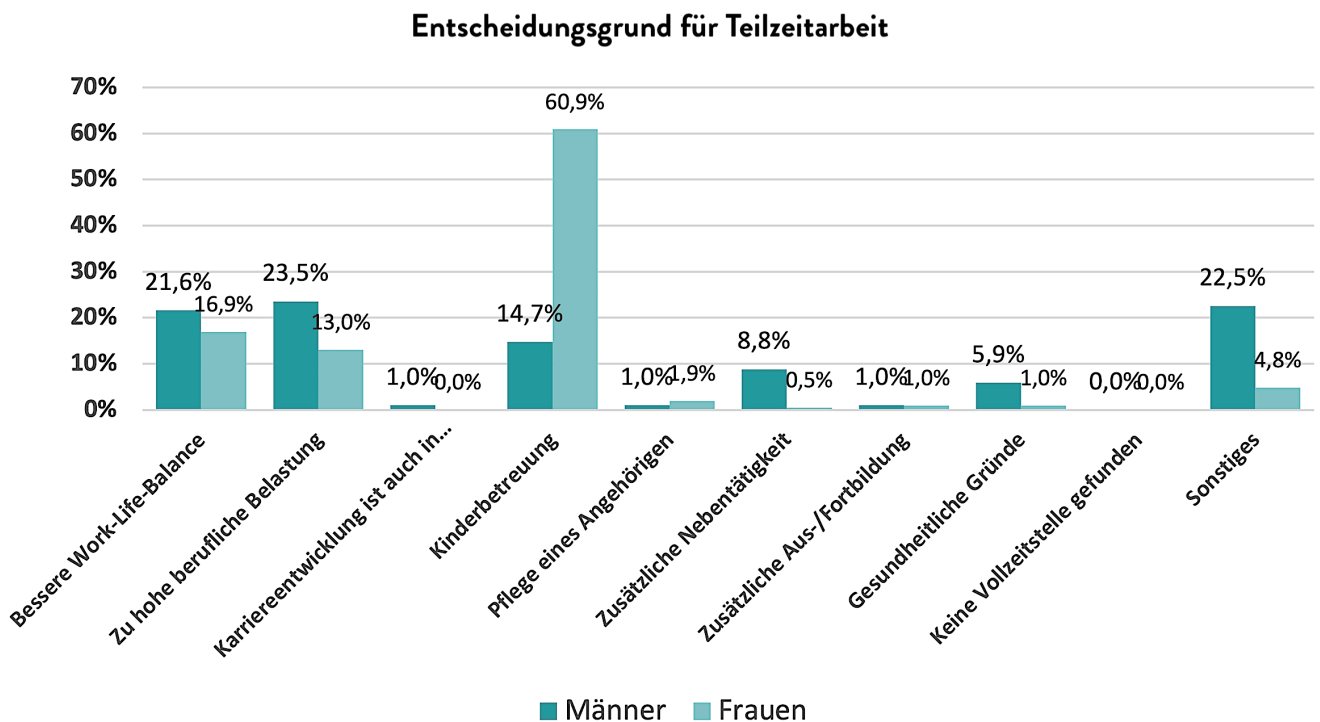


Abb. 10: Entscheidungsgrund für die Wahl der Teilzeitarbeit

Vorübergehende Reduktion der Arbeitszeit zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf?

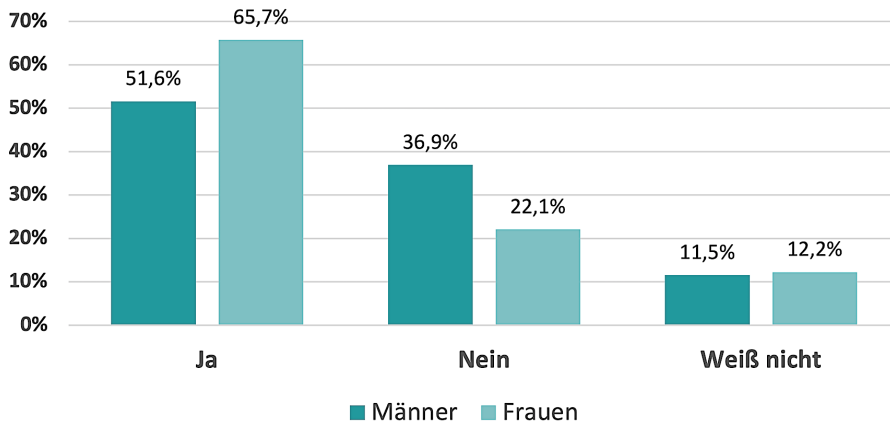


Abb. 11: Vorstellbarkeit einer vorübergehenden Teilzeitarbeit

Arbeitszeitverkürzungen, ohne Begrenzung der zeitlichen Dauer der Vertragsänderung, Priorität.

Interessant waren die Gründe der Chirurg:innen, die keine Teilzeitstelle zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben in Betracht ziehen. Zuerst ging es hierbei um die Verantwortung als Inhaber:in einer Führungsposition (26,4 %) gefolgt von den mit Arbeitszeitreduktion einhergehenden finanziellen Verlusten (23,9 %). Die Verlängerung der Facharztweiterbildung und ein möglicher Karriereknick wurden mit 5,7 % und 13,6 % als nicht so relevant angesehen. Betrachtet man allerdings die Chirurginnen und Chirurgen getrennt, zeigen sich auch

die geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Beweggründe (Abb. 12). Chirurginnen sehen als wesentlichen Grund einen möglichen Karriereknick, wenn sie ihre Arbeitszeit verkürzen, und befürchten auch doppelt so häufig, dass sich mit einer Verkürzung der Arbeitszeit die Facharztausbildung verlängert. Chirurginnen sind diejenigen, die bereits derzeit vornehmlich Teilzeit arbeiten und zumeist den höheren Anteil in der Dreifachbelastung Beruf, Familie und Haushalt innehaben. Mit dem Wunsch, der Familie, insbesondere den Kindern, als Mutter gerecht zu werden, treten bislang Karrierewünsche oft in den Hintergrund.

Die Forderungen nach der Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes nach gesetzlichen Vorgaben setzen voraus, dass die Arbeitszeit korrekt erfasst wird. Immerhin erfreulich ist, dass 52,6 % der Befragten angaben, dass auf die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes zunehmend geachtet wird (Abb. 13). Im Umkehrschluss muss allerdings auch konstatiert werden, dass bei 47,4 % der Befragten die rechtlichen Grundlagen kaum oder keine Berücksichtigung finden.

Das spiegelt sich auch in der Angabe wider, ob Überstunden realistisch erfasst werden. Dies bejahten 49,8 % der Befragten, wobei die Erfassung zu knapp zwei Dritteln noch händisch und nur zu etwas mehr als einem Drittel digital erfolgt.

Dass keine Überstunden gemacht werden, gaben nur 4,2 % der Befragten an. Die Mehrzahl (60,8 %) absolviert hingegen wöchentlich 1 bis 10 Überstunden und immerhin knapp 35 % erarbeiten mehr als 10 Überstunden pro Woche (Abb. 14).

Überraschend und erschreckend zugleich war, dass immerhin schon 27,7 % der Befragten von ihrem Arbeitgeber aufgefordert worden waren, Überstunden zu machen, ohne diese zu dokumentieren.

Fallen Überstunden an, wurde hinterfragt, wie sie ausgeglichen werden (Abb. 15). Als

Beweggründe, nicht in Teilzeit zu arbeiten bzw. für Unentschlossenheit

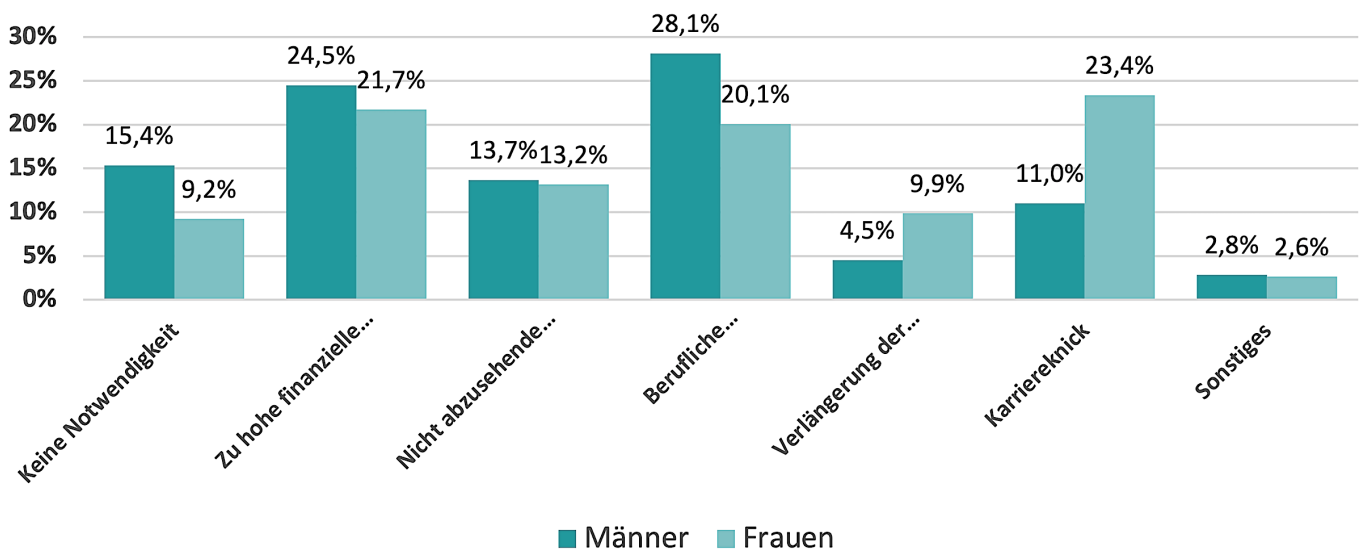


Abb. 12: Beweggründe, nicht in Teilzeit zu arbeiten

Wird in Ihrer Einrichtung das Arbeitszeitgesetz eingehalten?

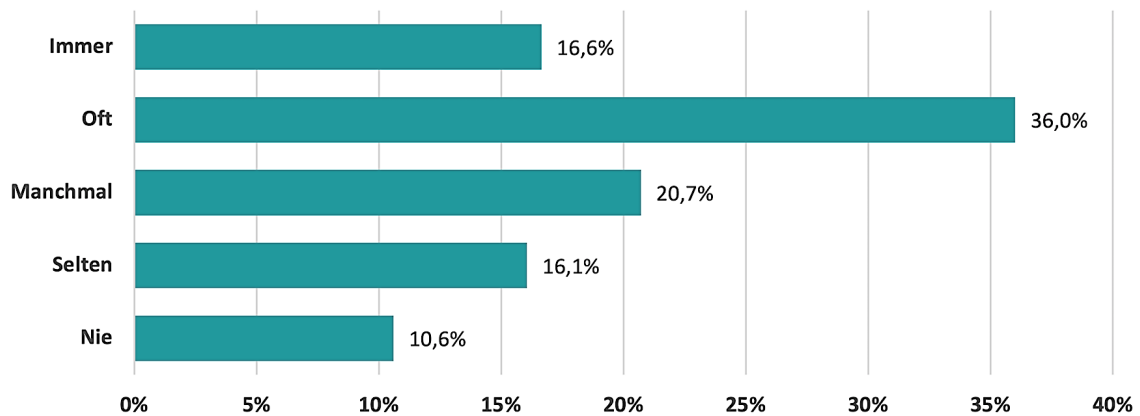


Abb. 13: Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes

Wie viele Überstunden machen Sie wöchentlich ?

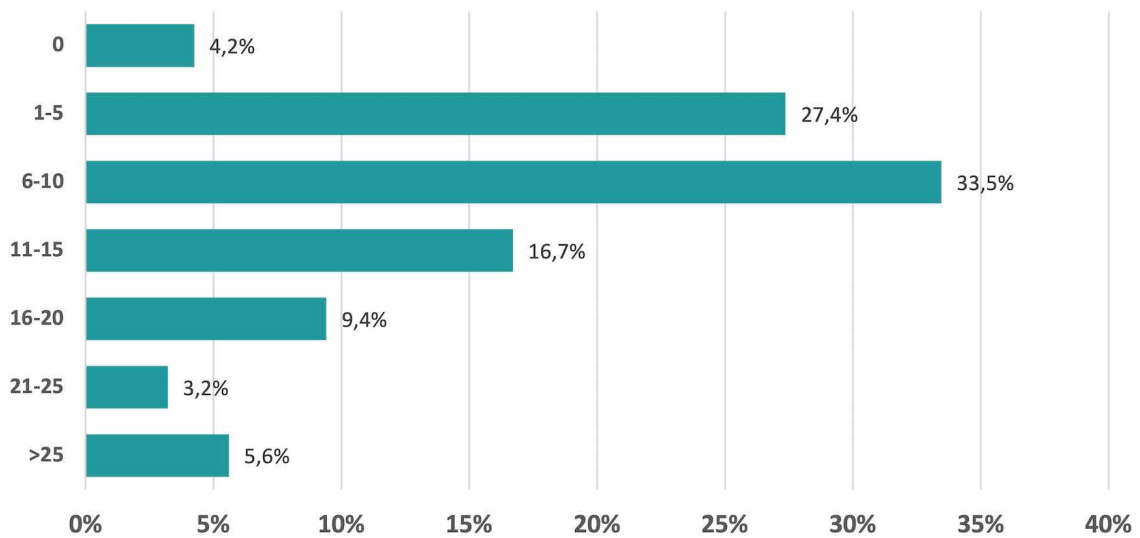


Abb. 14: Anzahl der Überstunden pro Woche

Werden Überstunden ausgeglichen?

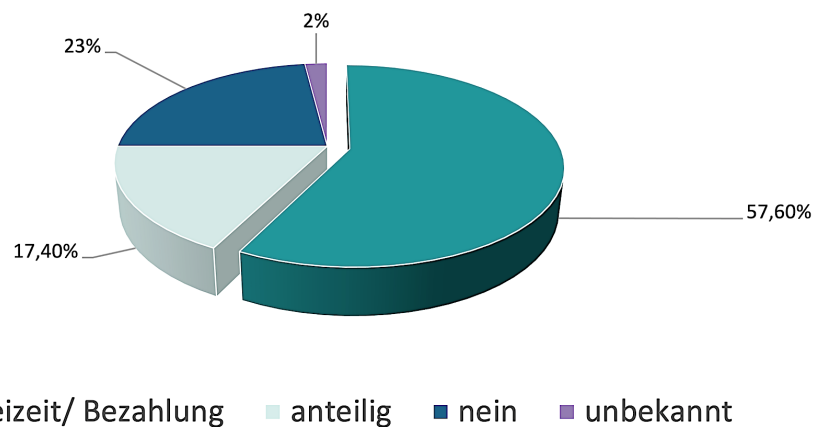


Abb. 15: Ausgleich der Überstunden

Wie viele Dienste leisten Sie monatlich im Durchschnitt?

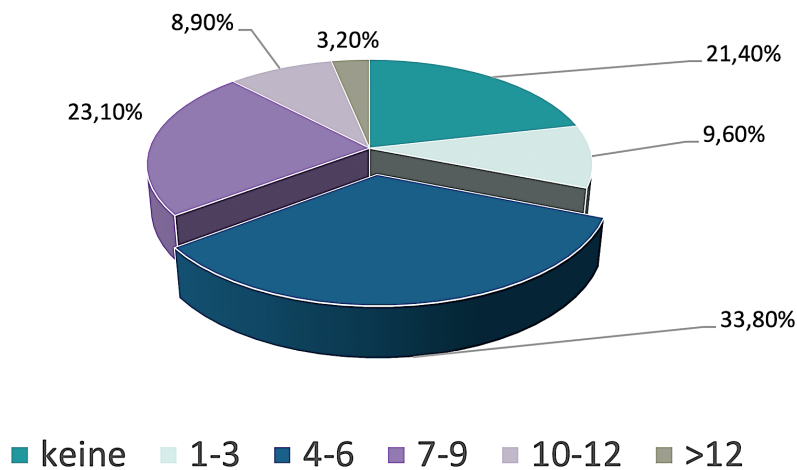


Abb. 16: Dienstanzahl pro Monat

Auswahlmöglichkeit bei der Beantwortung dieser Frage standen der „Ausgleich durch Freizeit“ (27,6 %), der „Ausgleich durch Bezahlung“ (7,6 %), die Möglichkeit, entweder Freizeit oder Bezahlung in Anspruch nehmen zu können (22,4 %), zur Verfügung. Die Teilnehmenden konnten allerdings auch angeben, dass nur ein anteiliges Ausgleichen erfolgt, da Überstunden auch nicht adäquat erfasst werden. 23 % der Befragten verneinten sogar einen Ausgleich der Überstunden in jeglicher Art und Weise.

Zum Abschluss der Thematik Arbeitszeit wurde die Frage nach der Dienstart und der durchschnittlichen monatlichen Dienstbelastung gestellt. Die **Abbildung 16** zeigt die durchschnittliche Verteilung. Werden Chirurginnen und Chirurgen getrennt betrachtet, fällt auf, dass Chirurgen zu 24,9 % keine Dienste machen, während Chirurginnen nur in 14,5 % nicht mehr in das Dienstsysteem aktiv eingebunden sind. Möglicher Grund könnte sein, dass die Mehrzahl der teilnehmenden Chirurgen Leitungspositionen besetzen und damit oftmals nicht mehr unmittelbar in das Dienstsysteem integriert sind.

Betrachtet man die Belastung durch Arbeitszeit, Überstunden und Dienste unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich der Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes, kommen immer wieder Diskussionen bezüglich der vermehrten Einführung von Schichtdienstmodellen auf. Zum Umfragezeitpunkt arbeiteten 10,5 % der befragten Kolleg:innen in einem

Schichtdienstmodell. Dabei war mit 73,2 % das Zweischichtsystem führend. Interessiert hatte, inwieweit die Chirurg:innen in Deutschland Schichtdienstmodelle als Alternative zur Verbesserung der Work-Life-Balance ansehen würden. Ganz klar geben 94 % der Befragten dem „Nicht-Schichtdienst“ den Vorrang. In Schichten zu arbeiten, bedeutet nicht nur einen ungesünderen Wechsel des Tag-Nacht-Rhythmus. In Schichten zu arbeiten, wird auch als wesentlicher Nachteil angesehen, familiäre und freizeitliche Bedürfnisse und das Pflegen sozialer Kontakte in Einklang zu bringen. 41,4 % der Befragten haben in einer Medizinerin/einem Mediziner einen festen Partner gefunden. Stellt man sich vor, dass beide in Schichtsystemen arbeiten müssen, ist ein familiäres Privatleben mit hohem organisatorischem Aufwand und insgesamt nur schwer zu realisieren. Eine Tätigkeit im Schichtdienst wurde aber auch zu 53,8 % sowohl von Chirurginnen als auch von Chirurgen als Nachteil in der Karriereentwicklung angesehen, 29,8 % waren gegenteiliger Meinung und 16,4 % unentschieden, vermutlich, weil eine entsprechende Erfahrung mit Schichtdienstmodellen fehlt.

FAZIT

Ein Arbeiten in Schichtmodellen stellt keine Alternative dar, um die „schneidende Kunst“ aufzuwerten. Eher verlangt es eine stringente Umsetzung der realistischen Erfassung der Arbeitszeiten. Moderne Gestaltungsansätze der Arbeitszeit wie

Teilzeit, Jobsharing und flexible Arbeitszeiten, müssen nicht nur diskutiert, sondern umgesetzt werden, was ein Umdenken in Geschäftsführer- und Chefarzteebene erfordert. Nur so steigert sich die Attraktivität des Chirurg:innen-Seins und schafft lebenswertere Arbeitsbedingungen, vornehmlich in Krankenhäusern.

LITERATUR

- [1] Ansorg J, Leschber G: Chirurgin in Deutschland – Ergebnisse einer Umfrage 2008. Der Chirurg BDC. 2009; 4:178-187
- [2] Statistisches Bundesamt (Destatis). Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser (2019). Fachserie 12 Reihe 6.1.1., 2018. Im Internet: https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00060822/2120611197004_korr19052021.pdf. Stand 22.02.2022)
- [3] Fritze-Büttner F. et al: BDC- Umfrageergebnisse: Operieren in der Schwangerschaft. Passion Chirurgie 03_2019. Im Internet: <https://www.bdc.de/bdc-umfrageergebnisse-operieren-in-der-schwangerschaft>. (Stand 22.02.2022)
- [4] Braun BJ. Gemeinsame Assistentenumfrage des BDC und des Perspektivforums Junge Chirurgie der DGCH 2018/2019. Im Internet: https://www.bdc.de/gemeinsame-assistentenumfrage-des-bdc-und-des-perspektivforums-junge-chirurgie-dgch-2018-2019/?parent_cat=. (Stand 22.02.2022)
- [5] Statistisches Bundesamt (Destatis). Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser (2010). Fachserie 12 Reihe 6.1.1., 2012. Im Internet: https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00010402/212061107004.pdf. (Stand 22.02.2022)
- [6] Statistisches Bundesamt (Destatis). Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser (2017). Fachserie 12 Reihe 6.1.1., 2018. Im Internet: https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00041114/2120611177004_Korr01112018.pdf. (Stand 22.02.2022)
- [7] Ziegler S, Krause, Solberg L, Scherer M, Van den Bussche H. Arbeitszeitvorstellungen von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. Bundesgesundheitsbl 2017. 60:115-1123. doi: 10.1007/s00103-017-2610-1

M3-Abschlussstraining STAATSEXAMEN UND KARRIERE

2× pro Jahr

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

NACHWUCHS



Die Klassiker, nicht die Kolibris!

Was haben Superman Christopher Reeve, Ex-Papst Johannes Paul II. und Schriftstellerin Christa Wolf gemein? Mit einer solchen Frage muss man in der dritten mündlichen Prüfung im Medizinstudium nicht ernsthaft rechnen. Was versteht man im Zusammenhang mit der Blutgasanalyse unter der „Anionenlücke“? Auch eher unwahrscheinlich. Und wenn, dann sind solche „Kolibris“ höchstens Kür, niemals Pflicht. Aber: Wie untersuchen Sie einen 35-jährigen rumänischen Wanderarbeiter, der mit Magenschmerzen zu Ihnen kommt? Welche sicheren Frakturzeichen sind Ihnen bekannt? Auf solche Klassiker sollte man vorbereitet sein.

Dazu haben sich 80 Medizinstudentinnen und -studenten am 18. und 19. März 2022 im Essener Haus der Technik eingefunden. Sie haben das M3-Abschlussstraining „Staatsexamen & Karriere“ des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie (BDC) und des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) gebucht. Vor ihnen liegen zwei Tage mit

16 Stunden Programm, durchgeführt von 13 renommierten Dozentinnen und Dozenten aus allen Teilen Deutschlands, gefüllt mit Vorträgen, Diskussionen und jeder Menge Fallpräsentationen und Übungen. Professor Dr. Andreas Kirschniak, Spezialist für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Chefarzt an den Kliniken Maria Hilf in Mönchengladbach, und Dr. Andreas Jerrentrup, Internist und Chefarzt an der Universitätsklinik Marburg, begrüßen die Teilnehmer. Die erwarten sich von den beiden Tagen vor allem mehr Sicherheit, Struktur und Wissen in der Vorbereitung auf das bevorstehende „Hammerexamen“.

Nach den Studienabschnitten Vorklinik und Klinik beendet die mündliche Prüfung den dritten und letzten Teil des Medizinstudiums, das Praktische Jahr. Tipps zu Prüfungsformalien, -strategien und zur mündlichen Präsentation gibt es gleich zu Beginn von Chirurg Professor Dr. Daniel Vallböhmer, Chefarzt am Evangelischen Klinikum Niederrhein, und Chirurgen Dr. Johanna Miller, Assistenzärztin an den Kliniken Maria Hilf in Mönchengladbach. Am Ende einer



Dipl. Verw.wiss., Dipl.-Journalist (FJS) Holger Wannenwetsch

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

erfolgreichen Prüfung steht die Approbation. Bis dahin ist es ein steiniger Weg.

„EINE GUTE ANAMNESE IST DAS A&O“

In Essen wird der Ernstfall simuliert: In einem großen Vortragssaal liegt eine Studentin auf einer Liege. Sie spielt die Patientin. Ein Student gibt den Arzt. Von den beiden Prüfern erhält er Vorabinformation zum Fall. Dann muss er seine Patientin vorstellen, die komplette Anamnese durchgehen. Der erste Prüfer, ein Internist, fragt nach dem weiteren Vorgehen. Prüfling: „Jetzt würde ich das Herz näher untersuchen.“ Dann nimmt er sein Stethoskop, hört die Patientin ab, schildert dabei, was er hört. Der zweite Prüfer, ein Chirurg, hätte gerne eine Demonstration: „Die Patientin hatte eine Gallenblasen-OP. Zeigen Sie uns bitte eine situationsgerechte Gallenblasen-Untersuchung des Bauchs.“ Zeitvorgaben und Schwierigkeitsgrad sind ähnlich wie in der echten Prüfung. „Für die Patienten-Untersuchung haben Sie etwa eine Stunde Zeit. So viel Zeit haben Sie später nie wieder. Schließen Sie

dabei einen Pakt mit dem Patienten, damit die Prüfung sicher klappt,“ rät Vallböhmer. Und: „Eine gute Anamnese ist das A & O – sie führt in 90 Prozent aller Fälle zum Ziel.“

Den Ablauf der M3-Prüfung regelt die Ärztliche Approbationsordnung. Nach der Prüfung am Krankenbett sieht sie eine mündlich-praktische Prüfung vor. In Essen sieht das so aus: „Was ist der Hauptindikator für eine Pneumonie?“, „Wie untersuchen Sie eine Patientin, der gerade die Schilddrüse entfernt worden ist?“, „Wie klären Sie einen Patienten auf, der vor einer Cholezystektomie steht?“ Auch mit fachfremden Prüfern muss man unter Umständen rechnen: So stellt in Essen die Nephrologin Dr. Evelyn Martin von der Uniklinik Marburg die Prüfungsfragen zu einem kardiologischen Fall.

„DENKEN SIE LAUT UND DENKEN SIE STRUKTURIERT“

Wie ergeht es den „Prüflingen“ in den Simulationen? Den Dozenten sind Rückmeldungen sehr wichtig. Eine Studentin hat noch Lücken



Wannenwetsch H: Die Klassiker, nicht die Kolibris!
Passion Chirurgie. 2022 Juli/August; 12(07/08):
Artikel 04_03.

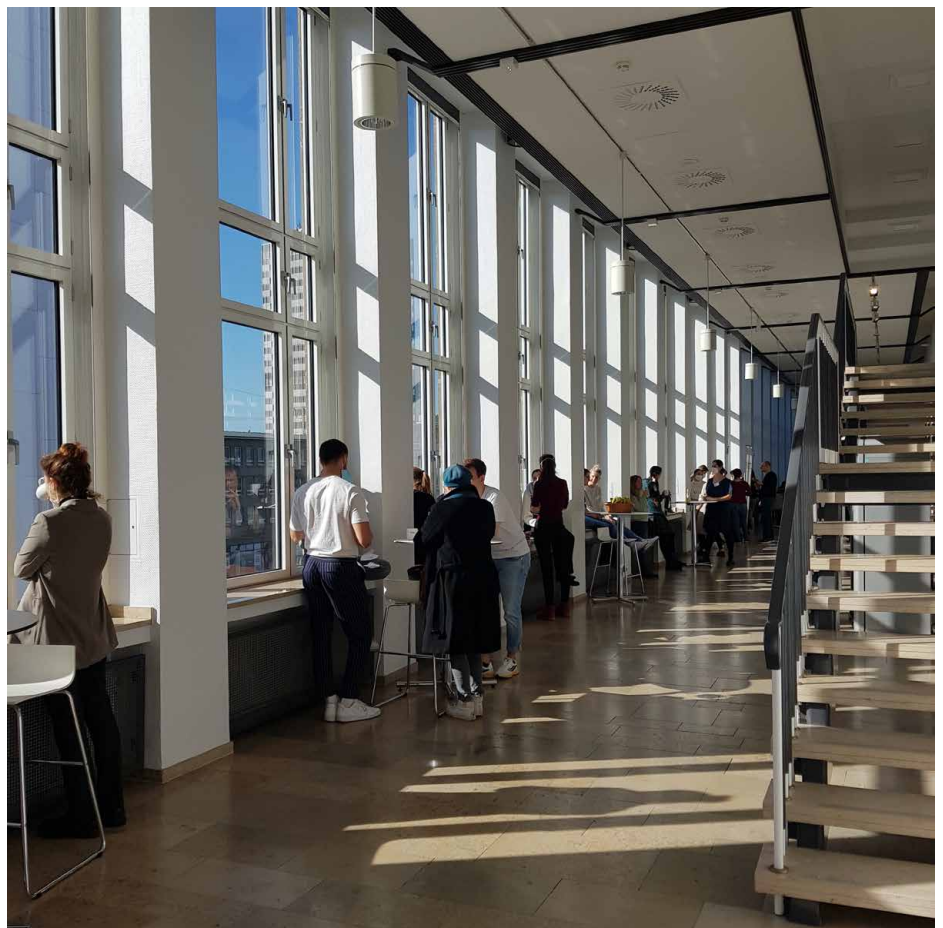
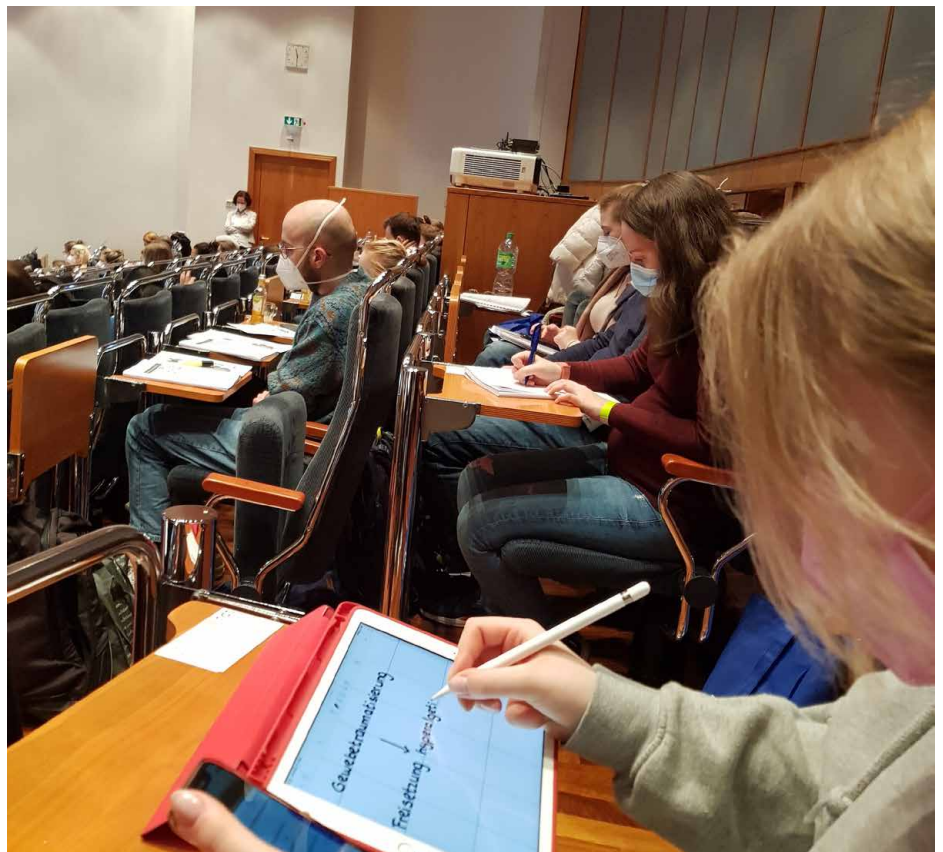


Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Aus-,
Weiter- und Fortbildung | Medizinstudium.

im Lernstoff bemerkt, ein Student hatte eher mit der Situation zu kämpfen. „Ganz banale Antworten fallen einem nicht ein!“, „Es ist nicht einfach, in so einer Lage Informationen strukturiert rüberzubringen!“, „Man muss gleichzeitig reden und nachdenken!“, „Musste immer ganz kurzfristig reagieren, keine Zeit zum Ausruhen!“, „Schwer, wenn es nichts Greifbares gibt!“ Anhand der Rückmeldungen geben die Dozenten Tipps, wie man diese Situation am besten handhabt: „Üben Sie, mindestens drei Minuten flüssig zu sprechen und gleichzeitig strukturiert vorzutragen. Sprechen Sie an, was Ihnen durch den Kopf geht, gerade auch, wenn Sie sich unsicher sind. So lange Sie selbst reden, kann Sie keiner was fragen. Und versuchen Sie nach Möglichkeit, von kritischen Themen fließend auf sicheres Terrain überzuleiten.“

Die Prüfungssimulationen werden eingerahmt von fachlichen Vorträgen. In der Rubrik „Untersuchungstechniken“ beschäftigt man sich vornehmlich mit Körperregionen und Fachbereichen, die von größter Prüfungsrelevanz sind: Das sind Herz-Lunge, Abdomen und die Neurologie. Jerrentrup spielt die Atemgeräusche eines gesunden und eines an Pneumonie erkrankten Menschen ein. Vallböhmer gibt den Tipp, bei der Untersuchung des Abdomens immer gleich vorzugehen: Anamnese, Inspektion, Palpation, Auskultation. „Was ist häufig, was ist typisch, gebrauchen Sie vor allem Ihre Augen, wonach sieht es auf den ersten Blick aus?“ Und Neurologe Dr. Christoph Leinert, Oberarzt an der Agaplesion Bethesda Klinik Ulm, verweist darauf, dass man eine beginnende Hirnstamm Einklemmung zum Beispiel an einseitig geweiteten Pupillen erkennen kann. Deshalb leuchte der Notarzt oft in die Augen von Unfallopfern, sagt Leinert.

Mittagspause. In den weiten Fluren um den Vortragssaal herum verteilen sich die Studentinnen und Studenten, verdauen nicht nur das Essen, sondern auch das Gehörte oder schalten einfach nur mal ab. Nach einer Stunde geht es schon weiter. Auf der Agenda steht jetzt die klinische Beurteilung von Befunden. Darunter auch häufige Magen- und Darmbefunde. Bei dem rumänischen Wanderarbeiter mit den Magenschmerzen ergibt eine Untersuchung den Hinweis auf okkultes Blut im

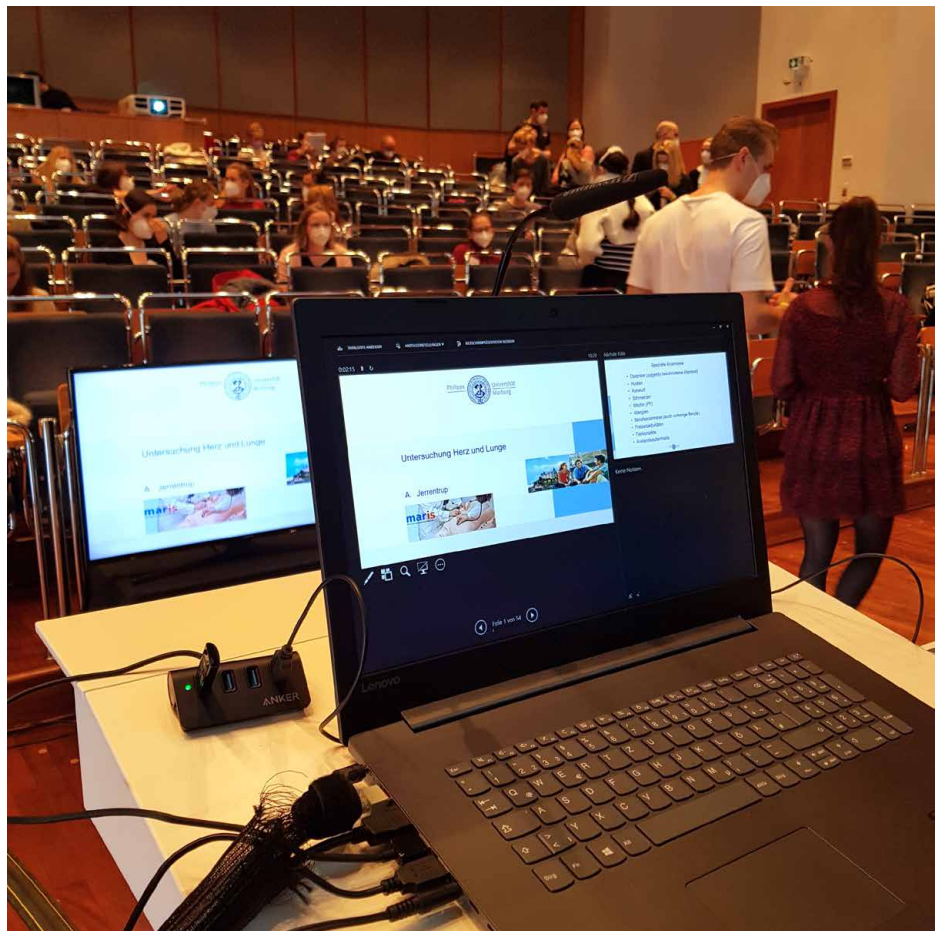


Stuhl. Das legt den Verdacht auf eine Blutung im oberen Gastrointestinaltrakt nahe. Warum man nun zur weiteren Abklärung in eine Gastroskopie und keine Koloskopie macht, möchte Dr. Philipp Zimmermann, Internist und Assistenzarzt Anästhesiologie am Marienhaus Klinikum in Neustadt/Weinstraße, wissen: Weil es schneller geht, der Patient nicht abgeführt ist und die Blutung eher weiter oben liegt. Die Gastroskopie ergibt ein Ulcus duodeni. Wahrscheinlichste Ursache sind laut Zimmermann mit *Helicobacter Pylori* entweder ein Bakterium oder mit NSAR eine bestimmte Medikamentengruppe.

„TREAT FIRST THAT KILLS FIRST“

Der Chirurg Dr. Benedikt Braun ist geschäftsführender Oberarzt an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Tübingen. Er entführt die Studentinnen und Studenten nun in seinen Fachbereich. Auch er denkt in Klassikern und Kolibris. Zu den Klassikern in der Chirurgie gehören neben den sicheren Frakturzeichen die AO-Klassifikation, also eine einfache Einordnung von Brüchen, die Garden-Klassifikation für Schenkelhalsfrakturen und die „Trauma Big Five“, zu der auch die proximale Humerusfraktur zählt. Eine Sternchenfrage dazu wäre allerdings die nach einer inversen Schulterprothese, genau wie die Frage nach dem Böhler-Winkel im Rahmen der Therapie einer distalen Radiusfraktur. Braun ist im Rahmen der Prüfungsvorbereitung auch für die Lektion zum Schockraummanagement bei Polytrauma zuständig. Nach der Devise „Treat first that kills first!“ gilt es, Patienten zunächst nach der ABCDE-Regel auf gefährdete Vitalparameter zu untersuchen und dann eine strukturierte Anamnese folgen zu lassen.

Den Abschluss des ersten Trainingstags bildet das sogenannte „Clinical Reasoning“: Dabei prüfen sich die Dozenten gegenseitig in verschiedenen Rollen: Einer als Prüfer, der andere als Prüfling. Der „Prüfer“ schildert einen Patientenfall, der „Prüfling“ erfragt weitere Informationen, die er zusätzlich braucht. Dann legt er seine Gedanken offen. Der Fall entwickelt sich nach und nach und nimmt so manche überraschende Wendung. Wie ein Kriminalfall, den man bei einem gegebenen Setting durch Nachfragen



selbst lösen muss. Dabei bleiben die Dozenten immer in Kontakt mit dem Auditorium: Wer möchte, kann gerne eigene Ideen und Lösungsansätze zur Diskussion stellen. Gegen 19.30 Uhr ist der erste Trainingstag beendet.

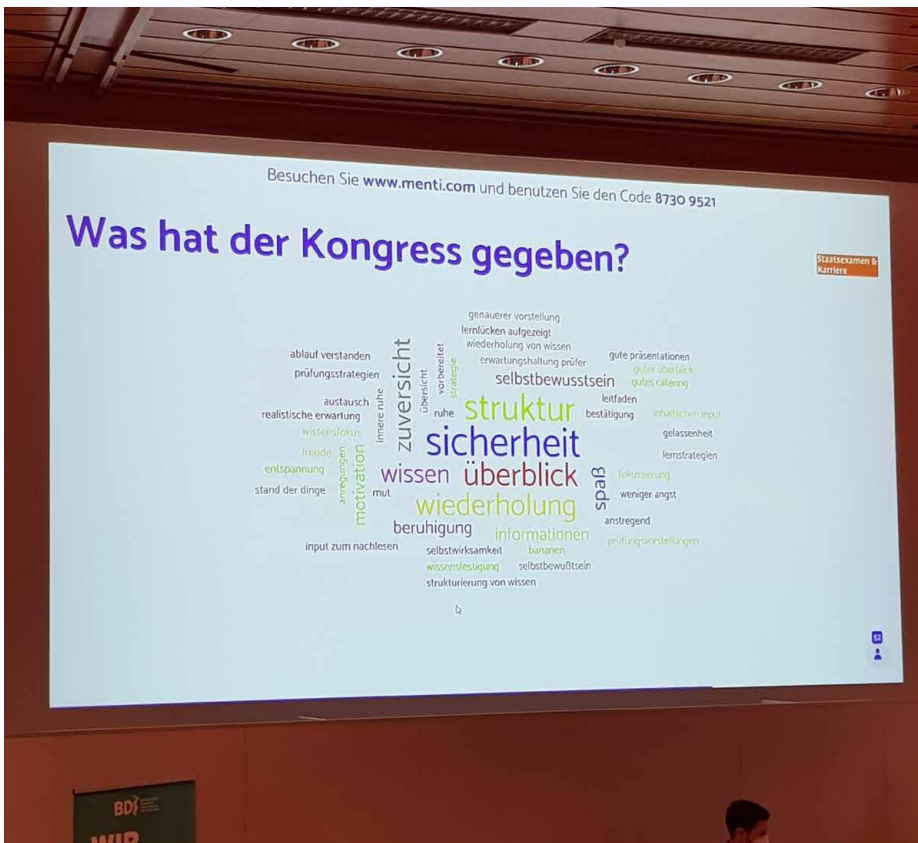
„UNTERSUCHEN SIE, WIE SIE ES GEWOHNT SIND, ZIEHEN SIE IHREN STIEFEL DURCH“

Exemplarische Fallstudien sind der Schwerpunkt am zweiten Tag, einem Samstag. Im internistischen Bereich sind Niereninsuffizienz, Brustschmerz, Abgeschlagenheit und Luftnot die Themen. Die Dozentinnen und Dozenten versuchen immer auch, Muster und Schemata an die Hand zu geben zum generellen Ablauf bei bestimmten Indikationen. So gilt beim Thoraxschmerz die Reihenfolge: Ersteinschätzung zu Vitalparametern, Anamnese, körperliche Untersuchung, Bildgebung, Labor, Verdachtsdiagnose, Differenzialdiagnosen, Therapieempfehlung. „Untersuchen Sie immer, wie Sie es gewohnt sind, ziehen Sie einfach Ihren Stiefel durch“, sagt Vallböhrmer. Wer ein gewisses Schema, eine Struktur

im Kopf hat, kann sicherer agieren und geht in der Prüfung nicht so leicht verloren.

Das lässt sich hervorragend auch im chirurgischen Bereich üben. Kirschniak schildert den Fall einer 76-jährigen Frau, die seit 14 Tagen Schmerzen im Unterbauch hat, keinen Appetit verspürt, nicht einmal Wärmeflasche und Melissengeist helfen. Was ist zu tun? Also: Vitalparameter? Vorerkrankungen, Medikation, letzte Koloskopie? „Wenn Sie das Abdomen untersuchen, muss der Patient immer liegen, untersuchen Sie ihn nie im Stehen!“, warnt Kirschniak. Und: „Kommen Sie dann zu einer Verdachtsdiagnose und schließen Sie Differenzialdiagnosen aus!“ Im Fall ergibt die weitere Diagnostik den Verdacht auf ein Kolonkarzinom. Weniger wahrscheinlich ist eine Colitis Ulcerosa oder Morbus Crohn. Es folgen Staging und Therapiewahl.

Im Anschluss referiert Assistenzärztin Miller über häufige Krankheitsbilder in der Viszeralchirurgie und unterteilt sie nach elektiven/benignen (zum Beispiel Hernien, Schilddrüse, Beckenboden), onkologischen/malignen und



Notfällen (unter anderem eingeklemmte Hernien, Passagestörungen oder freie Luft). Gerade die Schilddrüse und ihre Untersuchung sei immer wieder Gegenstand von Prüfungen, so Miller.

„Train The Brain“ – in den letzten Fallpräsentationen der Veranstaltung können nun alle überprüfen, was aus den Übungen hängen geblieben ist und herausfinden, wie flexibel sie mit verschiedenen Patientensettings und Problemkonstellationen umgehen können: So gilt es bei einer 64-jährigen Patientin mit osteoplastischer Trepanation und Aneurysma-Clipping, die Kontroll-Computertomografie des Schädels und das Röntgenbild des Thorax zu begutachten und die weitere Diagnostik vorzuschlagen. Bei einem anderen Patienten mit einer seit längerem andauernden Belastungsdyspnoe ist eine umfassende Anamnese zu erheben, einschließlich Berufs- und Sozialanamnese und Altersabfrage, denn eine Reihe von Erkrankungen sind stark altersabhängig. Und für einen 62-jährigen Patienten mit starken thorakalen Schmerzen bekommen die Prüflinge ein EKG zur Befundung.

„WIE WAR DAS DAMALS BEI MIR SELBST?“

Am Ende der Veranstaltung erzählen die Referentinnen und Referenten aus ihrem eigenen beruflichen Leben. Was ist gut gelaufen? Was würden sie heute anders machen? Was war wichtig, was weniger? Die Fragen aus dem Auditorium beziehen sich meist auf die Situation nach bestandener Prüfung.

So möchte eine Studentin wissen, welche Rolle heute Examensnoten für die spätere Bewerbung spielen. Sie erfährt von einer Dozentin, dass Examensnoten zwar wichtig seien, aber eben nicht alles. Wichtig sei auch, was daneben so gelaufen sei, also Tutorien oder Praktika zum Beispiel. Gerade für Unikliniken, die auch in der Forschung aktiv seien, spiele das eine große Rolle. Zwei andere Dozenten verweisen auf die Bedeutung von Angebot und Nachfrage und dass der ärztliche Markt derzeit leer sei und daher gute berufliche Chancen biete.

Ein Student fragt, ob man sich am Anfang eher in einem großen oder kleinen Haus bewerben solle. In einem größeren Haus – so

eine Antwort – erhalte man unter Umständen mehr Unterstützung von anderen Ärzten. In einem kleineren Haus sei man in einer Nachtschicht schon mal alleine. Dafür könne man in kleineren Häusern unter Umständen auf eine intensivere Ausbildung setzen, meint eine andere Dozentin. Auf jeden Fall solle man sich jeden Wechsel zwischen einzelnen Häusern gut überlegen, weil man in jedem Haus in gewisser Hinsicht wieder von vorne anfangen, so ein weiterer Dozent.

Als die Studentinnen und Studenten dann wie schon zu Beginn nochmals elektronisch abstimmen, dieses Mal zu den Ergebnissen der Veranstaltung, zeigt sich, dass die Erwartungen erfüllt wurden: „Sicherheit“, „Struktur“ und „Überblick“ erscheinen auf der Videoleinwand im Zentrum, viele nennen aber auch „Spaß“ und „Zuversicht“. Es hat sich also gelohnt.

Und was ist nun mit der Kolibri-Frage vom Anfang? Was haben Superman Christopher Reeve, Ex-Papst Johannes Paul II. und Schriftstellerin Christa Wolf gemein? Alle drei sind mit einer Sepsis verstorben. Kann man wissen, muss man aber nicht.

Was aber muss man wissen und was sollte man beherzigen?

1. Was häufig ist, wird auch häufig abgefragt.
2. Systematik ist der Schlüssel zum Erfolg.
3. Prüfungssituationen kann man trainieren.

Viel Erfolg bei der Prüfung!



STAATSEXAMEN & KARRIERE

Der nächste Kongress „Staatsexamen & Karriere“ findet am 16./17.9.2022 in Berlin statt. Hier geht's zum [Programm](#) und zur [Anmeldung](#).

Alle Aktivitäten des BDC im Bereich [Nachwuchsförderung](#).

Ansprechpartnerin beim BDC: Dr. phil. Natalia Kandinskaja, Nachwuchs & Karriere, Tel.: 030/28004-123, E-Mail: kandinskaja@bdc.de

**Korrespondierender Autor:****Prof. Dr. med. Prof. h. c. (MNG) Walter Popp**

Ärztlicher Leiter

HyKoMed GmbH

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für

Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)

popp@hykomed.de

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

Krankenhaushygiene/Umweltschutz

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Dr. Markus Wehrl

wfk – Cleaning Technology Institute e.V.

Dr. rer. nat. Wolfgang Kohnen

Stellvertretender Abteilungsleiter Krankenhaushygiene

Beauftragter für das Qualitätsmanagement

Abteilung für Hygiene und Infektionsprävention

Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität

Mainz

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für

Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)

Popp W, Jatzwauk L, Wehrl M, Kohnen W: Hygiene-Tipp:

Intraoperativer Ultraschall. Passion Chirurgie. 2022 Juli/

August; 12(07/08): Artikel 04_04.



Weitere Hygiene-Tipps finden Sie auf BDC|Online

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

Patientensicherheit | Hygiene-Tipp.

HYGIENE TIPP**Intraoperativer Ultraschall**

Teilweise wird heute intraoperativ Ultraschall eingesetzt, z. B. am Hirn oder an der Leber. In der Praxis ist dabei meistens der Ultraschallkopf mit einer sterilen Hülle überzogen. Diese Situation ist unbefriedigend, da die Aufbereitung des Ultraschallkopfes allenfalls desinfizierend – und nicht sterilisierend – möglich ist und somit durch Mikrolöcher der Hülle oder Kontamination der Hülle außen beim Aufziehen eine sichere Sterilität beim Einsatz nicht gewährleistet ist. Auf der anderen Seite ist wahrscheinlich der Vorteil des Ultraschalleinsatzes höher zu bewerten als das theoretisch vorhandene Infektionsrisiko. Dazu kommt, dass derzeit leider keine besseren Aufbereitungsmöglichkeiten bestehen und somit ein ungelöstes Problem vorliegt.

Solange nicht von den Herstellern bessere Lösungen geliefert werden, kann daher nur empfohlen werden, den Ultraschallkopf und das Kabel entsprechend festgelegter Verfahren gründlich zu reinigen und einer validierten Tauchdesinfektion unter Anwendung von voll-viruzid wirksamen Desinfektionsmitteln zu unterziehen, siehe auch Mitteilung der DGKH vom 18.11.2021 und „Information der für Medizinprodukte zuständigen Obersten Landesbehörden, des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und des Robert Koch-Instituts (RKI): Validierung der abschließenden Desinfektion von semikritischen Medizinprodukten mittels Wischdesinfektion“ https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Aufb_MedProd/Validierung-Desinf-semikrit-MedProd.html;jsessionid=C88AACF5E6D3257C1E92ABBB5E2CEFA2.internet092?nn=2947268.

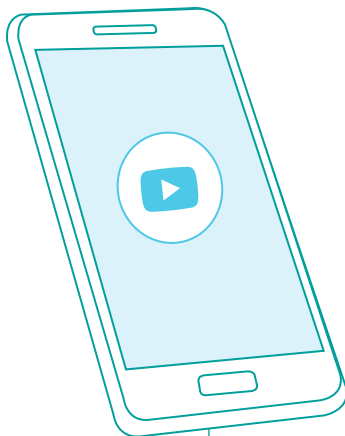
Die sterile Hülle sollte sowohl den Ultraschallkopf als auch einen größeren Teil des Kabels umhüllen. Auf kontaminationsfreies Anlegen ist zu achten.

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

HYGIENE CLIP

Get Your Disinfection

Erfolgreiche bundesweite
Kampagne des BDC
in Kooperation
mit DGKH und BDH



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

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

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

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

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

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



PATIENTENSCHUTZ DURCH HYGIENE IST EINE
BUNDESWEITE KONZERTIERTE AKTION VON:

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



REIHE: Unerwarteter Tod des Praxisinhabers – Teil 5

Praxisführung sichern

VORWORT ZUR REIHE „PRAXISABSICHERUNG IM TODESFALL“

Der plötzliche Tod eines Praxisinhabers erfordert oft ein schnelles, zielstrebiges Handeln, wenn es darum geht, den Praxisablauf aufrechtzuerhalten. Denn an einer funktionierenden Praxis liegt nicht nur den Erben: Die Angestellten fürchten um ihre Arbeitsplätze und die Patienten fragen sich, wie es mit ihrer Gesundheitsversorgung weitergeht. Eine übermäßige Patientenabwanderung kann der Praxis ihre Substanz entziehen. Welche Schritte sollte man als Praxisinhaber ergreifen, um für den Fall des eigenen plötzlichen Versterbens seine Praxis in guten Händen zu wissen? Mit diesem Thema hat sich die Frielingsdorf Consult GmbH in Köln beschäftigt.

Lesen Sie alle Beiträge der Reihe „Unerwarteter Tod des Praxisinhabers“ in der Rubrik „Recht&Versicherung“ auf BDC|Online (www.bdc.de).



Stefan Hoch

Geschäftsführender Gesellschafter
Frielingsdorf Consult GmbH
Hohenstaufenring 48-54
50674 Köln
hoch@frielingsdorf.de

Neben Beratungsleistungen von Frielingsdorf Consult zur Praxisabsicherung im Todesfall und zum quartalsweisen KV-Abrechnungs-Controlling (einmalig oder regelmäßig) können BDC-Mitglieder über Frielingsdorf und Partner auch Praxiswertgutachten zum Beispiel zum Praxisverkauf- und -verkauf oder für Erbauseinandersetzungen zu Sonderkonditionen erhalten. Für BDC-Mitglieder gibt es Rabatte von 10 bis 16 Prozent auf diese Leistungen.

Praxisinhaber haben eine Doppelfunktion: Als Ärzte kümmern sie sich um die medizinische Versorgung ihrer Patienten. Und als Unternehmer bewältigen sie tagtäglich Führungsaufgaben in der eigenen Praxis. Wer aber kann diese beiden wichtigen Aufgaben im Falle eines plötzlichen Todes des Inhabers solange sicherstellen, bis ein Übernehmer für die Praxis gefunden ist?

Die medizinische Patientenversorgung kann nach dem Tod des Praxisinhabers übergangsweise durch einen Vertretungsarzt erfolgen. Unserer Erfahrung nach ist aber im Regelfall nicht davon auszugehen, dass sich der Vertretungsarzt auch um die Praxisführung kümmert bzw. kümmern kann. Daher müssen andere Personen die Praxisführung ad hoc und so lange übernehmen, bis ein Nachfolger gefunden ist.

War der verstorbene Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig, kann sich einer der verbleibenden Praxispartner um die Praxisführung kümmern. Bei Einzelpraxen hingegen müssen andere Personen gefunden werden, wie bspw. die vertraute Erstkraft/Praxismanagerin, ein Praxisberater (z. B. Steuerberater) oder einer der Erben, sofern dieser in der Lage dazu ist.

Entscheidend ist, dass eine Person in die Führungsrolle des bisherigen Praxisinhabers schlüpft und sich umgehend einen Überblick darüber verschafft, welche Management-Aufgaben der Praxisinhaber bisher wahrgenommen hat. Diese Führungsrolle muss bis zur Praxisabgabe an einen Nachfolger keine langfristigen (bspw. strategischen) Aspekte umfassen, sondern nur die wichtigsten und dringlichsten Aufgaben beinhalten, die für das Tagesgeschäft von elementarer Bedeutung sind. Hierzu zählen insbesondere die Personalführung und -planung, damit der organisatorische Ablauf in der Praxis sichergestellt ist. Wichtig sind auch Aufgaben, die mit dem Zahlungsverkehr zusammenhängen, wie das Begleichen von Rechnungen, das Auslösen von Gehältern oder die Abrechnung mit der KV und den Privatpatienten. Teilweise können diese Aufgaben delegiert werden, jedoch sollte es eine Person geben, bei der alle Fäden zusammenlaufen, die handelt und Entscheidungen trifft.

Praxisinhaber sollten für den Fall der Fälle daher eine „Chef-Arbeitsplatzbeschreibung“ erstellen, aus der hervorgeht, welche Aufgaben sie

wie in ihrer Praxis selbst erledigen. Denn ohne diesen Überblick wird es für einen „Interims-Manager“ schwierig werden, die anstehenden Führungsaufgaben adäquat zu erledigen.

Weiterhin ist zu beachten, dass es im Falle des Todes des Praxisinhabers u. U. mehrere Wochen dauern kann, bis das zuständige Amtsgericht den Erbschein ausstellt. In dieser Zeit können dann meist keine wichtigen Entscheidungen und Handlungen (wie z. B. die Begleichung von Rechnungen für die Praxis) erfolgen. Damit ein schnelles Handeln möglich ist, sollte der Interims-Manager bereits zu Lebzeiten des Praxisinhabers bestimmt und für ihn Vollmachten hinterlegt worden sein. Alternativ kann auch ein Testament beim Amtsgericht hinterlegt werden. Mit der Hinterlegungsbescheinigung, die dem Erbschein entspricht, und dem Totenschein haben die Erben dann sofort die Möglichkeit, zu handeln und Entscheidungen zu treffen.

Ein wertvoller Tipp für den Praxisinhaber ist, bereits im Vorfeld in den regelmäßigen (z. B. wöchentlichen) Teamsitzungen auch die Aufgaben des Praxisinhabers zu besprechen. Dadurch erhält das Team einen guten Überblick, was im Fall der Fälle im Hinblick auf die Praxisführung zu erledigen ist und kann den Interims-Manager in seinen Aufgaben viel besser unterstützen.

FAZIT

Ohne eine aktive Vorsorge für den plötzlichen Todesfall durch den Praxisinhaber wird eine übergangsweise Sicherung der Praxisführung nur sehr schwer zu bewältigen sein. ○

Interessieren Sie sich für eine Vorsorge bzw. Praxisabsicherung für den plötzlichen Todesfall, Sie sind selbst betroffen und möchten sich mit anderen Betroffenen austauschen? Dann wenden Sie sich an den BDC, wir vermitteln Ihnen den richtigen Kontakt.

Maren Löprick/BDC-Sekretariat
Telefon: 030/28004-150
mail@bdc.de

Hoch S: Unerwarteter Tod des Praxisinhabers – Teil 5: Praxisführung sichern. *Passion Chirurgie*. 2022 Juli/August; 12(07/08): Artikel 04_05.



Diesen Artikel finden Sie unter BDC|Online unter der Rubrik Wissen | Recht & Versicherung | Versicherungsschutz

RECHT &
VERSICHERUNG

Versicherungs- angebote des BDC



Diese Leistungen sind in Ihrem BDC-Mitgliedsbeitrag enthalten:

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

Weitere Versicherungsangebote für BDC-Mitglieder über Rahmenverträge

Exklusiv und marktführend

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

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

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

BDC-VERSICHERUNGSSERVICE

ECCLESIA MED GMBH

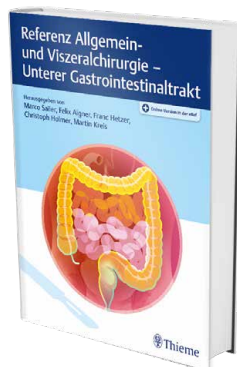
Ecclesiastraße 1-4, 32758 Detmold

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

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de

REZENSION

Rezension: Referenz Allgemein- und Viszeralchirurgie – Unterer Verdauungstrakt



Referenz Allgemein- und Viszeralchirurgie – Unterer Verdauungstrakt

Hsg. M. Sailer, F. Aigner, F. Hetzer,
C. Holmer, M. Kreis
Thieme-Verlag, Stuttgart –
New York, 2022
ISBN: 9783132424708
eBook: 399,99 €
Hardcover: 399,99 €

Beim Verlag bestellen: www.bit.ly/ReferenzAllgVisz

Rezensent:

Prof. Dr. Joachim Jähne, FACS, MBA
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
DIAKOVERE Henriettenstift und
Friederikenstift
Marienstraße 72-90
30171 Hannover
joachim.jaehne@diakovere.de

Jähne J: Rezension: Referenz Allgemein- und
Viszeralchirurgie – Unterer Verdauungstrakt.
Passion Chirurgie. 2022 August, 12(07/08):
Artikel 04_06.

Das Buch „Referenz Allgemein- und Viszeralchirurgie – Unterer Verdauungstrakt“ ist Teil einer fachübergreifenden Publikationsfolge, die der Thieme-Verlag im Interesse der Bedürfnisse klinisch tätiger Ärzt:innen aufgelegt hat und bei der es um einen inhaltlichen Austausch mit den Referenzwerken aus anderen Fachgebieten geht. Allein die Titelwahl „Referenz“ unterstreicht den hohen Anspruch, den das Werk an sich selbst stellt: Unter Zugrundelegung der möglichen linguistischen Bedeutungen des Wortes „Referenz“ soll es als Verweis verstanden werden, dass es sich um eine verlässliche Quelle handelt. Die Leser:innen sollen sich somit auf die Ausführungen und Darstellungen verlassen können, um sie bei der Behandlung der Patienten anzuwenden. Erfüllt das Buch diesen hohen Anspruch an sich selbst? Die Frage ist eindeutig mit „Ja“ zu beantworten!

Die Herausgeber und Autor:innen haben ein konzeptionell und inhaltlich bestechendes Werk vorgelegt. Es ist in zwei Teile untergliedert, in denen zum einen die zahlreichen Krankheitsbilder des unteren Verdauungstraktes, zum anderen die (chirurgischen) Methoden zur Behandlung dargestellt sind. Innerhalb der einzelnen Krankheitsbilder und Methoden erfolgt eine durchgängig stringente Abhandlung, die neben einer steckbriefartigen Beschreibung einen sehr logischen und eingängigen Duktus aufweist. Dadurch ist es für die Leser:innen möglich,

sich kurz und dennoch umfassend über das jeweilige Krankheitsbild und die Behandlungsmöglichkeiten zu informieren. Dieser konsequente Textaufbau und die erkennbare Aktualität der Beschreibung der Krankheiten und Methoden lassen vergessen, dass zahlreiche Autor:innen an dem Buch mitgewirkt haben. Der Text wird durch umfangreiches Bildmaterial und viele Tabellen ergänzt. Es werden z. T. wichtige Internetadressen zur weiteren Informationsbeschaffung angegeben, und einige Beiträge enthalten für die Praktiker:innen wichtige Merksätze. Abgerundet wird das Werk durch ein sehr detailliertes und damit hilfreiches Sachverzeichnis. Durch den gut strukturierten Aufbau des Buches und die inhaltliche Präzision werden seine beiden kritischen Punkte – der Umfang von fast 1.000 Seiten und der Preis von 349,99 € – bei Weitem aufgewogen.

Insgesamt kann das Buch „Referenz Allgemein- und Viszeralchirurgie – Unterer Verdauungstrakt“ durchaus als Referenzwerk betrachtet werden. Allen praktisch tätigen Allgemein- und Viszeralchirurg:innen, sei es in der Klinik, im MVZ oder in eigener Praxis, kann dieses Werk uneingeschränkt empfohlen werden, zumal mit dem Erwerb des Buches auch ein kostenloser Zugang über das Internet verbunden ist. Obwohl es im digitalen Zeitalter antiquiert erscheint – das Buch sollte in keiner Bibliothek einer allgemein- und viszeralchirurgischen Klinik fehlen. ○



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

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.

JULI/AUGUST 2022

Dr. med. Andreas Comman trat zum 1. Juli 2022 die Position als Chefarzt der Allgemein-, Viszeralchirurgie und Proktologie der HELIOS Klinik Erlenbach an. Der Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie kam aus Berlin nach Erlenbach und war dort am HELIOS Klinikum Berlin-Buch als Oberarzt tätig.

Prof. Dr. med. Oliver Dewald übernahm zum 01.06.2022 die kinderherzchirurgische Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen. Er wechselte von der Universitätsklinik für Herzchirurgie am Klinikum Oldenburg, deren Direktor er war.

Dr. med. Sven Fischer leitet seit dem 01.04.2022 die Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie im Elisabeth-Krankenhaus Kassel (EKH). Der Facharzt für Allgemein und Viszeralchirurgie mit der Zusatzbezeichnung spezielle Viszeralchirurgie, Proktologie und Notfallmedizin war zuletzt in leitender Position im Hospital zum Heiligen Geist in Fritzlar tätig.

Prof. Dr. med. René Hartensuer ist seit dem 01.04.2022 Chefarzt der Chirurgischen Klinik II, Zentrum für Orthopädie, Unfallchirurgie, Handchirurgie und Sportmedizin am Klinikum Aschaffenburg-Alzenau. Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie war seit 2017 leitender Oberarzt der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie des Universitätsklinikums Münster.

PD Dr. med. Michael Kranzfelder ist neuer Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie an der Klinik Hallerwiese-Cnopfsche Kinderklinik. Er trat die Stelle bereits zum 01.04.2022 an und war zuvor 16 Jahre lang am Klinikum rechts der Isar der TU München tätig.

Dr. med. Tobias Philipp ist bereits seit dem 15. April 2022 neuer Chefarzt der Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Helios Klinik Cuxhaven. Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzbezeichnung spezielle Unfallchirurgie war zuvor Chefarzt

der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie der Helios Frankenwaldklinik Kronach.

Ralf Merheim kam zum 01. Mai 2022 als Chefarzt der Unfallchirurgie ans Krankenhaus Land Hadeln Otterndorf. Er war zuvor Oberarzt der Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am HELIOS Klinik Cuxhaven.

Jörn Radunski leitet seit Mai das Department für Gefäßchirurgie an der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie am Evangelischen Klinikum Gelsenkirchen. Der Facharzt für Gefäßchirurgie mit Zusatzqualifikationen als Endovaskulärer Chirurg sowie in der Phlebologie wechselte vom Evangelischen Klinikum Mülheim, wo er leitender Oberarzt war.

Dr. med. Thomas Riester ist seit April 2022 neuer Chefarzt der Abteilung Gefäßchirurgie des SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach GmbH. Riester ist Facharzt für Chirurgie mit dem Schwerpunkt Gefäßchirurgie und trägt die Zusatzbezeichnung Endovaskulärer Chirurg.

Dr. med. Rolf Schipp hat zum 1. Mai die Chefarztposition in der endogap Klinik für Gelenkersatz in Garmisch-Partenkirchen übernommen. Der erfahrene Spezialist für Gelenkersatz ist seit 2002 in der endogap Klinik tätig und war dort zuletzt als leitender Arzt.

PD Dr. med. Dr. med. habil. Thomas Schmandra, Mitglied im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin und zuvor Chefarzt am Rhön-Klinikum AG Campus Bad Neustadt, ist seit 1. Juni der neue Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie am Sana Klinikum Offenbach.

Dr. med. Christoph Georg Wölfl ist seit dem 01.06.2022 neuer Chefarzt für Orthopädie, Unfall-, Hand- und plastische Chirurgie sowie Sporttraumatologie am Marienhaus Klinikum Neuwied. Er war bereits zuvor im Marienhaus-Klinikum, Gruppe Hetzelstift in Neustadt/Weinstraße, Chefarzt für den Bereich Orthopädie, Unfallchirurgie und Sporttraumatologie am Gelenk- und EndoProthetikZentrum. ○



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



© iStock/daboost

DRG und Kodierung 2022 in der Chirurgie

Das aG-DRG-System 2022 beinhaltet insgesamt 1.292 Fallpauschalen. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine leichte Zunahme um sieben aG-DRGs ausschließlich in der Gruppe der bewerteten Fallpauschalen. Die dem Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK) für die Kalkulation des aG-DRG-Systems 2022 zur Verfügung stehenden Daten (Kalkulationsstichprobe) sind bei insgesamt guter Repräsentativität der Stichprobe heterogener als in den Vorjahren, da insgesamt zehn Krankenhäuser weniger daran teilgenommen haben und die Ausgliederung der Pflegekosten zu Verschiebungen geführt hat. So werden in den Katalogen auch

in diesem Jahr wieder die Relativgewichte für ausgegliederte DRGs (aDRGs) fallbezogen und tagesbezogene Pflegeentgeltwerte angegeben. Insgesamt haben 272 Krankenhäuser von 1.903 erfolgreich an der Kalkulation teilgenommen. Die bundesweite mittlere Verweildauer aller stationären Fälle sank um 0,14 % auf 5,92 Tage. Die Bezugsgröße ist auf 3.284,50 € angestiegen.

Dieses Kalkulationsjahr bietet einige Besonderheiten:

- Es gibt einen Fallzahlrückgang in deutschen Krankenhäusern um 13,2 %, einen Rückgang der Belegungstage um 13,1 %



Prof. Dr. med. Thomas Auhuber

Leiter Themen-Referat „Medizinische Dokumentation, Klinik- und Leistungsmanagement“ im BDC
Geschäftsführung Bereich Operatives Geschäft
B+A-D Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH
Herbert-Rabius-Str. 1
53225 Bonn
drg@auhuber.com

mit einem gleichzeitigen Anstieg der mittleren Fallkosten um 18,3 %.

- In der systematischen Betrachtung zeigt sich, dass bei „eher aufschiebbaren“ Leistungen mit einem deutlichen Fallzahlrückgang die Kosten stärker als bei „nicht aufschiebbaren“ und komplexeren Leistungen mit konstanteren Fallzahlen steigen.
- Die Kalkulationsdaten 2020 eignen sich wegen der pandemiebedingten Uneinheitlichkeit der Daten nicht für eine routinemäßige Weiterentwicklung des Entgeltsystems.

Somit wurde das Entgeltsystem in diesem Jahr gestuft weiterentwickelt: es wurde ein System 2022 auf Basis der Daten 2019 (also des Vorjahres) gerechnet und um u. a. kostenorientierte Anpassungen für COVID-19-Fälle modifiziert. Es fand dabei eine Fokussierung in der Kostenzuordnung von der Fallebene hin zu aggregierten Kostenblöcken statt, um relevante Fallkonstellationen besser zu identifizieren.

Aus dem InEK-Vorschlagsverfahren wurden rund 290 Teilvorschläge überprüft und in das System 2022 eingearbeitet.

Ob man von den zahlreichen Umstrukturierungen des Fallpauschalenkatalogs profitiert (positiver Katalogeffekt) oder nicht (negativer Katalogeffekt), muss je nach Spektrum der Klinik im Detail analysiert werden. Insofern lohnt auch in diesem Jahr ganz besonders die klinikindividuelle Analyse der Katalogveränderungen.

COVID-19

Corona-bedingte Änderungen in der Kalkulation wurden im Rahmen des gestuften Verfahrens 2022 umfänglich in das aG-DRG-System eingepflegt. Es wurden diverse Parameter auch im Rahmen von Sonderabfragen berücksichtigt. Es fanden diverse Verschiebungen in den DRGs statt, es wurde aber auch eigene „K“-DRGs für COVID-Fälle geschaffen.

Im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie sind von der WHO die nicht belegten

Schlüsselnummern U11.9 und U12.9 der internationalen Ausgabe der ICD-10 mit Inhalt belegt worden. Das BfArM hat nach Beratung mit den zuständigen Gremien die entsprechenden von der WHO eingeführten Codes für die ICD-10-GM 2021 (German Modification) unterjährig eingeführt und in alle Formate der ICD-10-GM 2022 übernommen.

- *U11.9 Notwendigkeit der Impfung gegen COVID-19, nicht näher bezeichnet* wurde als Primärkode eingeführt.
- *U12.9! Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Anwendung von COVID-19-Impfstoffen, nicht näher bezeichnet* wurde als Sekundärkode (Ausrufezeichenschlüssel) eingeführt. Um Fehlinterpretationen des Kodes zu vermeiden, sei darauf hingewiesen, dass der Kode klassifikatorisch nicht ausschließlich für die das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende gesundheitliche Schädigung (Verdacht auf Impfkomplication) nach IfSG verwendet wird.

SACHKOSTENKORREKTUR UND MINGENANFÄLLIGE LEISTUNGEN

Die grundsätzlichen Veränderungen seit 2017 zur Sachkostenkorrektur wurden auch 2022 beibehalten und führen zu einer Umverteilung von 6,45 % bei den Sachkosten zu einer Aufwertung der Personal- und Infrastrukturkosten von jeweils 2,12 %. Ebenfalls unverändert bleibt die gezielte Abwertung von mengenanfälligen Leistungen: Hier sind die G-DRGs I10D bis I10H an der Wirbelsäule und die G-DRG I47C für die primäre Hüftendoprothetik betroffen. Nicht operative Behandlungen an der Wirbelsäule, werden zukünftig über die aG-DRGs I68D, I68E und I68F abgerechnet, wobei die bisherige Einbelegungstag-aG-DRG I68E in die aG-DRG I68F übergeleitet wurde. Die aG-DRG I68D aus den Vorjahren wurde gesplittet in die Fälle mit und ohne Wirbelsäulenfraktur in die aG-DRGs I68D und I68D. Die Medianzahl von 27, 140 bzw. 40 die bei Überschreitung eine niedrigere Bewertungsrelation nach sich ziehen, bleibt im Wesentlichen unverändert. Dieser Eingriff in die ansonsten datengetriebene Systemkalkulation ist weiterhin umstritten und kontrovers zu diskutieren.

Auhuber T: DRG und Kodierung 2022 in der Chirurgie. Passion Chirurgie. 2022 August, 12(07/08), Artikel 04_08.



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

SCHWEREGRADSTEIGERENDE NEBENDIAGNOSEN

In diesem Jahr wurde die CCL-Matrix der schweregradsteigernden Nebendiagnosen wegen der COVID-bedingten erhöhten Aufwände deutlich weniger analysiert. Hauptaugenmerk lag dabei auf COVID-bedingten Änderungen der Kodierung und in der Sepsis-Kodierung. Die meist Änderungen betreffen DRG-spezifische Abwertungen in eine bis zwei Basis-DRGs. Nach der Herausnahme der Pflegepersonalkosten ist für eine Vielzahl von Diagnosen die Einstufung im CCL-Schweregradsystem nicht mehr oder nicht mehr in der aktuellen Höhe durch Mehrkosten begründet. Zudem handelt es sich im Wesentlichen auch wie der Kalkulation der aG-DRGs um Anpassungen aus dem Datenjahr 2019. Es gibt nun in diesem Jahr 207 veränderte Einstufungen, die insbesondere aus Abwertungen bestehen, eine Diagnose wurde aufgewertet, kein Code wurde neu aufgenommen.

ZUSATZENTGELTE

Für dieses Kalkulationsjahr wurden mit Ausnahme sehr weniger nicht-chirurgischer Zusatzentgelte keine Neukalkulationen vorgenommen. Es gelten somit im Wesentlichen die Entgelte von 2021 weiter. Das Zusatzentgelt ZE20xx-64 für den Knochenwachstumsfaktor Eptoterminalfa wurde 2022 wegen der seit 2016 fehlenden Zulassung gestrichen.

SCHLICHTUNGSAUSSCHUSS

Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses nach § 19 KHG gelten als Kodierregeln und sind für Kliniken, MD und Kostenträger bindend. Mittlerweile sind diverse Entscheidungen in die Deutschen Kodierrichtlinien aufgenommen und in der Kalkulation der Fallpauschalen berücksichtigt worden. Aktuell sind nur noch wenige strittige Verfahren beim Schlichtungsausschuss anhängig. Alle Informationen und Entscheidungen zum Schlichtungsausschuss findet man unter der Internet-Adresse www.g-drg.de/Schlichtungsausschuss_nach_19_KHG.

ICD-KODIERUNG

In der Kodierung gibt es 2022 einige Weiterentwicklungen, die Kodierunsicherheiten aufgreifen und für Sicherheit in der Anwendung der Regelwerke für Kliniken und Gutachter sorgen sowie eine Reduktion von Kostenträgerstreitigkeiten erreichen sollen. Dies ist insbesondere auch vor dem Hintergrund der aktuellen Logiken der sozialgerichtlichen Rechtsprechung von großer Bedeutung.

ADIPOSITAS

Bei der Schlüsselnummer E66- *Adipositas* wurden neue 5-Steller eingeführt, um die Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter anhand des Body-Mass-Index [BMI] spezifisch kodieren zu können.

HERZBEUTELTAMPONADE

Bei der Schlüsselnummer I31.8 *Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Perikards* wurden neue 5-Steller eingeführt, um die vormals bei I31.9 zugeordnete Herzbeutelamponade von sonstigen näherbezeichneten Krankheiten des Perikards abgrenzen und spezifisch kodieren zu können.

LUNGENKOLLAPS

Bei der Schlüsselnummer J98.1 *Lungenkollaps* wurden neue 5-Steller eingeführt, um den Lungenkollaps im Hinblick auf die Art der Belüftungsstörung (u. a. Dystelektase, Partielle Atelektase, Totalatektase) spezifisch kodieren zu können.

PYLORUSSTENOSE

Bei der Schlüsselnummer K31.1 *Hypertrophische Pylorusstenose* beim Erwachsenen wurde der Klassentitel geändert in Pylorusstenose beim Erwachsenen. Außerdem wurden neue 5-Steller eingeführt, um die zugrundeliegende Ursache der Pylorusstenose (u. a. hypertrophisch, entzündlich, tumorös, kompressiv, infiltrativ) spezifisch kodieren zu können.

HÄMORRHAGIE DES ANUS UND DES REKTUMS

Bei der Schlüsselnummer K62.5 *Hämorrhagie des Anus und des Rektums* wurden neue 5-Steller eingeführt, um die Lokalisation der Blutung spezifisch kodieren zu können.

AKUT-AUF-CHRONISCHES LEBERVERSAGEN

Bei den Schlüsselnummern K70.4 *Alkoholisches Leberversagen* und K72.1 *Chronisches Leberversagen* wurden neue 5-Steller eingeführt, um das akut-auf-chronische Leberversagen spezifisch kodieren zu können. Bei Schlüsselnummer K70.4 *Alkoholisches Leberversagen* wurden weitere 5-Steller eingeführt, um grundsätzlich den zeitlichen Krankheitsverlauf (akut/subakut und chronisch) des alkoholischen Leberversagens spezifisch kodieren zu können.

CHOLANGITIS

Bei der Schlüsselnummer K83.0 *Cholangitis* wurden neue 5-Steller eingeführt, um die primär sklerosierende und die sekundär sklerosierende Cholangitis spezifisch kodieren zu können.

KRANKHEITEN DES PANKREAS

Bei der Schlüsselnummer K86.8 *Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Pankreas* wurden neue 5-Steller eingeführt, um die bisher unter K86.9 inkludierten Entitäten (u. a. Atrophie, Fibrose, Zirrhose, Stein, Stenose, Fistel, Nekrose des Pankreas) zu differenzieren und spezifisch kodieren zu können.

NEUBILDUNG LYMPHKNOTEN

Bei U69.-! *Sonstige sekundäre Schlüsselnummern für besondere Zwecke* wurde ein neuer 4-stelliger Zusatzcode U69.5-! eingeführt und auf fünfter Stelle ausdifferenziert, um bei Vorliegen eines Befalls mehrerer Lymphknotenregionen bei sekundären und nicht näher bezeichneter bösartiger Neubildung der Lymphknoten (C77.8) die betroffenen Regionen spezifisch angeben zu können.

OPS-KODIERUNG

Zahlreiche OPS-Kodes wurde in 2022 in den chirurgischen Fachbereichen präzisiert und sollen Kodierunsicherheiten beseitigen:

OPERATIONEN AN BRUSTWAND, PLEURA, MEDIASTINUM UND ZWERCHFELL

- Einführung eines neuen Kodes für die Brustwandteilresektion mit plastischer Deckung durch allogen Material (5-346.82)

OPERATIONEN AM HERZEN

- Überarbeitung und Erweiterung der Codes für die Implantation und den Wechsel von Herzklappenprothesen. Verschiebung der Codes 5-354.08, 5-354.09, 5-354.0c für die Implantation klappentragender mechanischer und biologischer Gefäßprothesen der Aorten-Pulmonalklappe sowie für den Aortenklappenersatz durch Autotransplantation (Ross-Operation) in den Codebereich 5-351. Erweiterung der Subklassifikationslisten für die Art des Transplantates und Einführung neuer Sechssteller für dezellularisierte Allotransplantate (5-351 ff. und 5-352 ff.)
- Überarbeitung und Erweiterung der Codes für die Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens. Erweiterung der Subklassifikationsliste für die Art des Transplantates und Einführung neuer Sechssteller für dezellularisierte Allotransplantate (5-358 ff.)

OPERATIONEN AN DEN BLUTGEFÄßEN

- Unterteilung des Zusatzkodes für die endovaskuläre Implantation von patientenindividuell hergestellten Stent-Prothesen nach ohne und mit Öffnung (5-38a.w ff.)
- Verschiebung des Zusatzkodes für die Verwendung eines extraluminale adaptierbaren alloplastischen Anastomosenstabilisators in einen Sechssteller (5-392.81)
- Einführung eines neuen Zusatzkodes für die Verwendung eines extraluminale alloplastischen Venenstabilisators (5-392.81)

OPERATIONEN AM VERDAUUNGSTRAKT

- Einführung eines Zusatzkodes für das Einlegen eines Systems zum Anastomosenenschutz bei Operationen am Darm (5-46b.2)
- Streichung und Überleitung der Codes für die lokale Destruktion durch hochfrequenzinduzierte Thermotherapie auf neue Codes für die lokale Destruktion durch Radiofrequenzablation und Mikrowellenablation an der Leber (5-501.9 ff., 5-501.a ff.)

- Unterteilung der Codes für die Implantation, die Revision und die Entfernung eines subkutan getunnelten Katheterverweilsystems in den bzw. im Bauchraum nach dem Zweck der Anwendung (5-549.2 ff., 5-549.3 ff., 5-549.4 ff.)
- Einführung neuer Codes für den Wechsel eines subkutan getunnelten Katheterverweilsystems, unterteilt nach dem Zweck der Anwendung (5-549.d ff.)

OPERATIONEN AN KIEFER- UND GESICHTSSCHÄDELKNOCHEN

- Einführung neuer Codes für die Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels, des Knochens sowie des Knorpels und des Knochens mit Verwendung von alloplastischen Implantaten (5-218.03, 5-218.13, 5-218.23)
- Einführung eines neuen Codes für die komplexe plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase mit Verwendung von alloplastischen Implantaten (5-218.43)

OPERATIONEN AN DEN BEWEGUNGSORGANEN

- Einführung eines neuen Zusatzkodes für die Verwendung einer winkelstabilen Platte mit integriertem Band zur Osteosynthese (5-786.q)
- Einführung neuer Codes für die Verwendung eines Fixateur interne zur geschlossenen Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese (5-790.qd, 5-790.qx)
- Einführung neuer Codes für die offene chirurgische vordere und hintere Kreuzbandplastik unter Verwendung einer allogenen Sehne (5-803.b, 5-803.c)
- Einführung eines neuen Codes für die offene chirurgische Fusion des distalen Tibiofibulargelenkes (5-809.5)

OPERATIONEN AN HAUT UND UNTERHAUT

- Einführung neuer Codes für die lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik (5-894.3 ff.)
- Einführung neuer Codes für den permanenten Hautersatz durch autogene Fibroblasten (5-902.k ff., 5-902.m ff., 5-925.k ff., 5-925.m ff.)

ZUSATZINFORMATIONEN ZU OPERATIONEN

- Einführung eines neuen Zusatzkodes für die Art der Beschichtung von Gefäßprothesen mit antimikrobieller Oberfläche (5-938.1)

KOMPLEXBEHANDLUNG

- Überarbeitung der Strukturmerkmale der Codes für die intensivmedizinische Komplexbehandlung, die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter und die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (8-980 ff., 8-98d ff., 8-98f ff.)

SCHLUSSBEMERKUNG

Diverse Vorschläge zu Systemkorrekturen gehen auch in diesem Jahr insbesondere wieder auf Vorschläge der chirurgischen Fachgesellschaften sowie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), zusammen mit dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC), zurück.

Die Komplexität und die Ausdifferenzierung des G-DRG-Systems nehmen 2022 weiter zu. Die Innovationsfinanzierung ist über das vorliegende System weiterhin schwerfällig. Es gibt zunehmend Systemelemente mit der Abkehr von der datengetriebenen Systematik. Seit 2020 werden auch die Auswirkungen der Personaluntergrenzen-Verordnung und des Pflegepersonal-Stärkungsgesetz auf das G-DRG-System sichtbar. Insbesondere die Ausgliederung der Kosten für die Pflege aus den Fallpauschalen, die pandemiebedingten Eingriffe und der veränderten und Fall- und PatientInnen-Struktur führt zu größeren Änderungen des Fallpauschalenkatalogs und der Abrechnungslogik. Die Auswirkungen aus der veränderten Krankenhausplanung, der Rettungsschirme und der G-BA-Beschlüsse werden ebenfalls im System zu Neuverteilungen führen. Mit Spannung werden auch die Änderungen der Neuordnung des Ambulanten Operierens und der Einführung von Hybrid-DRGs erwartet.

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

Das Ende der gleichzeitigen Gesellschafterstellung und Anstellung im MVZ?



Dr. jur. Jörg Heberer
Justitiar BDC
Rechtsanwalt und Fachanwalt für
Medizinrecht
justitiar@bdc.de



Oliver Butzmann
Fachanwalt für Medizinrecht

ANMERKUNGEN ZUR ENTSCHEIDUNG DES BUNDESSOZIALGERICHTS VOM 27.01.2022, AZ. B 6 KA 2/21 R

DIE ENTSCHEIDUNG

In dem Urteil geht es um ein als Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) von zwei Ärzten geführtes Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ). Die GbR beantragte die beiden Gesellschafter in dem von ihr betriebenen MVZ als Ärzte anzustellen. Beide Gesellschafter waren zugleich Geschäftsführer und jeweils zur Hälfte am Vermögen und am Gewinn der Klägerin beteiligt.

Nach Ablehnung durch den Zulassungs- und Berufungsausschuss gab das SG Marburg dem Genehmigungsantrag statt. Dass die beiden Vertragsärzte Gesellschafter der Klägerin mit jeweils hälftigem Anteil seien, schließe den Anspruch nicht aus. Die zu erteilende Genehmigung sei allein an vertragsärztlichen

Gesichtspunkten zu messen. Zivil-, gesellschafts-, steuer-, arbeits- oder sozialversicherungsrechtliche Aspekte hinderten die Erteilung der Genehmigung nicht. Ärzte könnten bei einem MVZ angestellt sein, auch und gerade, wenn sie Gesellschafter der Träger-GbR seien. Weder die Größe ihres Gesellschafteranteils noch ihr Einfluss auf die MVZ-GbR und damit die arbeits- und sozialversicherungsrechtliche Einordnung ihrer Beschäftigung als abhängig Beschäftigte oder als selbstständig Tätige erlaube es den Zulassungsgremien, die Genehmigung der Anstellung zu versagen.

Der Berufungsausschuss legte hiergegen Sprungrevision zum BSG ein. Dieses hob die SG-Entscheidung mit Urteil vom 27.01.22 auf. Das schriftliche Urteil liegt noch nicht vor. Aus dem Terminbericht lässt sich entnehmen, dass die Anstellungsgenehmigungen nach Meinung des BSG nicht erteilt werden dürften, weil die verzichtenden Ärzte als



Butzmann O, Heberer J: Das Ende der gleichzeitigen Gesellschafterstellung und Anstellung im MVZ? *Passion Chirurgie*. 2022 August, 12(07/08), Artikel 04_09



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

Geschäftsführer und Gesellschafter derart an der Gesellschaft beteiligt seien, dass sie über ihre Möglichkeiten der Einflussnahme die Geschicke der Gesellschaft lenken können. Dies stehe einer Angestelltenstellung entgegen. Hierfür sehe das Gesetz die Variante des Vertragsarzt-MVZ vor.

STELLUNGNAHME

Die Entscheidung betrifft zunächst die konkrete Konstellation eines MVZ in der Rechtsform der GbR und mit lediglich zwei Ärzten. Klar ist jedoch auch, dass zukünftig bei vergleichbaren Anträgen auf Anstellungsge-nehmigung regelhaft eine Berücksichtigung der gesellschafts- und sozialversicherungsrechtlichen Regeln zu erfolgen hat und nicht nur die vertragsarztrechtlichen Vorgaben maßgeblich sind. Es ist also im Einzelfall

zu prüfen, in welcher Rechtsform das MVZ betrieben wird und wie die Rechte der einzelnen Arzt-Gesellschafter konkret ausgestaltet sind.

Denn das BSG orientiert sich in seiner Entscheidung offensichtlich primär an dem sozialversicherungsrechtlichen Begriff der **abhängigen Beschäftigung**. Dieses Thema ist seit langem relevant bei der Frage, ob Geschäftsführer Sozialversicherungsabgaben zahlen müssen, wenn sie zugleich Gesellschafter sind. Nach der einschlägigen Rechtsprechung hierzu können viele unterschiedliche Aspekte eine Rolle für die Beurteilung des Einzelfalls haben.

Hilfreich kann es z. B. sein, die Befugnisse der Gesellschafter-Ärzte in bestimmten Bereichen so zu beschränken, dass diese sie selbst

betreffende Beschlüsse des MVZ nicht verhindern können. Dies wird allerdings in kleineren MVZ, wie das in der BSG-Entscheidung betroffene, kaum möglich sein. Viele Fragen bleiben aber auch offen, wie z. B.:

- Welche Rolle spielt zukünftig die Vertragsarztvariante?
- Gibt es eine wesentlich andere Beurteilung bei der GmbH?
- Besteht Bestandsschutz für vorhandene MVZ mit dieser Konstellation.

Ob die schriftlichen Urteilsgründe etwas mehr Klarheit bringen werden, bleibt abzuwarten. In jedem Fall sollten aber Ärzte, die eine MVZ-Gründung planen, die genannten gesellschafts- und sozialversicherungsrechtlichen Aspekte ebenso wie das Vertragsarztrecht in ihre Beratung mit einbeziehen. ○



in Kooperation mit



DER BDC PRÄSENTIERT

DCK Kompakt 2022

Trends und Innovationen in der Chirurgie

DCK Kompakt ist das Nachlese Webinar des deutschen Chirurgenkongresses 2022, das von Expert:innen aus der Chirurgie kuratiert und moderiert wird.

Erfahren Sie mehr über:

- die Kongress-Highlights
- Trends in Forschung, Weiterbildung und Krankenversorgung
- Vorschau auf den DCK 2023

Für BDC- und DGCH-Mitglieder und deren Fachgesellschaften kostenlos!

JETZT ABRUFBAR!
www.bdc.de/dck-kompakt2022

On demand



COVID-19 als Berufskrankheit im Gesundheitswesen

Eines der beruflichen Risiken im Gesundheitswesen besteht in der Ansteckungsgefahr mit einer Infektionskrankheit. Auch die Erkrankung an COVID-19 kann unter anderem bei Beschäftigten im Gesundheitswesen die Voraussetzungen für die Anerkennung einer Berufskrankheit erfüllen.

Laut der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) können aus dem Kreis der versicherten Personen insbesondere Beschäftigte in stationären oder ambulanten medizinischen Einrichtungen und in Laboratorien die Voraussetzungen einer Berufskrankheit erfüllen: Darunter fallen Arbeitnehmer oder ehrenamtliche

Helfer, wie zum Beispiel Studentinnen und Studenten oder Personen, die sich bereits im Ruhestand befinden und aufgrund der Pandemie in den aktiven Dienst zurückgekehrt sind. Freiberuflich Selbstständige auf Honorarbasis klären Fragen zum Versicherungsschutz am besten mit dem für die Einrichtung zuständigen Unfallversicherungsträger.

Voraussetzungen für eine Anerkennung einer COVID-19-Erkrankung als Berufskrankheit sind nach Angaben der DGUV:

- der Kontakt mit SARS-CoV-2-infizierten Personen im Rahmen der beruflichen Tätigkeit im Gesundheitswesen und



Dipl. Verw. Wiss., Dipl. Journalist (FJS) Holger Wannenwetsch
Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
wannenwetsch@bdc.de



Dr. med. Björn Ackermann
Orthopädisch-Chirurgische
Gemeinschaftspraxis
Gröpelinger Heerstr. 115
28237 Bremen
dr.bjoernackermann@web.de

Wannenwetsch H, Ackermann B: COVID-19 als Berufskrankheit im Gesundheitswesen. *Passion Chirurgie*. 2022 August, 12(07/08), Artikel 04_10.



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

- relevante Krankheitserscheinungen wie zum Beispiel Fieber, Husten und
- ein positiver Nachweis des Virus durch einen PCR-Test

Hier gibt es **allgemeine Informationen** zum Thema: www.bgw-online.de.

Hier finden Sie Hinweise zur **freiwilligen Versicherung für selbständige Ärztinnen und Ärzte**: www.bit.ly/FreiwilligeVersicherung. ○

Kommentar von Dr. Björn Ackermann, Regionalvertreter BDC-LV/Bremen zum Thema COVID-19 als Berufskrankheit:

„Corona-Infektion als Berufserkrankung anerkannt“

Eine Infektion mit SARS-CoV-2 sollte unbedingt der entsprechenden Berufsgenossenschaft (meist die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, BGW) gemeldet werden. Dies gilt für eigene Infektionen und aber auch für Infektionen von Mitarbeitern.

Sollte es keinen Hinweis darauf geben, dass man sich die Infektion im persönlichen privaten Umfeld zugezogen hat, kann eine Beweiserleichterung greifen. Dann gehen die Berufsgenossenschaften möglicherweise davon aus, dass die Infizierung während der Arbeitszeit erfolgt ist. Dies gilt insbesondere für Praxen, die auch Coronatests durchführen oder durchgeführt haben.

Eine Anerkennung als Berufserkrankung (siehe das auch das **Merkblatt zur Berufskrankheit Nr. 3101** zu Infektionskrankheiten unter anderem im Gesundheitsdienst) hat den Vorteil, dass für etwaige weitere Behandlungen die Berufsgenossenschaft der Kostenträger ist. Noch unklar ist allerdings, wie es mit der Anerkennung des sogenannten „Long Covid“ aussieht.“

Zum Merkblatt 3101: www.bit.ly/Merkblatt3101

Kommentar des BDC-Justitiars, Dr. Jörg Heberer:

Niedergelassene Ärzte sind im Gegensatz zu angestellten Ärzten oder dem nichtärztlichen Praxispersonal nicht pflichtversichert in der gesetzlichen Unfallversicherung. Dies bedeutet, damit sie in den Schutzbereich der gesetzlichen Unfallversicherung fallen, müssen sie sich freiwillig bei der BGW versichern. Sofern also ein niedergelassener Arzt nicht freiwillig bei der BGW versichert ist, kann er auch keine Ansprüche aus dem SGB VII u.a. auf Leistungen bei Berufskrankheit herleiten.

§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII definiert die Voraussetzungen einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung. Hiernach sind Berufskrankheiten diejenigen Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit erleiden.

Die Bundesregierung hat hierzu die Berufskrankheitenverordnung (BKV) erlassen, in der solche Krankheiten als Berufskrankheiten bezeichnet sind, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Manche Krankheiten sind hiernach nur dann eine Berufskrankheit, wenn sie durch Tätigkeiten in bestimmten Gefährdungsbereichen verursacht worden sind.

Folglich müsste eine Erkrankung mit dem Coronavirus in der sogenannten Berufskrankheiten-Liste (BK-Liste), die als Anlage 1 der BKV beigefügt ist, aufgeführt sein, um als Berufskrankheit anerkannt zu werden.

Gemäß Ziffer 3101 der BK-Liste stellen Infektionskrankheiten eine Berufskrankheit dar, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrts-
pflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war. Somit kommt hier meiner Auffassung nach die Anerkennung als Berufskrankheit bei einer Infektion mit SARS-CoV-2 im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit durchaus in Betracht. Die DGUV verweist in diesem Zusammenhang sogar darauf,

dass die Allgemeingefahr dabei wegen des erhöhten beruflichen Risikos in den Hintergrund tritt.

Die Ankerkennung als Berufskrankheit muss bei Vorliegen der obigen Voraussetzungen meiner Ansicht nach grundsätzlich auch für durch die Covid-19-Erkrankung verursachte gesundheitliche Folgeschäden gelten, wie Langzeitfolgen, die länger als vier Wochen nach Infektion noch bestehen (Long Covid) oder erst 12 Wochen nach Infektion neu auftreten oder bis dahin fortbestehen (Post Covid).

Ebenfalls stellt die DGUV hierzu auf ihrer Homepage ausdrücklich klar, dass bei positiver Testung, entsprechenden Krankheitsanzeichen sowie der Vermutung eines Infektionsweges über die berufliche Tätigkeit bei einem begründeten Verdacht um Erstattung der ärztlichen Berufskrankheitenanzeige (F6000) gebeten wird (s. hierzu unter: **www.bit.ly/DGUV-FAQ**).

eAKADEMIE

Einfach starten!

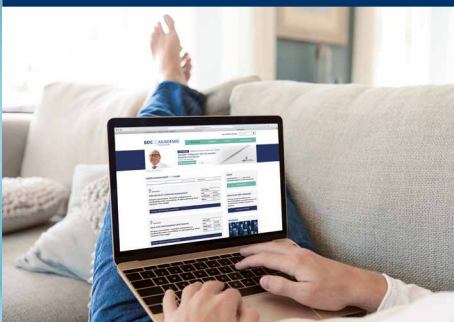
ONLINE
KURSE

WEBINARE

PODCASTS

MEDIATHEK

ONLINE-KURSE



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

BDC  **AKADEMIE**
Einfach starten!

www.bdc-eakademie.de

Frage & Antwort



Elektronischer Heilberufsausweis (eHBA) für Kliniker



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

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

Heberer J: F+A: Elektronischer Heilberufsausweis (eHBA) für Kliniker. 2022 Juli/August; 12(07/08): Artikel 04_11.



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

FRAGE:

Ein Oberarzt fragt an, ob er als angestellter Arzt im Krankenhaus auch einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) benötigt und wenn ja, wer hierfür die Kosten trägt.

ANTWORT:

Für angestellte Krankenhausärzte besteht zwar grundsätzlich keine rechtliche Verpflichtung zum Besitz eines eHBA. Allerdings benötigen diese ihn jedoch zwingend, wenn sie im Rahmen ihrer Tätigkeit Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) in Anspruch nehmen müssen, deren Nutzung rechtlich oder technisch einen eHBA voraussetzt. Dies ist beispielsweise der Fall beim Entlassmanagement, wenn ein E-Rezept oder eine elektronische AU-Bescheinigung ausgestellt werden muss. Weitere Beispiele sind das Anlegen eines Notfalldatensatzes oder die Ausstellung eines elektronischen Arztbriefes. Letztendlich benötigen Krankenhausärzte immer dann, wenn für die TI-Anwendung eine qualifizierte elektronische Signatur notwendig ist, einen eHBA.

Aber auch ohne Signaturerfordernis ist der Besitz eines eHBA rechtlich für jeden Krankenhausarzt zwingend notwendig, wenn ein Zugriff auf die elektronische Patientenakte, das Notfalldatenmanagement oder den elektronischen Medikationsplan erfolgen soll bzw. muss. Insbesondere Ärzte, die in der Notaufnahme tätig sind, werden um einen eHBA nicht umhinkommen.

Wie viele eHBA in einem Krankenhaus benötigt werden, muss durch den Krankenhausträger festgestellt werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft vertritt hierzu jedenfalls die Auffassung, dass eine Vollausstattung generell nicht erforderlich sein dürfte, zumal hierdurch auch nicht unerhebliche Kosten entstehen würden. Folglich ist es Aufgabe des Krankenhausträgers, zu analysieren, welche Ärzte und/oder Organisationseinheiten tatsächlich einen eHBA benötigen.

Der Antrag auf Erteilung eines eHBA muss dann aber vom jeweiligen Arzt selbst gestellt werden.

Da die Kosten hierfür nach Ansicht des Verfassers zunächst vom Arzt zu bezahlen sind, muss unbedingt vor der Beantragung mit dem Krankenhausträger geklärt werden, wer diese letztendlich übernimmt. Bislang ist nämlich leider aus Sicht des Verfassers nicht abschließend entschieden, ob der Krankenhausträger diese Kosten als Arbeitsmittel vollumfänglich tragen muss. Zwar vertritt die Bundesärztekammer diese Auffassung, eine abschließende Klärung durch die Rechtsprechung steht jedoch derzeit noch aus, weshalb eine gesicherte Rechtsauskunft hierzu aktuell nicht möglich ist.

Dessen ungeachtet hat zum einen die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit den gesetzlichen Krankenkassen eine Finanzierungsvereinbarung für die erforderlichen Komponenten in der TI getroffen. Hiernach erhalten Krankenhäuser einen Zuschuss von EUR 46,52 pro Jahr und eHBA. Sofern das Krankenhaus diese Erstattung in Anspruch nimmt, ist es allerdings verpflichtet, sicherzustellen, dass dieser Pauschalbetrag an die Ärzte, die den Besitz des eHBA nachweisen, weitergegeben wird. Da der eHBA jährlich etwa EUR 100,00 kostet, müssen die angestellten Ärzte damit aber etwas mehr als die Hälfte der Kosten selbst tragen, sofern der Krankenhausträger diese eben nicht ganz übernimmt.

Zum anderen haben der Marburger Bund und die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände für Ärzte an kommunalen Krankenhäusern vereinbart, dass diese Kliniken verpflichtet sind, die Kosten für den eHBA allein zu tragen. Diese Verpflichtung gilt ab sofort, allerdings eben nur für Ärzte an kommunalen Krankenhäusern bzw. nur für Ärzte, deren Arbeitsvertrag diesen Tarifvertrag miteinbezieht.



Ambulante Operationen und Interventionen patientengerecht vorantreiben – aber wie?

VORWORT

Ambulante Operationen und Interventionen patientengerecht vorantreiben – aber wie?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im März dieses Jahres hatten wir in einem BDC-Praxistest bereits über die ersten Vorzeichen des lang angekündigten IGES-Gutachten zur Neuregelung des AOP-Katalogs berichtet. Und jetzt ist es endlich soweit: auf ganzen 295 Seiten wird uns im neuen AOP-Gutachten von IGES aufgezeigt, was im Bereich ambulant durchführbarer Operationen und stationsersetzender Eingriffe/Behandlungen denn so alles möglich ist.

Die Kernaussage des Gutachtens: der AOP-Katalog kann um fast 2.500 Eingriffe erweitert werden, fast doppelt so viele wie bisher. Dies könnte die Krankenhauslandschaft in Deutschland in der Tat komplett verändern.



Prof. Dr. med. Arend Billing

Leiter der Sektion für
Krankenhausökonomie der Deutschen
Gesellschaft für Gefäßchirurgie und
Gefäßmedizin (DGG)
ehemaliger Chefarzt der Klinik für
Gefäßchirurgie
Sana Klinikum Offenbach
Starkenburgring 66
63069 Offenbach
arend.billing@gmx.de

Nach Veröffentlichung des Gutachtens waren die Lobgesänge z. B. des GKV-Spitzenverbandes nicht zu überhören. Nimmt also der Ambulantisierungs-Hype jetzt erst richtig Fahrt auf und alles wird gut?

Natürlich ist die Erweiterung des ambulanten Potenzials ausdrücklich zu befürworten, doch sollten Faktoren, wie z. B. Patientensicherheit, Praktikabilität oder die Endverantwortung der behandelnden Ärzte unbedingt in der Diskussion berücksichtigt werden. Denn eigentlich steht doch der Patient im Mittelpunkt, und irgendwelche Algorithmen haben bisher noch nie ärztliche Entscheidungen ersetzt.

Entsprechend danken wir Professor Billing, dass er sich durch die fast 300 Seiten durchgekämpft hat und uns die wesentlichen Punkte des Gutachtens näherbringt. Und wie vor sechs Monaten heißt die Devise: **unbedingt einmischen!**

Erhellende Lektüre wünschen

Prof. Dr. med.
C. J. Krones

und

Prof. Dr. med.
D. Vallböhmer



Da ist es also, das neue AOP-Gutachten von IGES. Der Inhalt könnte die Krankenhauslandschaft in Deutschland nachhaltig verändern. Erfreulicherweise wurde das Gutachten komplett veröffentlicht. Der Interessierte kann sich die Ergebnisse je nach Ausmaß des Interesses auf einer zweiseitigen Zusammenfassung des IGES-Geschäftsführers, Dr. Martin Albrecht, zu Gemüte führen. Ansonsten gibt es eine Kurzfassung auf 21 Seiten oder die Vollversion für Hardcore-Interessierte oder Betroffene auf 295 Seiten und mit verschiedenen Anhängen mit den eigentlich wichtigen Details (**Abb.1**). Die Vertreter der wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften wurden dankenswerterweise bereits am 10.5.2022 in der gemeinsamen DRG-Kommission von AWMF und Bundesärztekammer von den wesentlichen Autoren des Gutachtens, Herrn Dr. Albrecht und Prof. Dr. Mansky persönlich informiert.

WICHTIGES HINTERGRUNDWISSEN

Im MDK-Reformgesetz hat der Gesetzgeber auf Betreiben von Herrn Spahn eine massive

Ambulantisierung gefordert und eine substanzielle Erweiterung des AOP-Katalogs beschlossen. Der Katalog sollte außerdem um stationersetzende Behandlungen und stationersetzende Eingriffe ergänzt werden. Dieser Auftrag ging an die Selbstverwaltung, d. h. den GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Diese beauftragten das IGES Institut mit der Gutachtenerstellung. Damit sollte die Grundlage für das weitere Vorgehen der Selbstverwaltung geschaffen werden.

Im Gutachtenauftrag waren vier thematische Module vorgegeben:

- internationaler Vergleich
- Status quo in Deutschland
- Leistungen für die Erweiterung des Katalogs
- Schweregrad-Differenzierung

Explizite Aufgabe des IGES waren:

- Möglichst umfassende Ambulantisierung
- Vermeidung häufiger Anlässe für Abrechnungsprüfungen in Kliniken (!)

Billing A: BDC-Praxistest: Ambulante Operationen und Interventionen patientengerecht vorantreiben – aber wie? *Passion Chirurgie*. 2022 Juli/August; 12(07/08): Artikel 05_01.



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



Ambulantisierung: Gutachten nennt 2.500 neue AOP-Leistungen

Die Möglichkeiten für ambulante Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe in Krankenhäusern sollten Experten zufolge substanziell ausgeweitet werden. Ein Gutachten empfiehlt rund 2.500 medizinische Leistungen, die zusätzlich in den Katalog für ambulantes Operieren, kurz AOP-Katalog, aufgenommen werden sollten. Damit würde sich die Anzahl der derzeit möglichen ambulanten Leistungen von Kliniken nahezu verdoppeln. Vorgesehen ist zudem ein praktikables Verfahren für Krankenhäuser, mit dem je nach individueller Behandlungssituation ein stationärer Aufenthalt begründet werden kann. Dies soll die Patientensicherheit erhöhen, aber auch unnötige Prüfverfahren für Kliniken verhindern.

Auf einen Blick: Hintergrund, Methode, Ergebnisse

Berlin, 1. April 2022 (IGES Institut) - Bislang zählt der AOP-Katalog 2.879 Leistungen. Neu hinzukommen könnten 2.476 Leistungen (gemäß Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS), ein Plus um 86 Prozent auf insgesamt 5.355 Leistungen. Die meisten der für eine Erweiterung vorgeschlagenen Leistungen, rund 60 Prozent (1.482 Leistungen), sind Operationen, vor allem Operationen an der Haut, am Auge sowie am Muskel- und Skelettsystem. Zweithäufigste Neuaufnahme mit 546 Leistungen sind diagnostische Maßnahmen wie diagnostische Endoskopien.

Gesetzgeber beschließt AOP-Katalog substanziell zu erweitern

Erarbeitet hat den neuen AOP-Katalog das IGES Institut in Zusammenarbeit mit dem österreichischen Gesundheitsforschungsinstitut Gesundheit Österreich. Dies erfolgte im Rahmen eines Gutachtens für die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), den GKV-Spitzenverbandes sowie die Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Die drei Organisationen der Selbstverwaltung vereinbaren den AOP-Katalog (Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen nach § 115b SGB V) sowie eine für Krankenhäuser und niedergelassene Vertragsärzte einheitliche Vergütung der darin enthaltenen Leistungen.

Mit dem Anfang 2020 in Kraft getretenen Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) hatte der Gesetzgeber festgelegt, dass der AOP-Katalog substanziell erweitert werden sollte, um die Ambulantisierung voranzutreiben. Das Verzeichnis ist seit mehr als 15 Jahren weitgehend unverändert geblieben. Die Grundlagen dafür soll ein von KBV, GKV-Spitzenband und DKG beauftragtes Gutachten schaffen.

Ihr Ansprechpartner



Dr. Martin Albrecht
Geschäftsführer

Für Rückfragen kontaktieren Sie mich
bitte über studien@iges.com

Weitere Informationen

Publikation

→ Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V

→ Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V
Kurzfassung des Gutachtens (1.1 MB)

→ Annex zum Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V
Modul 1: Internationaler Vergleich (3.2 MB)

→ Annex zum Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V
Kontextprüfung (1.7 MB)

→ Annex zum Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V
OPS Empfehlungen (170KB)

Ergänzender Link

→ GKV-Spitzenverband
Informationen des GKV-Spitzenverbandes zum Gutachten

→ Deutsche Krankenhausgesellschaft
Informationen der DKG zum Gutachten

→ Kassenärztliche Bundesvereinigung
Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Gutachten

Abb. 1: Von IGES im Netz zur Verfügung gestellte Dokumente https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/erweiterter-aop-katalog/index_ger.html

ZU DEN ERGEBNISSEN DES GUTACHTENS: DIE VIER MODULE

MODUL 1: INTERNATIONALER VERGLEICH

In den analysierten europäischen Ländern erfolgte die Ambulantisierung überwiegend

am Krankenhaus. Es wurden Incentives vor allem durch finanzielle Anreize gesetzt. Die Idee einer Zwangsambulantisierung wurde, soweit erkennbar, nirgends umfassend verfolgt oder erbrachte jedenfalls keine erkennbaren Erfolge.

Interessant und völlig unvergleichbar ist das Beispiel USA: Unter ambulanter Behandlung werden dort auch Behandlungen mit bis zu zwei Übernachtungen subsummiert! Das dortige System ist im Wesentlichen durch ökonomische Interessen getriggert.

MODUL 2: ERFASSUNG DES STATUS QUO

Bemerkenswert: Es existiert in Deutschland keine eindeutige AOP-Statistik. Aufgrund erheblicher Datenlücken sind Aussagen zu den derzeit erbrachten AOP-Leistungen unvollständig.

MODUL 3: EMPFEHLUNGEN FÜR AOP-KATALOG –
NEUE LEISTUNGEN FÜR DIE AMBULANTE
ERBRINGUNG

Konservative Behandlung mit Diagnostik

Einen sehr breiten Rahmen nehmen im Gutachten die Analysen und Empfehlungen zu zukünftigen stationärsersetzenden Eingriffen und stationärsersetzenden Behandlungen ein.

Hier sieht man offensichtlich ein erhebliches Erweiterungs- und Sparpotenzial. Diese Entitäten sind nicht Inhalte des vorliegenden Artikels, der sich spezifisch auf die Erweiterung des Katalogs für ambulant durchführbare Operationen bezieht.

Ambulant durchführbare Operationen inklusive nicht operative Maßnahmen (= Interventionen)

**Vermehrung der OPS-Codes um jeden Preis?
Lesen Sie Ihre neuen Listen: IGES-Gutachten/
Annex OPS-Empfehlungen**

Aufgabe der bisherigen Differenzierung

Bekanntermaßen sind diese Leistungen im bisherigen OP-Katalog differenziert in:

Kategorie 1: Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können (> 90 %)

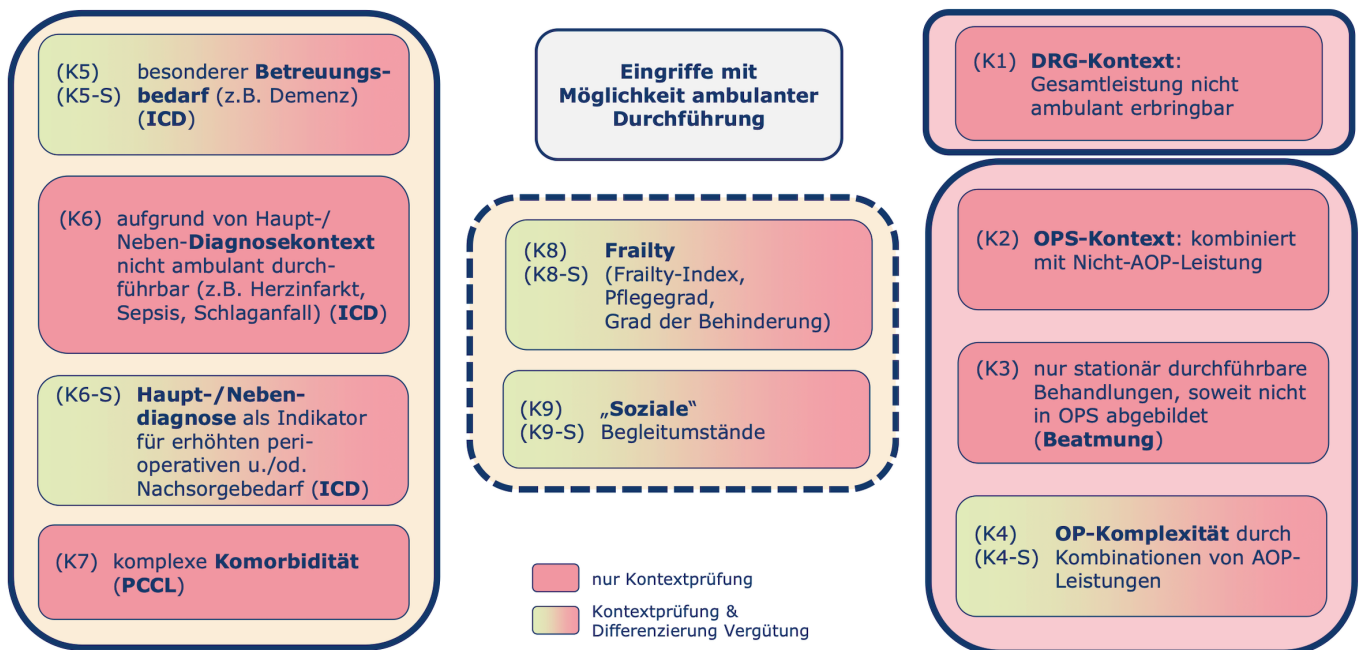
Kategorie 2: Leistungen, bei denen sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Behandlung möglich ist (geringeres Potenzial)

Von IGES wurde diese Differenzierung nun gestrichen. Schon durch diesen Willkürakt hat sich die Zahl der in Zukunft „verteidigungspflichtigen“ OPS-Codes etwa verdoppelt: Allein im Abschnitt 1 des bisherigen AOP-Katalogs gibt es 1.553 Leistungen der Kategorie 2! Darüber hinaus werden von IGES für den Bereich Operationen 2738 neue OPS-Codes und für den Bereich nicht operative Maßnahmen 276 neue Codes vorgeschlagen. Das bedeutet ein zusätzliches Plus von 54 % bei

IGES

247

Abbildung 14: Faktoren der Schweregraddifferenzierung nach Anwendungsbe-
reich



Quelle: IGES

den Operationen und fast eine Vervierfachung bei den „Interventionen“.

Aufgenommen wurden laut IGES Leistungen, auch wenn nur ein geringes Ambulantisierungspotential „ab 5 %“ vermutet wurde.

Gutachtenauftrag war die „möglichst umfassende Ambulantisierung“

MODUL 4: SCHWEREGRAD-DIFFERENZIERUNG

Keine Berücksichtigung von OPS-spezifischen Aspekten

Hier erfolgte lediglich eine globale Schweregradbetrachtung anhand von Diagnose-Codes, DRG-Tabellen und allgemeinen Patientenkriterien (Abb. 2). Eine prozedurenspezifische Analyse „war im Zeitrahmen des Gutachtens nicht möglich“. Die Gutachter formulieren: „Prozedurenspezifische Einschränkungen sind denkbar. Hier müssten entweder im OPS entsprechende Differenzierungen erfolgen oder möglichst regelbasierte Einschränkungen erarbeitet werden (Lernendes System)“.

Das Modul Schweregrad-Differenzierung erfasst somit ausschließlich Aspekte, die bezüglich der in Frage stehenden OPS-Codes unspezifisch sind. Die fachgebietsbezogene Ambulantisierungsproblematik bleibt außen vor. Die Gutachter gehen davon aus, dass die vorgeschlagene Kontextprüfung „differenzierter und konkreter als die bisherige zweistufige Einteilung und die G-AEP Kriterien sei und diese ersetzen könne“. Die Grundlage für diese Einschätzung wird nicht begründet und erschließt sich nicht. Den Gutachtern war offensichtlich nicht bewusst, dass die bisherige zweistufige Einteilung wesentlich auf die Frage: „Eingriff spezifisch höheres oder niedrigeres Ambulantisierungspotential“ abzielte.

BETEILIGUNG DER FACHGESELLSCHAFTEN

16 Fachgesellschaften erhielten von IGES Listen mit einigen der geplanten neuen OPS Codes. Der Auftrag war, diese binnen zwei Wochen als „prinzipiell ambulant durchführbar“ oder „nicht prinzipiell ambulant durchführbar“ zu kategorisieren. Eine Stellungnahme zur bisherigen Klassifikation in

Kategorie eins oder zwei wurde nicht erfragt. Wie sich auf Nachfrage herausstellte, war die Idee, ambulant Potenzial in OPS-Codes bis hinunter zu einem Potenzial ab 5 % zu erfassen. Es wurde also durchaus nicht, wie später im Gutachten formuliert, auf Prozeduren mit „hohem Potential“ abgehoben, worunter aus unserer Sicht ein Potential ab 90 % zu verstehen wäre. Den jetzt von IGES vorgelegten Tabellen kann man entnehmen, dass den Stellungnahmen der Fachgesellschaften zumindest nicht durchgehend gefolgt wurde.

DAS GUTACHTEN

Das AOP-Gutachten erreichte Ende März 2022 die Auftraggeber. Das Gutachten empfiehlt rund 2500 zusätzliche medizinische Leistungen für den AOP-Katalog, was annähernd einer Verdoppelung entspricht.

Dazu die Gutachter: Ein praktikables Prüfverfahren solle helfen, einen stationären Aufenthalt zu begründen. Die Patientensicherheit solle erhöht, aber auch unnötige Prüfverfahren für Kliniken verhindert werden. Das Gutachten soll den Partnern in der Selbstverwaltung Grundlagen für die Weiterentwicklung des AOP-Potenzials bieten.

Die relativ hohe Zahl neuer vorgeschlagener Leistungen sei ein potenzialorientierter Ansatz. Erfasst seien Leistungen, „die in der Regel ambulant versorgt werden könnten“.

Vor dem Hintergrund dieses obigen Ansatzes empfehlen die Gutachter ergänzende Prüfverfahren (Kontextprüfung), mit denen Kliniken fallindividuell begründen können, warum sie Patienten dennoch stationär behandeln müssten. Als Parameter hierfür werden erhöhte Krankheitsschwere, altersbedingte Risiken, soziale Umstände oder erhöhter Betreuungsbedarf angegeben (Abb.2). Einschränkung heißt es: Eine Kombination verschiedener ambulant durchführbarer Eingriffe könne eventuell eine ambulante OP praktisch unmöglich machen. **Auch andere prozedurenspezifische Einschränkungen seien denkbar. Hier müssten entweder im OPS-Code entsprechende Differenzierungen erfolgen oder möglichst regelbasierte Einschränkungen erarbeitet werden** (lernendes System).

Dies sei im Zeitrahmen des Gutachtens nicht möglich gewesen.

Eingriffe mit besonderem Risiko, insbesondere Risiko von Nachblutung und besonderer Überwachungsbedarf seien von der ambulanten Leistungserbringung auszuschließen. Das Gutachten weist ausdrücklich auf die Notwendigkeit der Verfügbarkeit adäquater Nachsorgestrukturen für viele stationärsersetzende Behandlungen hin. Soweit diese nicht gegeben seien, müssten soziale Begleitumstände und auch der Arztvorbehalt beachtet werden. Die konkrete Ausarbeitung solcher Umstände über die medizinischen Faktoren hinaus sei nicht Teil des Gutachtenauftrages und müsste durch die Selbstverwaltung und gegebenenfalls auch lokal erfolgen.

REAKTIONEN

Das Gutachten führte bei den Partnern der Selbstverwaltung zu erheblicher Ernüchterung. Erkennbar wurde hier nicht, wie erhofft, ein unmittelbar umsetzbares oder gebrauchsfertiges Konzept geliefert. Weder die DKG noch der GKV-Spitzenverband sahen zunächst eine zeitnahe Anwendbarkeit des vorgeschlagenen neuen Katalogs. Man neigt zu einem Innehalten und Überdenken. Der Gedanke, mit diesem Katalog die Prüfquote senken oder die Zahl der Streitfälle reduzieren zu können, wirkt unrealistisch, solange keine prozedurenspezifische Wertung und Einordnung durch die Fachgesellschaften erfolgt ist. Es wird von einem „Wahnsinn an Codes“ gesprochen. Es sei nun einige Kreativität gefragt.

Auch eine Einbeziehung von Patienten mit Betreuung über Mitternacht hinaus oder mit nächtlicher Betreuung in einem MVZ wäre längerfristig denkbar. In der Selbstverwaltung hält man die Idee einer zentralen Planwirtschaft unter Ausschluss der medizinischen Verantwortlichen derzeit eher nicht für erfolgversprechend. Zur Überprüfung der bisherigen Vorschläge werde es vermutlich zu einem Schiedsstellenverfahren kommen, was seinerseits wieder erhebliche Überraschungen bieten könnte. Für Eingriffe im Bereich der Hybrid-DRGs könnte man die untere Grenzverweildauer fallen lassen und damit erheblich MDK Prüfungen einsparen. DRGs mit hohem Kurzlieger-Anteil

seien hierfür besonders prädestiniert. Von allen Beteiligten wird gesehen, dass relevante Veränderungen im AOP-Katalog frühestens zum 1.1.2023 realistisch sind. Die Umsetzung sei bei dem jetzigen Konzept absehbar sehr Streitbefangen. Nun sollen vermehrt auch die Fachgesellschaften eingebunden werden. Die DKG will ein Positionspapier auf Basis entsprechender Workshops erarbeiten. Der BDC hat bereits eine kritische Stellungnahme erarbeitet und den Ansatz der Hybrid-DRGs favorisiert [3]

Aktueller Stand bei Redaktionsschluss: Extrem zeitnah, noch im August, soll im Konsens der Selbstverwaltung eine (relativ kleine?) Liste von Codes erstellt werden, die zum 1.1.2023 dem bisherigen Katalog hinzugefügt werden. „Die Einbeziehung der Fachgesellschaften sei aufgrund des extremen Zeitdrucks leider nicht möglich.“

BEISPIEL: PERIPHERE ARTERIELLE GEFÄSSINTERVENTION – KOMPLETT AMBULANT?

Die Problematik kann gut am Beispiel der perkutanen arteriellen Gefäßinterventionen dargestellt werden:

Diese Eingriffe sind bisher aus gutem Grund sowohl für die ambulante wie auch für die stationäre Leistungserbringung vorgesehen, ohne dass hier eine Einzelfallbegründung für die stationäre Leistungserbringung erforderlich ist. Im bisherigen AOP-Katalog gibt es 19 OPS-Codes für diesen Bereich, die bis jetzt sämtlich mit der 2: „optional ambulant“ gekennzeichnet sind.

Gemäß den Vorschlägen des IGES würden all diese Codes „prinzipiell ambulant durchführbar“. Darüber hinaus wird vorgeschlagen, praktisch die gesamte interventionelle Gefäßtherapie in den AOP-Katalog aufzunehmen (24 weitere OPS-Codes)!

Derzeit werden diese Eingriffe in Deutschland nur an ganz wenigen Stellen und praktisch nie außerhalb des Krankenhauses ambulant erbracht. Ein wesentlicher Grund dafür ist das nicht geringe Komplikationspotenzial. Zur Frage der Komplikationsrate nach peripheren perkutanen Interventionen wurde kürzlich eine **narrative selektive Literaturrecherche** durchgeführt [1].

ERGEBNISSE

Die Komplikationsrate nach perkutanen Interventionen in der Behandlung der pAVK beträgt zwischen 1,0 und 18,1 %.

Es wurden eine Reihe von unabhängigen Risikofaktoren für das Auftreten von Komplikationen identifiziert. Hierzu zählen eingriffsunspezifische Faktoren, wie sie in der geplanten Kontextprüfung eingehen könnten. Von erheblich größerer Bedeutung sind aber gefäßspezifische Faktoren wie kritische Extremitäten-Ischämie, systemische Thrombolyse, Notfalleingriffe, Blutgerinnungsstörungen, Cumarin-Therapie, Nichtverwendung eines Verschlusssystems, Verwendung größerer Schleusensysteme, lange Durchleuchtungszeit, antegrade Punktion und Punktion der linken Leiste, Behandlung von Gefäßverschluss vs. Stenose.

Komplikationen nach perkutanen Interventionen werden in punktionsbedingte und systemische Komplikationen eingeteilt.

Circa 90 % der Komplikationen nach perkutanen Interventionen treten in den ersten 24 postinterventionellen Stunden auf. Patienten mit Komplikationen nach perkutanen Interventionen haben eine längere Verweildauer und werden mit höherer Wahrscheinlichkeit in Pflegeheime oder Anschlussheilbehandlungen entlassen.

Es existiert ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Komplikationen nach perkutanen Interventionen und einem schlechteren Outcome mit gesteigerten Raten an 30-Tages- und Ein-Jahres-Mortalität sowie höherer Rate an Amputationen.

Eine qualifizierte Nachbeobachtung und sofortige Komplikationsbehandlung insbesondere von Nachblutungen und Gefäßfrühverschlüssen sind in den ersten 48 Stunden essenziell, um eine Patientenschädigung und Gliedmassenverlust zu verhindern.

Eine weitere Studie [2] ergab ähnliche Ergebnisse. Hierbei handelt es sich um eine multizentrische Beobachtungsstudie aus 32 deutschen und österreichischen Gefäßzentren, die Auswertung erfasst 1533 konsekutive und

unselektierte Patienten. Auch in dieser Studie zeigt sich eine recht hohe Komplikationsrate:

- 9,3 % prozedurale Komplikationen
- 4,8 % postprozedurale Komplikationen, hier im Wesentlichen Gefäßverschlüsse, Blutungen und Dissektionen.

Eine multivariate Analyse analysiert die Bedeutung der einzelnen Risikofaktoren für die Mortalität.

Die peripheren Gefäßinterventionen sind Bestandteil der Weiterbildung von Gefäßchirurgen, Angiologen und Radiologen und werden im Wesentlichen von diesen erbracht. Die Präsidenten der drei zugehörigen Fachgesellschaften kamen kürzlich zu folgender

SCHLUSSFOLGERUNG

Komplikationen nach Interventionen sind nicht selten und durchaus vielfältig. Sie können schwerwiegende Folgen für den Patienten nach sich ziehen. Eine ambulante Leistungserbringung kann daher nur unter strengen Sicherheitskautele und nur für ausgesuchte Patienten in Frage kommen.

Ein Ambulantisierungspotenzial sehen wir vor dem Hintergrund des oben Genannten daher allenfalls bei Gefäßinterventionen für unkomplizierte perkutane Interventionen bei gehfähigen Patienten mit gesicherter häuslicher Versorgung ohne zusätzliche Komorbidität (Wunde/DFS, Dialyse, Demenz, etc.).

Aus diesen Gründen ist bei der Durchführung peripherer Gefäßinterventionen auch zukünftig allenfalls fallweise ein Ambulantisierungspotenzial abhängig von Altersgruppe, Komorbidität, Ausprägungsgrad der pAVK und Komplexität der Eingriffe zu sehen. Entsprechend kann fallweise und nach ärztlicher Einschätzung von der stationären Behandlung abgewichen werden.

Wichtig ist dabei, dass eine Risikoeinschätzung durch den Behandlungsführenden und damit verantwortlichen Arzt ex ante zu treffen ist. Eine Ex-post-Einschätzung gemäß beliebigen Standardkriterien erscheint nicht akzeptabel. Es ist klarzustellen, dass die Ziffer „2“ im AOP-Katalog bedeutet, dass nach

diesen Kriterien „sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Durchführung möglich ist“. Die Entscheidung diesbezüglich muss beim behandelnden Arzt liegen und sollte kein späteres Streitpotenzial bergen.

Zusammenfassend betreffen periphere Gefäßinterventionen eine hochkomplexe und multimorbide Klientel. Es besteht eine nicht unerhebliche Rate an relevanten und lebens- und extremitätenbedrohenden Komplikationen in den ersten postinterventionellen Tagen.

Sollte eine ambulante Versorgungsmöglichkeit für einzelne Patientengruppen vorgegeben werden, müssen die dauerhafte und lückenlose Nachbeobachtung der Patienten und ein kompetentes Komplikationsmanagement rund um die Uhr gewährleistet sein

Derzeit gibt es in Deutschland praktisch keine Zentren und keine Infrastruktur, die endovaskuläre Eingriffe außerhalb stationärer Einrichtungen oder Krankenhäusern ermöglicht.

NOTABENE

Perkutane periphere Gefäßinterventionen sind Bestandteil der Weiterbildung von Gefäßchirurgen, Angiologen und Radiologen. In Qualitätsregularien aus früheren Tagen ist die ambulante Gefäßintervention aber ausschließlich durch Radiologen zulässig. Für alle anderen Fachgruppen ergäbe sich damit ein „teilweises Berufsverbot“.

LÖSUNGSANSATZ: EINFÜHRUNG VON HYBRID-DRGS

Aufgrund der schon von IGES zutreffend formulierten Einschränkungen und Vorbehalte erscheint die vorgeschlagene AOP-Erweiterung in absehbarer Zeit nicht praxistauglich.

Wichtig erscheint nun insbesondere die Einbeziehung und Motivation der behandelnden Ärzte und Fachgesellschaften. Diese Idee scheint aber bei der Selbstverwaltung schon wieder in den Hintergrund zu rücken: „zu umständlich, zu zeitaufwendig ...“

Bereits im Vorfeld entstanden und auch im Koalitionsvertrag erwähnt sind Hybrid-DRGs.

Das Prinzip: Zunächst soll eine einheitliche Vergütung für die stationäre wie auch ambulante Leistungserbringung in der Größenordnung der bisherigen DRGs erfolgen. Es könnte dann im Weiteren eine empirische Kostenkalkulation in bewährter Weise durch das InEk erfolgen. Daraus wäre eine differenzierte Vergütung für jeweils ambulant oder stationär erbrachte Fälle abzuleiten. Durch eine zunächst gleich hohe Vergütung würde es den Krankenhäusern und Ärzten ermöglicht, die jeweils geeignete Behandlungsmodalität nach medizinischen Erfordernissen frei zu wählen. Ein derartiges Konzept wurde bereits im Vorfeld von Fachgesellschaften vorgeschlagen und wird auch vom BDC favorisiert. Der kritische Punkt, dass Patienten möglicherweise wider besseres Wissen und entgegen ärztlicher Einschätzung ambulant behandelt werden müssten, wäre minimiert. Die Ambulantisierung könnte im Gegenteil von Seiten der behandelnden Ärzte zielgerichtet im Sinne des Patientenwohls getriggert werden. Die Knappheit der Personalressourcen im Krankenhaus ergibt zusätzlichen Anreiz. Der BDC hat sich mit dem Thema bereits näher befasst [3].

BEWERTUNG

Eine Erweiterung des ambulanten Potenzials ist nachdrücklich zu befürworten und anzustreben. In Zeiten des Fachkräftemangels und der beschränkten finanziellen Ressourcen ist das Konzept essenziell.

Von hoher Bedeutung sind allerdings:

- Patientensicherheit
- Praktikabilität
- Minimierung von Kontrollbedarf und Streit.
- Ärztliche Therapieentscheidung

LÖSUNGSANSATZ

Aus Sicht der Fachgesellschaften wäre (wie bisher) die Untergliederung hilfreich in:

- Prozeduren mit hohem ambulanten Potenzial (größer 90 %) und
- Prozeduren mit geringerem Potenzial.

Dann sollten zunächst für die erste Gruppe zusätzlich zu den Faktoren der Kontextprüfung prä- und perioperative Kriterien

beziehungsweise Ausschlusskriterien für die ambulante Leistungserbringung festgelegt werden. Diese Festlegung wird sinnvollerweise fachspezifisch durch die entsprechenden Fachgesellschaften in Absprache und Kooperation mit dem MD erfolgen. Beispiele für eine derartige gute, sinnvolle und zielführende Kooperation liegen im Bereich der Kardiologie aber auch der Gefäßchirurgie und Intervention in Hessen vor.

Zwischenzeitig erscheint die Einführung von Hybrid DRGs (mit ausreichender Vergütung) hilfreich.

ZENTRALE PUNKTE

- **Das IGES Gutachten ist ein Konzept, keine fertige Lösung.**
- **Das Konzept „Möglichst viele neue OPS Codes“ war nicht hilfreich.**
- **Besser: OPS mit hohem ambulanten Potential.**
- **Die Kontextprüfung greift zu kurz.**
- **Algorithmen ersetzen keine ärztliche Entscheidung.**
- **Der Patient im Mittelpunkt.**
- **Der behandelnde Arzt in der Endverantwortung.**

LITERATUR

- [1] Heller, Meisenbacher, Dovzhanskiy, Uhl, Billing, Böckler, Komplikationen nach perkutanen Interventionen in der Therapie der pAVK, Gefäßchirurgie 2021;26:219-224
- [2] Karl-Ludwig Schulte, David Hardung, Christiane Tiefenbacher, Thomas Weiss, Ulrich Hoffmann, Klaus Amendt, Gunnar Tepe, Lothar Heuser, Andras Treszl, Hans-Joachim Lau, Thomas Pfannebecker, Karl Wegscheider, Real-world outcomes of endovascular treatment in a nonselected population with peripheral artery disease – prospective study with 2-year follow-up, Vasa (2019). 48, 433-441
- [3] Friederike Burgdorf, Ambulantes Operieren.-Zukunft oder Irrweg? Passion Chirurgie 6/11/2022



126. Deutscher Ärztetag Bremen 2022



Deutscher Ärztetag: 6.000 neue Medizinstudienplätze und mehr Kindeswohl in Pandemiebekämpfung

Um den steigenden ärztlichen Versorgungsbedarf in einer „Gesellschaft des langen Lebens“ zu decken, richtete der 126. Deutsche Ärztetag 2022 in Bremen an die Bundesländer den Appell, kurzfristig mindestens 6.000 neue staatlich finanzierte Medizinstudienplätze zu schaffen. Auch demografisch bestehe dringender Handlungsbedarf: Die Ärzteschaft stehe vor einer enormen Ruhestandswelle, denn etwa 20 Prozent der Ärztinnen und Ärzte schieden in den kommenden Jahren altersbedingt aus dem Berufsleben aus. Der Deutsche Ärztetag hält die Einführung valider Berechnungen für die patienten- und aufgabengerechte ärztliche Personalausstattung für dringend geboten. Daher beauftragte er die Bundesärztekammer damit, ein von ihr weiterentwickeltes Personalbemessungsinstrument noch zu verfeinern und den Nutzern zur Verfügung zu stellen.

Eine zweite zentrale Forderung war, den Umgang mit Kindern und Jugendlichen in künftigen Pandemiesituationen deutlich höher zu gewichten. Pandemiebedingte Schließungen von Kitas und Schulen solle man künftig nur noch in extremen Situationen in Erwägung ziehen. Bund und Länder hätten bei Maßnahmen der Pandemiebekämpfung das Wohl von Kindern und Jugendlichen umfassend zu berücksichtigen. Für die Entwicklung konkreter Maßnahmen sei ein Expertenrat einzurichten.

Weitere wichtige Forderungen des 126. Deutschen Ärztetages:

KRANKENHAUSLANDSCHAFT – GRUNDLEGENDE REFORMIEREN

Bund und Länder sollten sich künftig gemeinsam der Krankenhausfinanzierung und -planung annehmen. Die Planungsbereiche



Dipl. Verw. wiss., Dipl.-Journalist (FJS) Holger Wannenwetsch
 Berufsverband der Deutschen
 Chirurgen e.V. (BDC)
 Luisenstraße 58/59
 10117 Berlin
 wannenwetsch@bdc.de

müssten auch die dem jeweiligen Bundesland angrenzenden Krankenhäuser berücksichtigen. Die Länder müssten ihrer Verpflichtung zur Finanzierung der Investitionskosten in vollem Umfang nachkommen. Auf Bundesebene sei eine grundlegende Reform des Vergütungssystems erforderlich, die sich vor allem an den tatsächlich erbrachten Leistungen, dem tatsächlichen Personalbedarf, der Personalentwicklung, Flächendeckung und den Vorhalteleistungen ausrichten soll.

GOÄ – JETZT UMSETZEN

Bundesärztekammer, PKV-Verband und Beihilfe haben Bundesgesundheitsminister Lauterbach auf dem Ärztetag einen Vorschlag für eine überarbeitete GOÄ übergeben. Die Delegierten forderten ihn auf, sie bis zum 31.12.2022 in Kraft zu setzen. Im anderen Fall soll die Bundesärztekammer über die rechtskonforme Möglichkeit der Anwendung besonderer Honorarvereinbarungen mit höheren Steigerungsfaktoren als dem 2,3-fachen Regelsteigerungssatz informieren.

DIGITALE GESUNDHEITSANWENDUNGEN – NUTZENFOKUSSIERT EINFÜHREN

In den Fokus der Digitalisierung des Gesundheitswesens müssten Anwendungen rücken, die einen konkreten, messbaren Nutzen in der medizinischen Versorgung haben. Dazu zähle vor allem der Notfalldatensatz auf der elektronischen Gesundheitskarte. Um die Potenziale einer vernetzten Medizin zu nutzen, seien enorme Investitionen in den digitalen Ausbau der Praxen erforderlich. Dazu bedürfe es eines Praxiszukunftsgesetzes. Für den Ausbau des ambulanten Sektors zur Vernetzung mit anderen Versorgungsbereichen seien Finanzhilfen von Bund und Ländern dringend geboten.

KLIMANEUTRALITÄT – INVESTITIONSHILFEN EINFORDERN

Die Delegierten forderten von Politik und Krankenkassen auch, Gesundheitseinrichtungen

ausreichend Geld für die Erreichung der Klimaschutzziele bis 2030 zur Verfügung zu stellen. Die Transformation in Kliniken und Praxen erfordere erhebliche Anstrengungen. Die notwendigen Mittel seien nicht allein aus den Betriebsmitteln zu bewältigen.

KOMMERZIALISIERUNG – DRUCK MIT GEGENMASSNAHMEN KONTERN

Mit einem Maßnahmenkatalog möchte die Ärzteschaft gegen den Kommerzialisierungsdruck in der ambulanten und stationären Versorgung vorgehen. Eine der Forderungen besteht darin, die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren durch Krankenhäuser an einen fachlichen, räumlichen und regionalen Bezug zu deren Versorgungsauftrag zu koppeln. Auch solle der Gesetzgeber den fortschreitenden Aufkauf des ambulanten medizinischen Sektors durch Private Equity und börsennotierte Aktienunternehmen stoppen.

NOTFALLVERSORGUNG – SEKTORÜBERGREIFENDES GESAMTKONZEPT ERSTELLEN

Der Gesetzgeber soll ein schlüssiges Gesamtkonzept für die sektorenübergreifende Kooperation in der Akut- und Notfallversorgung vorlegen. Die isolierte Einführung einer zusätzlichen verpflichtenden, standardisierten Ersteinschätzung, wie im Entwurf zum GKV-GVWG vorgesehen, lehnten die Delegierten ab. Eine solche Ersteinschätzung könne das Vertrauen der Patienten „massiv erschüttern“. In der Notaufnahme eines Krankenhauses müssten Patienten ärztliche Hilfe erhalten und keine Abweisung nur wegen eines Software-Algorithmus.

Zusätzliche Themen und Forderungen hat die Bundesärztekammer in zwei Pressemitteilungen vom 27. Mai und 29. Mai zusammengefasst.

Wannenwetsch H: Deutscher Ärztetag: 6.000 neue Medizinstudienplätze und mehr Kindeswohl in Pandemiebekämpfung. *Passion Chirurgie*. 2022 Juli/August; 12(07/08): Artikel 05_03.



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

ZITATE ZUM DEUTSCHEN ÄRZTETAG

Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer, zur GOÄneu:

”

WIR FORDERN DEN BUNDESGESUNDHEITSMINISTER AUF, DIESEN KONSENS DER BETEILIGTEN UMZUSETZEN. DER GEMEINSAM VON ÄRZTESCHAFT SOWIE PKV UND BEIHILFE ENTWICKELTE VORSCHLAG GARANTIERE EINE RASCHE INTEGRATION ZUKÜNFTIGER MEDIZINISCHER INNOVATIONEN UND STÄRKT DIE „SPRECHENDE MEDIZIN“

Die Delegierten zur Verteilung der ärztlichen Arbeitszeit:

”

AUF DOKUMENTATIONS-AUFGABEN UND ARZTBRIEFE WIRD DEUTLICH MEHR ARBEITSZEIT VERWENDET ALS AUF DEN DIREKTEN PATIENTENKONTAKT.“

Die Delegierten zu den Auswirkungen der Klimakrise:

”

„EINE BESONDERE HERAUSFORDERUNG STELLT DIE BEHANDLUNG MULTIMORBIDER UND HOCHBETAGTER PATIENTINNEN UND PATIENTEN IM RAHMEN VON HITZEWELLEN DAR.“

Bundesärztekammer-Vorstandsmitglied
Dr. Susanne Johna zur Personalbemessung:

”

WIR BRAUCHEN EINEN ECHTEN PARADIGMENWECHSEL: DER ERLÖS DARF NICHT DEN BEDARF BESTIMMEN – VIELMEHR MUSS DER BEDARF DURCH DIE AUFGABEN BESTIMMT WERDEN.“

Karl Lauterbach, Bundesgesundheitsminister, nachdem er die GOÄneu in Buchform erhalten hat:

”

ICH BIN MIR NICHT GANZ SICHER, OB DAS DER RICHTIGE WEG IST.“ ABER: „ICH WERDE DIE NEUE GOÄ VORURTEILSFREI PRÜFEN.“

BDC|Pressemitteilungen

CHIRURGISCHER PODCAST SURGEON TALK STARTET

Berlin, den 1. Juni 2022 – Medizinisches Fachwissen, wissenschaftliche Diskussionen, berufspolitische Stellungnahmen – und alles bezogen auf aktuelle Entwicklungen in der Chirurgie: Heute startet die Podcastreihe „Surgeon Talk“ (www.surgeontalk.de), ein neues Format der Deutschen Akademie für Chirurgische Fort- und Weiterbildung des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC). Die Reihe beinhaltet alle zwei Wochen einen neuen Podcast, der auch über Spotify und Apple iTunes abrufbar ist.

„Mit diesem Podcast wollen wir insbesondere den Nerv der jungen Generation treffen. Das Format eignet sich aber auch für wissenschaftlich aktive sowie fortgeschrittene und langjährig tätige Chirurgeninnen und Chirurgen“, sagt Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Präsident des BDC.

Akademieleiter Prof. Dr. Wolfgang Schröder führt aus: „Die Podcasts von Surgeon Talk

eignen sich perfekt für die kleine Fortbildung zwischendurch, egal wo man gerade ist. Unsere Moderatoren arbeiten selbst täglich in der Chirurgie und wissen genau, worauf es ankommt.“

Die etwa halbstündigen Podcasts bestehen aus Interviews mit Meinungsmachern der Szene. Dabei geht es um aktuelles chirurgisches Wissen, die Besprechung wissenschaftlicher Publikationen, klinische Fallpräsentationen, Tipps und Hinweise zur chirurgischen Karriere und aktuelle berufspolitische Erörterungen. Das Spektrum ist breit: Unter den ersten Themen sind medizinische Auslandseinsätze und die Adipositaschirurgie.

Kommentare und Anregungen von Nutzerinnen und Nutzern fließen in die weitere Gestaltung ein. „Das ist das interaktive Element von Surgeon Talk“, sagt Wolfgang Schröder. Das Wichtigste sei aber: Surgeon Talk solle einfach Spaß machen, kurzweilig sein und gut informieren.

EINIGUNG ZWISCHEN KBV UND GKV-SV ZU AMBULANTEN OPERATIONEN: ERSTER SCHRITT IN DIE RICHTIGE RICHTUNG, ABER NOCH KLÄRUNGSBEDARF

Berlin, den 24.06.2022: Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) begrüßt grundsätzlich die Einigung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) darüber, für einen ersten Teilbereich ambulant erbringbarer Operationen eine gemeinsame Vergütung festzulegen. Allerdings besteht vor der Erweiterung des OP-Kataloges noch Klärungsbedarf zu

den patientenindividuellen Kontextfaktoren und zum gewünschten Facharztstatus für die Leistungserbringung. Zudem steht eine Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) noch aus, die als Vertragspartner für dreiseitige Vereinbarungen erforderlich ist.

Die Verhandlungspartner reagieren damit auf das Anfang April veröffentlichte IGES-Gutachten, das eine umfassende Ambulantisierung in Deutschland empfiehlt. Aktuell ist noch nicht bekannt, welche Eingriffe konkret definiert werden. „Es ist in jedem Fall sinnvoll, zunächst mit einer überschaubaren Anzahl

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



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

von Operationen zu beginnen, anstatt pauschal und undifferenziert zu agieren“, erklärte der Vizepräsident des BDC, Dr. Jörg-A. Rüggeberg. Man könne dann die zu erwartenden Verschiebungen gezielt evaluieren und darauf aufbauen.

Wichtig sei es, die sogenannten Kontextfaktoren rechtsverbindlich festzulegen, die vor allem auf die individuelle Situation der Patientinnen und Patienten ausgerichtet sind. „Wegen Begleiterkrankungen, fehlender Compliance oder mangelndem sozialen

Umfeld ist nicht jeder für einen gefahrlosen Eingriff ohne eine kurzfristige stationäre Überwachung geeignet, selbst wenn es sich nur um einen kleineren Eingriff handelt“, so Rüggeberg.

Im Übrigen muss auch die gewünschte Leistungserbringung durch Fachärzte mit abgeschlossener Weiterbildung auf den Prüfstand. „Bei den ambulanten Eingriffen handelt es sich häufig um typische Weiterbildungsoperationen, die zwar unter Aufsicht eines Facharztes, aber letztlich vom Weiterbildungsassistenten

erbracht werden“, erläutert Prof. Dr. Dr. H.-J. Meyer, Präsident des BDC.

„Wenn dies durch die Verschiebung in den ambulanten Bereich nicht mehr möglich sein sollte, besteht eine ernste Gefahr, die Weiterbildung in der Chirurgie in der dafür vorgesehenen Zeit nicht mehr absolvieren zu können“, so Prof. Meyer.

Daher bedarf es vor Erweiterung des OP-Kataloges einer zwingenden und verbindlichen Klärung dieser beiden Punkte.

RÜCKFALL IN DIE WARTELISTENMEDIZIN MUSS VERMIEDEN WERDEN

Berlin, den 29. Juni 2022 – Der BDC kritisiert die jüngst vorgestellten Pläne des Bundesgesundheitsministers Prof. Karl Lauterbach. Das Ziel, Kosten zu reduzieren, wird so nicht erreicht werden. Außerdem geht der Gesetzesentwurf zulasten der Patienten.

Lauterbachs Pläne sehen eine Abschaffung der Vergütungsanreize zur Betreuung von Notfallpatienten und so genannter Neupatienten vor. Erst vor drei Jahren waren diese eingeführt worden, um die systembedingten Wartelisten für Patientinnen und Patienten abzubauen. „Vielfach wurde gerade von Prof. Lauterbach als Beweis für eine angebliche Zwei-Klassen-Medizin beklagt, dass gesetzlich Krankenversicherte keine Arzttermine

bekämen. Dabei wurde unterschlagen, dass aufgrund der systembedingten Budgets und Fallzahlbegrenzungsregelungen zusätzliche Patienten von den Ärzten nur ohne Vergütung hätten behandelt werden können“, erklärt Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg, Vizepräsident des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen (BDC). Lauterbachs Amtsvorgänger hatte das erkannt und über das TSVG die Behandlung neuer Patienten und vor allem von Notfallpatienten per Gesetz von diesen Einschränkungen befreit.

„Wenn der jetzige Minister diese Behandlungsmöglichkeiten jetzt wieder rückgängig macht, ist er der einzig Verantwortliche für erneute Wartelisten und Verschiebung kranker Menschen aus der ambulanten Praxis an andere Stellen des Gesundheitssystems“, so Rüggeberg. „Es ist zu erwarten, dass dann die

dafür nicht vorgesehenen Notfallambulanzen der Krankenhäuser überlastet werden, und so der dortige Regelbetrieb behindert wird“, ergänzt Prof. Dr. Dr. H.-J. Meyer, Präsident des BDC.

Der BDC appelliert daher dringend an die politisch Verantwortlichen, die Eckpunkte eines Gesetzes zur GKV-Finanzreform zurückzuziehen oder zumindest gründlich zu überarbeiten. Das Ziel einer Kostenreduktion wird so nicht erreicht werden. Im Gegenteil wird durch Fehlallokation eher eine Kostensteigerung zu erwarten sein. Ganz abgesehen davon trifft dieser Gesetzesentwurf ausgerechnet die Schwächsten, nämlich die Patienten, die keinen Arzttermin bekommen, weil die Ärzte diese Termine gar nicht vergeben können, solange diese nicht außerhalb der Budgetgrenzen finanziert werden. ○

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

AUS DER
DGCH

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

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

KONTAKT

Dr. Solveig Tenckhoff
Studienzentrum der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie
T: 06221/56-36839
F: 06221/56-33850
Solveig.Tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
www.sdgc.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel ARMANI₁* Registrierungsnummer: NCT04678583, DRKS00023792				
Prof. Dr. med. Jürgen Weitz, MSc.	Exper. Gruppe anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	FPI: 12.03.2021	DKTK Joint Funding	Ulrike Neckmann, PhD Studienkoordinatorin Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Sachsen Fetscherstraße 74 01307 Dresden T: +49 (0)351 458 18130 F: +49 (0)351 458 7273 E: ulrike.neckmann@uniklinikum-dresden.de
Prof. Dr. med. Nuh Rahbari	Kontrollgruppe nicht-anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	9 von 240 Patienten	1530 € / Patient	

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: BariSurg₂* Registriernummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. B.P. Müller	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m ² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m ² Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP Kontrollgruppe: Magenbypass-OP	FPI: 27.11.2013 169 von 248 Patienten	– Kein Fallgeld	Prof. Dr. B.P. Müller Universitätsklinikum Heidelberg Chirurgische Klinik Sektion Minimalinvasive Chirurgie T: 06221/56-8641 F: 06221/56-8645 E: beat.mueller@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: DISPACT-2₃* Registrierungsnummer: DRKS00014011				
Dr. med. Rosa Klotz	Patienten mit benignen und malignen Veränderungen des Pankreaskörpers und des -schwanzes mit Indikation zur elektiven distalen Pankreatektomie Exper. Gruppe Minimalinvasive distale Pankreatektomie Kontrollgruppe Offene distale Pankreatektomie	13.08.2020 62 von 294 Patienten	DFG 1.250 € / Patient	Dr. med. Rosa Klotz Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Heidelberg Im Neuenheimer Feld 420 T: 06221/56-6980 F: 06221/56-33850 E: rosa.klotz@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: HULC₄* Registrierungsnummer: DRKS00017517				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilamen Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen-Netz Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilamen Faden in Small-Stitches-Technik	08.08.2019 374 von 812 Patienten	DFG 500 € / Patient	Dr. Solveig Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) Marsilius-Arkaden Turm-West Im Neuenheimer Feld 130.3 69120 Heidelberg 06221-56-36839 06221-56-33850 solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: PONIY₅* Registrierungsnummer: DRKS00006199				
Dr. med. Rebekka Schirren	Elektiver offener kolorektaler Eingriff Experimentelle Gruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels postoperativem Wundinzisions-Unterdrucktherapie System (PIUT) für 5–7 Tage postoperativ. Kontrollgruppe: Abdeckung der Operationswunde mittels sterilem Verbandsmaterial für 5–7 Tage postoperativ.	23.10.2017 267 von 340 Patienten	KCI USA, Inc. 50 € / Patient	Dr. med. R. Schirren Chirurgische Klinik und Poliklinik Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München T: 089/4140-5138 E: rebekka.schirren@tum.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: WOPP₆* Registrierungsnummer: NCT01855464				
Prof. Dr. T. Walles, FETCS Prof. Dr. J. Neudecker (Stellvertretender Studienleiter)	Patienten (15–40 Jahre) mit Rezidiv eines primären Spontanpneumothorax (PTX) oder therapierefraktärem PTX Erstereignis Experimentelle Gruppe: Lungenkeilektomie mit parietaler Pleurektomie Kontrollgruppe: Alleinige parietale Pleurektomie	FPI: 19.11.2013 353 von 360 Patienten	DFG 525 €/Patient	Prof. Dr. T. Walles, FETCS Abteilung Thoraxchirurgie Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R T: 0391/67-21905 E: Thorsten.Walles@med.ovgu.de Studienbüro: Esther Meyer T: 0391/67-24903 E: Esther.meyer@med.ovgu.de Stellvertretender Studienleiter: Prof. Dr. J. Neudecker Charité – Universitätsmedizin Berlin Campus Charité Mitte Campus Virchow-Klinikum Chirurgische Klinik Chirurgisches Regionalzentrum Berlin des CHIR-Net T: 030/450-622125 E: Jens.Neudecker@charite.de

[1] Anatomical Resection of liver Metastases in patients with RAS-mutated colorectal cancer

[2] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial

[3] Distal Pancreatectomy – A randomised controlled trial to compare minimal-invasive distal pancreatectomy to open resection (DISPACT-2 Trial)

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

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

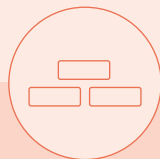
[6] Pulmonary wedge resection plus parietal pleurectomy (WRPP) versus parietal pleurectomy (PP) for the treatment of recurrent primary pneumothorax

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

Stand: Juni 2022

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

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

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

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



Prof. Dr. med. H. Lang

Präsident

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

Generalsekretär

Prof. Dr. med. J. Werner

Schatzmeister

Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

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

BAUSTEIN IN GOLD

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

Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und
Ästhetischen Chirurgen e.V.
Herr Dr. med. Ernst Derra und Frau Dr. med. Hildegard
Derra-Henneke, Düsseldorf und München
in memoriam Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Ernst Derra, Düsseldorf
Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Roland Hetzer, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Roderich Schwarz, Bristol, Indiana, USA
in memoriam Prof. Dr. med. Wilhelm Müller, Rostock und
Prof. Dr. med. Egbert Schwarz, Erfurt
Herr Prof. Dr. med. Jürgen Ennker und
Frau PD Dr. med. Ina Carolin Ennker, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Henning Putzki, Hannover
in memoriam
Prof. Dr. Peter-Christian Alnor, Braunschweig
Prof. Dr. Horst Heymann, Hannover
Vereinigung Niederrheinisch- Westfälischer Chirurgen
Herr Dr. med. Wolfgang Schneider
In Erinnerung an
Univ.-Prof. Dr. med. Hermann Bunte
gestiftet von 52 Schülern und Weggefährten aus der Zeit von 1973
bis 1996 an der Chirurgischen Universitätsklinik Münster
in dankbarer Wertschätzung und Bewunderung für ihren Ideen-
geber und Mentor
Herr Dr. med. Rudolf Jakob Peter Blandfort, Friedrichsthal

BAUSTEIN IN SILBER

Herr Prof. Dr. med. Leonhard Schweiberer, München
Herr Prof. Dr. med. Klaus Junghanns, Ludwigsburg

Herr Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, Neuötting
Herr Prof. Dr. med. Hendrik Dienemann, Thoraxklinik Heidelberg

Herr Prof. Dr. med. habil. Dr.-Ing. Dr. med. h.c. Michael Ungethüm,
Tuttlingen

Herr Prof. Dr. med. Hartmut Siebert, Schwäbisch-Hall

Herr Prof. Dr. med. Karl Herbert Welsch, München

Herr Prof. Dr. med. Stefan Wysocki, Heidelberg

Herr Dr. med. Jürgen Meier zu Eissen, Hannover

Herr Prof. Dr. med. Stefan Post, Mannheim

Herr Prof. Dr. med. Wolf Mutschler, München

Frau Prof. Dr. med. Ursula Schmidt-Tintemann, Vaterstetten

Herr Prof. Dr. med. Matthias Rothmund, Marburg

Herr Prof. Dr. med. Christian H. Siebert, Hannover

Herr Prof. Dr. med. Volker Bühnen, Murnau

Herr Dr. med. Abdullah Mury, Heide

Herr Dr. med. Andreas Ungeheuer, München

Herr Prof. Dr. med. Wolf Schellerer, Bamberg

Herr Prof. Dr. med. Tilman Mischkowsky, Berlin

Herr Prof. Dr. med. Hans-Joachim Wiendl, Bamberg

Herr Prof. Dr. med. Klaus Roosen, Würzburg

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Gert Carstensen, Mülheim

Herr Prof. Dr. med. Peter M. Vogt, Hannover

Herr Prof. Dr. med. Fritz L. Rüeff, München

Herr Prof. Dr. med. Karl-Joseph Paquet, Bad Kissingen

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Volker Schumpelick, Aachen

Herr Prof. Dr. med. Yoshiki Hiki, Tokio/Japan

Herr Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith, Konstanz

Herr Dr. med. Goswin von Mallinckrodt, München

Herr Prof. Dr. med. Lothar Kinzl, Ulm

Frau Ingrid und Herr Dr. med. Robert Raus, Riedlingen

Frau Dr. med. Ursula Engel, Hamburg

Enddarm-Zentrum Bietigheim,
Herr Dr. med. Wolfgang Pfeiffer,
Herr Dr. med. Markus Piro-Noack,
Herr Dr. med. Edgar Kraft

Herr Prof. Dr. med. Thomas Rüedi, Maienfeld/Schweiz
in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Chur/Schweiz

Herr Prof. Dr. med. Gert Specht, Berlin

Herr Prof. Dr. med. Henning Weidemann, Berlin

Herr Prof. Dr. med. Otto Scheibe, Stuttgart
in memoriam Prof. Dr. med. Helmut Remé, Lübeck

Herr Prof. Dr. med. Stephan Langer, Mönchengladbach

Herr Dr. med. José Luis Narro, Köln

Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Ulf Wayand, Linz

Herr Prof. Dr. med. Werner Grill, Starnberg

Herr Prof. Dr. med. Fritz Kümmerle, Mainz

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Friedrich Stelzner, Bonn

Herr Prof. Dr. med. Günther Vetter, Bad Vilbel
in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Bernhard Sprung, Dresden

Frau Dr. med. Eva Böhlau, Bad Soden

1991–2011 DGT in memoriam
Prof. Dr. med. Ingolf Vogt-Moykopf zum 80. Geburtstag

Herr Prof. Dr. med. Gerhard Krönung, Wiesbaden
in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke,
Regensburg

Herr Prof. Dr. med. Alois Fürst

Herr Dr. med. Arthur Heiligensetzer

Herr Dr. med. Peter Sauer

Herr Dr. med. Bernfried Pikal

Herr Dr. med. Johannes Winfried Pruy
in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke,
Regensburg

Herr Prof. Dr. med. Christian Müller, Hamburg

Herr Dr. med. Friedrich Klee, Heidelberg

Herr Prof. Dr. med. Karl Dinstl, Wien
in memoriam Prof. Dr. med. K. Keminger

Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim

Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen

Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen

Herr Dr. med. Helge Hölzer, Stuttgart
in memoriam Prof. Dr. med. Gerhard Köveker, Sindelfingen und
Böblingen

Herr Dr. med. Friedemann Schreiter, Hamburg

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Hannover

Herr Prof. Dr. med. Konrad Schwemmle, Linden

Herr Dr. med. Frank U. Zittel, Frankenthal
in memoriam Prof. Dr. med. Richard Xaver Zittel

Herr Prof. Dr. med. Wulf Brands, Karlsruhe
in memoriam Dr. med. Hartmut Wirth, Mannheim

Herr Prof. Dr. med. habil. Dieter Bokelmann, Essen
in memoriam Dr. med. Ottmar Kohler, Idar-Oberstein

Herr Prof. Dr. med. Hermann Bunte, Münster

Frau Dr. Eva Appel, Frankfurt/Main
in memoriam Prof. Dr. med. Alexander Appel

Herr Prof. Dr. med. Gerhard Schönbach, Freiburg

Frau Prof. Dr. med. Dorothea Liebermann-Meffert, Freiburg
in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Basel

Herr Dr. med. Andreas Dörmer, Frankfurt/Main

Herr PD Dr. med. habil. Klaus H. Fey, Berlin
in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Linder, Heidelberg,
Prof. William P. Longmire Jr., Los Angeles

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Köle, Graz
in memoriam Prof. Dr. med. Adolf Winkelbauer und
Prof. Dr. med. Franz Spath

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Helmut Wolff, Berlin
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.
in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Rehbein

Herr Prof. Dr. med. E. Ulrich Voss, Karlsruhe
in memoriam Herr Prof. Dr. med. Jörg F. Vollmar

Herr Dr. med. Christoph Bubb, Landshut

Herr Dr. med. Bernhard Arlt, Herne

Herr Prof. Dr. Axel Laczkovics, Bochum
in memoriam Prof. Waldemar Kozuschek, Bochum

Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau, Bochum
in memoriam Prof. Dr. med. Hans Hellmuth Hirsch

Herr Prof. Dr. med. Otto-Andreas Festge, Greifswald, Herr Dr. med.
Reinhold Festge, Oelde, Frau Dr. med. Brigitte Festge, Greifswald
in memoriam Dr. med. Otto Festge

Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
 Herr Prof. Dr. med. Horst Hamelmann, Kiel
 Herr Prof. Dr. med. Paul Hahnloser, Zürich
 in memoriam Prof. Dr. med. Åke Senning
 Herr Dr. med. Christoph Schüürmann, Bad Homburg
 Dres. med. Hermann und Beate Sons, Kassel
 in memoriam Dr. med. Paula Rotter-Pool, Berlin
 Herr PD Dr. med. Stefan Welter, Hemer
 Herr Prof. Dr. med. Rolf Schlumpf, Zürich
 Herr Prof. Dr. med. Reinhart T. Grundmann, Burghausen
 in memoriam Margarethe Grundmann, Burghausen
 Herr Prof. Dr. med. Helmut Witzgmann
 von seinen Mitarbeitern der Chirurgischen Klinik
 Dresden-Friedrichstadt
 Herr Dr. med. Claus Müller, Dresden

BAUSTEIN IN BRONZE

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

Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Hartig, Leipzig
 Herr Dr. med. Klaus Schellerer, Bamberg
 in memoriam Dr. med. Heinrich Schellerer und
 Prof. Dr. med. Gerd Hegemann
 Prof. Dr. med. Dieter Rühland, Singen
 Herr Dr. med. Jürgen Hofmann, Innsbruck
 in memoriam Dr. med. Werner Pfafferott und
 Dr. med. Hermann Wiesinger
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Otto Bechstein, Frankfurt/Main
 Herr Dr. med. Nikolaos Mastragelopoulos, Heinsberg
 „Primum non nocere.“
 Herr Prof. Dr. med. Ralf-Bodo Tröbs, Mülheim a. d. Ruhr
 Herr Dr. med. Alexander Florek Radebeul
 zu Ehren von Dr. med. Hans-Joachim Florek, Dresden

Frau Dr. med. Ricarda E. Sieben, Braunschweig
 Herr Dr. med. Peter Gilsdorf, Mainz
 Herr PD Dr. med. Friedrich Thielemann, Villingen-Schwenningen
 Herr Dipl.-Ing. H. - F. Bär, Werl
 Herr Dr. med. Albert Schreiber, Neumarkt
 in memoriam Dr. med. Claus Wiedmann
 Frau Dr. med. Waltraud von Kothen, Tegernsee
 Herr Dr. med. Jürgen Friedrich, Essen
 Herr Dr. med. Arnd Siegel, Stade
 in memoriam Prof. Dr. med. Rudolf Nissen
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke, Plettenberg
 in memoriam Prof. Dr. med. E.H. Farthmann
 Saarländische Chirurgenvereinigung e.V., Saarbrücken
 Herr Dr. med. Johannes Zeller, Laufenburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Manfred Schmolke, Düsseldorf
 Herr Prof. Tomislav Stojanovic
 Dr. med. Radovan Stojanovic, Wolfsburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Heinz Becker, Göttingen
 Herr Dr. med. Jürgen Benz
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Joachim Streicher
 Frau Dr. med. Frauke Eleonore Meyer-Wigro, Bielefeld
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Berger, Deutschlandsberg
 Herr Prof. Dr. med. Roland Eisele, Göppingen
 Herr Dr. Joachim Casper, Überlingen
 Herr Dr. med. Thomas Friess
 in memoriam Prof. Dr. med. Klaus Reichel
 Herr Dr. med. Arne Bautz, Kiel
 Herr Dr. med. Jochen Peter, Mainz
 Herr Dr. med. Martin Pöllath, Sulzbach-Rosenberg
 Herr Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski, Magdeburg
 Herr Dr. med. Kurt Zimmermann, Lauterbach
 Herr Dr. med. André Stoberneck, Kleve
 in memoriam PD Dr. med. Claus Engelmann
 Herr Prof. Dr. med. Thomas Riemenschneider, Bonefeld
 Herr Wolfgang Johannes,
 Firma Medtronic, in Würdigung seiner Verdienste in mehr als
 30 Jahren um die chirurgische Ausbildung

DGCH-PRÄSIDIUM

ab 01. Juli 2022



KORRESPONDENZADRESSE

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

REDAKTION MITTEILUNGEN DER DGCH

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

VORSTAND

Präsident	A. Seekamp, Kiel
1. Vizepräsident	H. Lang, Mainz
2. Vizepräsident	C. Bruns, Köln
3. Vizepräsidentin	U. Rolle, Frankfurt/Main
Schatzmeister	J. Werner, München
Generalsekretär	T. Schmitz-Rixen, Frankfurt/Main

FRÜHERE PRÄSIDENTEN

M. Anthuber, Augsburg	2019
T. Schmitz-Rixen, Frankfurt/M.	2020
M. Ehrenfeld, München	2021

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	J. Werner, München
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie/Vertreter Allgemeine Chirurgie	K. Ridwelski, Magdeburg
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin	M. Steinbauer, Regensburg
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	B. Ludwikowski, Hannover
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	J. Hoffmann, Heidelberg
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	R. Goldbrunner, Köln
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	B. Kladny, Herzogenaurach
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen	H. Menke, Offenbach
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	A. Böning, Gießen
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	K. Welcker, Mönchengladbach
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	D. Pennig, Köln
Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.	H.-J. Meyer, Hannover
Perspektivforum Junge Chirurgie	J. Kröplin, Rostock B. Blank, Kulmbach

WEITERE MITGLIEDER

Leitender Universitätschirurg	S. Fichtner-Feigl, Freiburg
Leitender Krankenhauschirurg	C. Krones, Aachen
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik	D. Gray, Frankfurt/Main
Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung	B. Blank, Kulmbach
Niedergelassener Arzt für Chirurgie	P. Kalbe, Rinteln
Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland	K. Emmanuel, Salzburg/Österreich
Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung	C. Bruns, Köln

SPRECHER DER SENATOREN

J. Jähne, Hannover
T. Pohlemann, Homburg

SENAT

H.-J. Peiper, Göttingen	1987
W. Hartel, Ulm	1991
G. Hierholzer, Duisburg	1995
H. Bauer, Altötting	1997
D. Rühland, Singen	1999
A. Encke, Frankfurt	2000
K. Schönleben, Ludwigshafen	2001
J.R. Siewert, München	2002
N.P. Haas, Berlin	2003
B. Ulrich, Düsseldorf	2004
M. Rothmund, Marburg	2005
H.D. Saeger, Dresden	2006
H.U. Steinau, Bochum	2007
K. Junghanns, Ludwigsburg	
R. Arbogast, Pforzheim	2008
R. Gradinger, München	2010
A. Haverich, Hannover	2011
M. Büchler, Heidelberg	2012
K.-W. Jauch, München	2013
J. Jähne, Hannover	2014
P. Vogt, Hannover	2015
G. Schackert, Dresden	2016
T. Pohlemann, Homburg	2017
J. Fuchs, Tübingen	2018

MEINE DATEN HABEN SICH GEÄNDERT


☐ Mitgliedsnummer DGCH

☐ Mitgliedsnummer BDC

Titel

Name und Vorname

Klinik/Krankenhaus/Praxis

Abteilung

Klinik-Anschrift

Telefon dienstlich

Privat-Anschrift

Telefon privat

Mobiltelefon

E-Mail-Adresse

Postsendungen bitte an die

☐ Praxis-/Klinikadresse

☐ Privatadresse

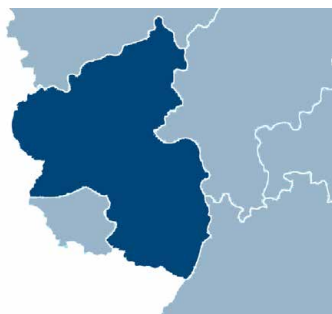
☐ Ich lebe im Ruhestand seit

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

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

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

JÖRG FISCHBÖCK ...



... BLEIBT VORSITZENDER DES BDC|RHEINLAND-PFALZ

Der Vorsitzende des BDC|Rheinland-Pfalz, Dr. Jörg Fischböck, bleibt in seinem Amt. Neu als Stellvertreter ist Dr. Thomas Chatterjee, Chefarzt am Diakonissenkrankenhaus Bad Dürkheim, als Nachfolger von Dr. Stefan Studier-Fischer. Das haben die Delegierten auf der letzten Jahrestagung des Landesverbandes am 11. Mai entschieden.

Die Regionalvertretung Niedergelassene hat sich dafür mit drei neuen Mandatsträgern fast komplett verändert: Dr. Ulrich Glatzel, Germersheim, und Dr. Oliver Dörr, Kirchheimbolanden, verantworten nun den Bereich Pfalz sowie Dr. Christopher Thomas aus Edenkoben den Bereich Rheinland. Zweiter Regionalvertreter für Rheinland ist wie bisher auch schon Dr. Andreas Herzog. Nicht mehr dabei als Regionalvertreter sind Dr. Michael Wagner und Dr. Lutz Riedel.

Allen Neu- und Wiedergewählten herzliche Glückwünsche und für die kommende Amtszeit alles Gute! Bei allen ausgeschiedenen Mandatsträgern bedanken wir uns ebenso herzlich für die geleistete Arbeit!

[Zum BDC|Rheinland-Pfalz...](#)

MATTHIAS KRÜGER ...



... NEUER VORSITZENDER DES BDC|SACHSEN-ANHALT

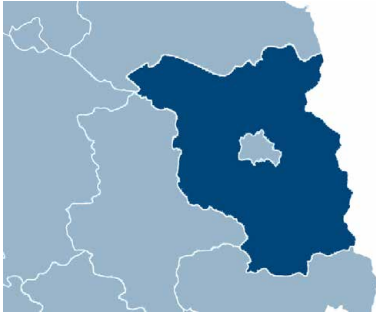
Die Delegierten des BDC-Landesverbandes Sachsen-Anhalt wählten auf der diesjährigen Mitgliederversammlung am 1. Juni ihren bis dahin stellvertretenden Vorsitzenden Dr. Matthias Krüger zum neuen Vorsitzenden. Krüger ist Nachfolger von Prof. Dr. Carsten Ridwelski.

Prof. Dr. Martin Stockmann ist nun zweiter stellvertretender Vorsitzender und gänzlich neu im Vorstand. Er ist Chefarzt am Evangelischen Krankenhaus Paul-Gerhardt-Stift in der Lutherstadt Wittenberg und leitet dort die Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie. Unverändert: Prof. Dr. Jörg Fahlke als erster stellvertretender Vorsitzender und Dr. Dirk Arbter als Regionalvertreter Niedergelassene.

Wir gratulieren allen Mandatsträgern ganz herzlich zur Wahl und wünschen ihnen für ihre Amtszeit viel Glück und Erfolg!

[Zum BDC|Sachsen-Anhalt...](#)

FRANK MARUSCH...



... WEITER VORSITZENDER DES BDC|BRANDENBURG

Der BDC-Landesverband Brandenburg hat am 18. Juni seinen Vorsitzenden, Prof. Dr. Frank Marusch vom Klinikum Ernst von Bergmann in Potsdam als Vorsitzenden bestätigt. Neuer Stellvertreter ist Dr. Mario Liese vom Oder-Spree Klinikum in Beeskow. Er löst Prof. Dr. Kruschewski ab, der aus dem Vorstand ausscheidet. Regionalvertreter Niedergelassene bleibt Dr. Christian Federlein aus Frankfurt/Oder.

Allen Amtsträgern herzlichen Glückwunsch zur Wahl und alle Gute für die kommende Legislatur! Vielen Dank an Prof. Kruschewski für die geleistete Arbeit und viel Glück und Erfolg, privat wie beruflich!

[Zum BDC|Brandenburg...](#)



KV-Wahlen: Unterstützen Sie die BDC-Kandidaten!

In diesem Jahr – meist im Sommer oder Herbst – finden im Bereich sehr vieler Kassenärztlicher Vereinigungen wieder Wahlen zu den Vertreterversammlungen statt. Viele BDC-Mitglieder haben uns ihre Kandidatur dazu mitgeteilt. Bitte unterstützen Sie – in den Regionen, in denen die Wahlen noch anstehen – unsere Kolleginnen und Kollegen dabei, in die Vertreterversammlungen gewählt zu werden. Nur wenn wir ausreichend repräsentiert sind, können wir dem Fachbereich Chirurgie einen größeren Stellenwert in diesen Gremien verschaffen.

Allen Kandidatinnen und Kandidaten wünschen wir viel Erfolg für die Wahl und – im positiven Fall – alles Gute bei der Ausübung ihres Amtes!

Wer sich künftig für die Wahl zur KV-Vertreterversammlung aufstellen lassen möchte und unter Umständen noch wenig oder keine Erfahrung in der Gremienarbeit hat, findet in der Maiausgabe unserer Verbandszeitschrift *Passion Chirurgie* einen **Beitrag** mit vielen Informationen, Tipps und Ansprechpartnern.



**Dipl. Verw. Wiss., Dipl. Journalist
(FJS) Holger Wannenwetsch**

Berufsverband der Deutschen
Chirurgen e.V. (BDC)
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
wannenwetsch@bdc.de

Folgende BDC-Mitglieder haben uns ihre Kandidatur für die jeweilige KV-Vertreterversammlung im Jahr 2022 gemeldet:

KV BADEN-WÜRTTEMBERG:

- Andreas Schmitt, Hockenheim
- Dr. Matthias Szabo, Tuttlingen (auch BNC)
- Dr. Michael Schneider, Eppingen (auch BNC)

KV BERLIN:

- Dr. Volker Lacher

KV BAYERN:

- Dr. Markus Zoller, Rothenburg ob der Tauber
- Dr. Frank Sinnig, Nürnberg (auch BNC)
- Dr. Karl Ulrich Kratzer

KV BRANDENBURG:

- Dr. Björn Matthies, Lübbenau (auch BNC)
- Dr. Hartmut Rohde, Schwedt (auch BNC)
- Dr. Ralf Greese, Wittstock (auch BNC)

KV BREMEN:

- Dr. Björn Ackermann, Bremen

KV HAMBURG:

- Dr. Michaela Rothe, Hamburg (auch BNC)
- Dr. Florian Giensch, Hamburg (auch BNC)

KV HESSEN:

- Jan Henniger, Frankfurt/Main (auch HCV Hessen)
- Dr. Jörg Schrödter, Frankfurt/Main (auch HCV Hessen)
- Dr. Andreas Hahold, Frankfurt/Main (auch HCV Hessen)
- Dr. Peter Schwalbach, Bensheim

KV MECKLENBURG-VORPOMMERN:

- Dr. Andreas Oling, Schwerin
- Sebastian Koch, Bad Doberan
- Dr. Thomas Nowotny, Anklam (auch BNC)
- Dr. Michael Domanetzki (auch BNC)

KV NIEDERSACHSEN:

- Dr. Florian Barth, Rinteln

KV NORDRHEIN:

- Dr. Siamak Pourhassan, Meerbusch

KV RHEINLAND-PFALZ:

- Prof. Dr. Martin Seemann, Bad Kreuznach
- Dr. Jörg Fischböck, Haßloch (auch BNC)
- Dr. Ulrich Glatzel, Germersheim
- Dr. Andreas Herzog, Bad Kreuznach
- Dr. Christopher Thomas, Edenkoben

KV SACHSEN:

- Prof. Dr. Jörg Hammer, Leipzig (auch BNC)

KV SCHLESWIG-HOLSTEIN:

- Dr. Ralf Wilhelm Schmitz, Kiel (auch BNC)

KV THÜRINGEN:

- Dipl.-Med. Ingo Menzel, Weimar (auch BNC)
- Tobias Wüstefeld, Erfurt

KV WESTFALEN-LIPPE:

- Dr. Holger Brinkmann, Soest (auch BNC)
- Prof. Dr. Michael Aufmkolk, Ahaus (auch BNC)
- Dr. Kai Neumeuer, Paderborn (auch BNC)
- Dr. Christoph Tacke, Hagen (auch BNC)
- Dr. Gabriele Sbrisny, Horn-Bad Meinberg

Zum 100. alles Gute – Prof. Dr. Walther Weißauer



Dr. jur. Jörg Heberer
für den BDC-Vorstand
Justitiar BDC
Rechtsanwalt und Fachanwalt für
Medizinrecht
justitiar@bdc.de

**DER BDC GRATULIERT HERRN SENATOR
E. H., PROFESSOR DR. MED. H. C.
WALTHER WEISSAUER ZUM 100.
GEBURTSTAG UND DANKT FÜR DREI
JAHRZEHNTE ALS JUSTITIAR IM BDC**

Walther Weißauer gilt als Nestor des Medizinrechts. Er hat sich als hervorragender Sachkenner des Arztrechts und des Grenzgebietes zwischen Jurisprudenz und Medizin einen Namen gemacht. Er wurde am 10.11.1921 in Freising geboren. Weißauer schloss 1948 sein durch den Zweiten Weltkrieg unterbrochenes Jurastudium ab. Zunächst nahm er eine Stelle im Bayerischen Staatsministerium an, bevor er von 1952 bis 1954 als Richter am Landgericht München tätig war. Er kehrte dann an das Justizministerium zurück und wurde dort 1963 zum Ministerialrat und 1970 zum Ministerialdirigenten befördert. 1984 wurde er pensioniert.

Bereits 1953 begann seine zweite medicolegale Karriere als Vorsitzender des Disziplinarausschusses der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. 1961 fertigte er ein wegweisendes Rechtsgutachten zur Frage der Arbeitsteilung und Verantwortung zwischen Anästhesie und Chirurgie. Damit ebnete er den Weg für die eigenständige und leistungsungebundene Anästhesie. Viele kluge und ebenfalls wegweisende Impulse gab Weißauer für das gesamte Medizinrecht, beispielsweise für das noch heute im Wesentlichen geltende Institut der Aufklärung. Rund

30 Jahre von 1968 bis 1998 war Weißauer unter anderem Justitiar des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen.

Als genialer Medizinrechtlicher, als ehrlicher Makler zwischen auch anderen Fachrichtungen der Medizin, insbesondere auch der Anästhesisten, als bescheidener und humorvoller Mensch war Walther Weißauer in dieser langen Zeit eine große Unterstützung für den Berufsverband der Deutschen Chirurgen. Anlässlich seines 100. Geburtstages dankt ihm der BDC hierfür und wünscht ihm weiterhin gute Gesundheit.



BDC | Landesverbände

BDC | Westfalen-Lippe

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Waldemar Uhl, MHSA

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Björn Schmitz

Regionalvertreter NL
Jerzy Wielowiejski

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

BDC | Bremen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Knut Müller-Stahl

Regionalvertreter NL
Dr. med. Björn Ackermann

BDC | Hamburg

Vorsitzende
Prof. Dr. med. Carolin Tonus

Stellv. Vorsitzende
Dr. med. Michaela Rothe

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Mansfeld

Regionalvertreter NL
Dr. med. Philipp Kölln

Regionalvertreter in NL
Dr. med. Michaela Rothe

BDC | Schleswig-Holstein

Vorsitzender
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Michael Müller

Regionalvertreter NL
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Bertram Wittrin



DER BDC IN DEN BUNDESLÄNDERN

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

Sprecher der Landesverbände

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

www.bdc.de/bdc-landesverbände

BDC | Nordrhein

Vorsitzender
Dr. med. Sven Gregor

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Sven Gregor

BDC | Hessen

Vorsitzender
Frank Forst

1. Stellvtr. Vorsitzender
Jan Henninger

2. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Alexander Buia

Regionalvertreter NL
Dr. med. Detlev Grapentin

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg-Werner Schrödter

BDC | Rheinland-Pfalz

Vorsitzender
Dr. med. Jörg Fischböck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Chatterjee

Regionalvertreter Rheinland
Dr. med. Andreas Herzog
Dr. med. Christopher Thomas

Regionalvertreter Pfalz
Dr. med. Oliver Dörr
Dr. med. Ulrich Glatzel

BDC | Saarland

Vorsitzender *
Dr. med. Peter Bongers

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Daniel Bastian

* Das Amt übernimmt vorübergehend
(und ohne Wahl) Prof. Pohlemann.
Die Wahl folgt im Jahr 2022.

BDC | Baden-Württemberg

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Schäffer

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph W. Jaschke

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Szabo

Regionalvertreter NL
Christoph W. Jaschke



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

BDC | Mecklenburg-Vorpommern

Vorsitzender
PD Dr. med. Lutz Wilhelm

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph Prinz

Regionalvertreter NL
Dr. med. Andreas Oling

Regionalvertreter NL
Dr. med. Thomas Nowotny

BDC | Berlin

1. Vorsitzender
Dr. med. Ralph Lorenz

2. Vorsitzende
Ira Klink

3. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Stoffels

Regionalvertreter NL
Dr. med. Frank-Joachim Peter

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. Max Freiherr von Seebach

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gunnar Peters

BDC | Brandenburg

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

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Mario Liese

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christian Federlein

BDC | Sachsen

Vorsitzender
Dr. med. Ludwig Schütz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Stephan Dittrich

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Jörg Hammer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Hammer

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Stephan Dittrich

BDC | Sachsen-Anhalt

Vorsitzender
Dr. med. Matthias Krüger

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

2. Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Martin Stockmann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Dirk Arbter

BDC | Thüringen

Vorsitzender
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Vorsitzender/Vorsitzende
Dr. med. Lutz Künanz

Regionalvertreter NL
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Ingo Menzel

BDC | Niedersachsen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Guido Schumacher

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Ulf Culemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Frank Siebert

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Raymond Young

Stellv. Regionalvertreterin NL
Dr. med. Annina Donner

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Florian Barth

BDC | Bayern

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Matthias Anthuber

Stellv. Vorsitzende
Dr. med. Hubert Mayer
Dr. Kerstin Schick

Regionalvertreter NL
Dr. med. Axel Neumann

Stellv. Regionalvertreter NL
Dirk Farghal

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Rainer Woischke



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



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

Termine BDC | Akademie*

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
DATUM		ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE/R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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 €
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 €

FACHARZTVORBEREITUNG							
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 Schmedding	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 Anastomoseninsuffizienzen 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
07.10.2022	08.10.2022	Berlin und online	2022-24708	Abschlusscolloquium für hygiene-beauftragte 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 €
25.11.2022	26.11.2022	Berlin	2022-26536	Refresherkurs: Chirurginnen auf dem Weg nach oben	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	450,00 €	650,00 €

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

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

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

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

SPONSOREN DER BDC | AKADEMIE

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

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

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

Hierbei ist zu betonen, dass die Inhalte der ärztlichen Fortbildung nach wie vor unabhängig von wirtschaftlichen Interessen sind. Das wissenschaftliche Programm jeder Veranstaltung wird auch weiterhin produkt- und dienstleistungsneutral gestaltet.

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



LIFESTYLE- ANGEBOTE

im August 2022

%

25 %



HESSNATUR: 25 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

10 %



GEERO: 10 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

10 %



ROADSURFER: 10 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

18 %



MISTER SPEX: 18 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

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

PANORAMA

Zeit- management

OP-Management: Zeitfressern auf der Spur

Nicht wertschöpfende administrative und organisatorische Aufgaben verbrauchen bis zu einem Viertel der täglichen Arbeitszeit von Ärzten und Pflegekräften. Zeit, die für die Patientenversorgung fehlt. Diese Tätigkeiten wären bei einem höheren Organisationsgrad vermeidbar, wie eine Studie an der München Klinik Bogenhausen jetzt belegt.

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

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

**Dipl. Wirtsch. Ing. Gerald Götz**

Geschäftsbereichsleiter
Technologiemanagement
München Klinik gGmbH
gerald.goetz@muenchen-klinik.de

Friederich P, Götz G, Klöss T: OP Management:
Zeitfressern auf der Spur. Passion Chirurgie.
2022 Juli/August; 12(07/08): Artikel 09.



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

In der München Klinik Bogenhausen ist seit 2007 ein professionelles OP-Management etabliert, das anhand national konsentierter Daten gesteuert wird. Die anhand dieser Kennzahlen dokumentierte Ergebnisqualität stellte zum Zeitpunkt der Studie den nationalen Benchmark für Maximalversorger dar. Diese Kennzahlen bilden die zugrundeliegende übergeordnete Organisations- und Prozessqualität nicht ab. Deshalb wurde mit dem Leistungsdichtefaktor operativer Fachabteilungen (LDF-OPF) von einer interdisziplinären Autorengruppe in der *f&w* 7/2020 eine neue Kennzahl vorgestellt, die in einer in *f&w* 12/2021 publizierten bundesweiten Studie validiert wurde.

Planung, Logistik, Informationsverarbeitung und Kommunikation bestimmen aufgrund der zahlreichen in der perioperativen Medizin zu gestaltenden Schnittstellen den administrativen und organisatorischen Aufwand der medizinischen Behandlung. Die hierfür notwendige Arbeitszeit medizinischer Berufsgruppen ist von überragender Bedeutung. Dies liegt daran, dass die Bewertung des Sinns medizinischer Leistungserbringung aus Mitarbeitersicht sowohl durch den unmittelbar der Patientenbehandlung als auch durch den nicht direkt der Patientenbehandlung zugutekommenden Aufwand bestimmt wird. Das persönlich erheblich negativ wahrgenommene Missverhältnis zwischen administrativen und organisatorischem Aufwand einerseits und erbrachter Behandlungsleistung andererseits führt zu Frustration und ist Grund für Überbelastung, Unzufriedenheit und als Folge Grund für Austritte aus medizinischen und pflegerischen Berufen.

Die Zielsetzung dieser explorativen Studie bestand deshalb darin, erstmals systematisch nicht wertschöpfende Tätigkeiten bei Ärzten und Pflegekräften in einem bereits detailliert mit Kennzahlen gesteuerten kostenintensiven Bereich eines Krankenhauses zu identifizieren und bezogen auf die Arbeitszeit zu quantifizieren. Dazu sollten sowohl die zeitliche Inanspruchnahme als auch die Ursachen nicht wertschöpfender Tätigkeiten ermittelt, kategorisiert und den betroffenen Berufsgruppen zugeordnet werden. Durch

die Ermittlung dieser Tätigkeiten sollten Handlungsfelder zur Reduktion administrativer und organisatorischer Ineffizienzen als Erfolgsgrundlage der Digitalisierung in der Organisation und Steuerung perioperativer Prozesse identifiziert werden.

STRUKTURANALYSEN UND INTERVIEWS

Die Auswahl der Teilnehmer der Studie erfolgte mit dem Ziel, aus den Ergebnissen der Analysen möglichst exakt auf das Abbild der Grundgesamtheit perioperativer Prozesse der Klinik schließen zu können. Für die Studie wurden dazu elf Ärzte sowie 15 Pflegekräfte aus den Pflegebereichen OP, Anästhesie, Intensivstation und Normalstation ausgewählt. Sie vertreten sowohl leitende als auch nicht-leitende Funktionen, verfügen über langjährige klinische Erfahrung und prozessbezogenes Wissen.

Die Ermittlung nicht wertschöpfender Tätigkeiten erfolgte durch Tätigkeitsstrukturanalysen, Einzel- und Gruppeninterviews sowie Multimomentaufnahmen durch Begleitung im klinischen Alltag.

Um möglichst vergleichbare Angaben zu Hinweisen auf nicht wertschöpfende Tätigkeiten erfassen zu können, wurde den Teilnehmern typische Merkmale und Folgen nicht wertschöpfender Tätigkeiten genannt. Zur Ermittlung der wahrgenommenen Effizienz der durchgeführten Tätigkeiten musste jede erfasste Tätigkeit durch die Teilnehmer nach Schulnoten bewertet werden. Zur Sicherstellung der inhaltsgleichen Bewertung im Notenspektrum 4 (umständlich), 5 (nur mit hohem Zeitaufwand machbar) und 6 (so eigentlich nicht durchführbar), in denen sich nicht wertschöpfende Tätigkeiten erwarten ließen, war die Semantik vorgegeben. Die Objektivierung der Bewertung der Tätigkeiten, Verifizierung und Validierung erfolgte durch unabhängige Prozessbeobachter mittels der 5-W-Methode und arbeitsplatzbezogene und prozessbezogene Multimomentaufnahmen. In der arbeitsplatzbezogenen Multimomentaufnahme wurden Angaben und Kommentare der Teilnehmer aus Sicht der jeweiligen Organisationseinheit beziehungsweise der jeweiligen Arbeitsplätze einzelner Teilnehmer

Tab. 1: Beispiele für den Reduktionsprozess der Angaben aus Tätigkeitsstrukturanalysen über die Ermittlung von Indikatoren nicht wertschöpfender Tätigkeiten zu ihrer Ordnung in Kategorien nicht-wertschöpfender Tätigkeiten

Angaben von Teilnehmern	Indikatoren nicht-wertschöpfender Tätigkeiten	Kategorien nicht-wertschöpfender Tätigkeiten
- Keine Informationen zu benötigtem Material von geplanten OPs verfügbar - Reihenfolge von OPs werden spontan geändert	Planung, Ausfall, Planänderung, Plananpassung	Planung und Organisation
- Zu viel Beteiligte bei Untersuchungsplanung - Ansprechpartner nicht klar definiert	Planung, Organisation, Diagnostik, Befundung	Planung und Organisation
- Fehlende Daten, Unterlagen für Untersuchungen nur in Papier - Nicht alle Daten im System - Fehlende mobile Verfügbarkeit von Daten	Informationslage, Informationsformat, Informationstransfer, Verfügbarkeit von Informationen	Informationslogistik
- Verfügbarkeit und aktueller Standort des benötigten Gerätes nicht bekannt - Keine Information in SAP - Keine Info über Reparatur - Lieferstatus von Instrumenten nicht bekannt	Geräte, Verfügbarkeit, Material, Informationen zur Verortung von Geräten, Lieferstatus	Material- und Gerätelegistik
- Unterschiedliche Qualitätskonzepte auf Stationen - Nicht immer klar, wo sich der Patient genau befindet - Fehlende Einhaltung von Übergabepunkten zwischen Teilprozessen - Stationen ohne Qualitätsendkontrolle liefern schlechte Qualität	Qualität, Prozesse, Teilprozesse, Disziplin, Übergabepunkte	Übergabepunkte zwischen Teilprozessen, Prozesse, Prozessdisziplin

innerhalb des Behandlungsprozesses überprüft. Dabei wurde insbesondere die Auslastung der Arbeitskraft, die Zeitanteile einzelner Tätigkeiten innerhalb der täglichen Arbeitszeit sowie das arbeitsplatzbezogene Auftreten von nicht wertschöpfenden Tätigkeiten erfasst. In der prozessbezogenen Multimomentaufnahme wurden Angaben und Kommentare der Teilnehmer zu Arbeitsbedingungen, zu Schnittstellen, zu angrenzenden Organisationseinheiten sowie zum Auftreten von nicht wertschöpfenden Tätigkeiten durch Begleitung des Behandlungsprozesses vor Ort überprüft.

PLANUNG, KOORDINATION UND LOGISTIK

Die Rückmeldequote aus den Tätigkeitsstrukturanalysen lag bei über 90 Prozent. Alle erfassten Tätigkeiten von Ärzten und Pflegekräften wurden systematisch typisch administrativen und organisatorischen Unterstützungsprozessen oder typisch ärztlichen

und pflegerischen Kernprozessen zugeordnet. Insgesamt wurden 436 protokollierte Angaben und Transkripte von 61 Tätigkeitsstrukturanalysen, Interviews in Einzel- und Gruppenform und Multimomentaufnahmen einem systematischen Reduktionsprozess nach Mayring unterzogen. Beispiele für Hinweise auf nicht wertschöpfende Tätigkeiten finden sich in den Angaben der Teilnehmer aus den Tätigkeitsstrukturanalysen (**Tab. 1**). Hieraus konnten 248 Indikatoren nicht wertschöpfender Tätigkeiten abgeleitet und auf zehn Kategorien nicht wertschöpfender Tätigkeiten reduziert werden. Die vier Kategorien mit den höchsten Anteilen nicht wertschöpfender Tätigkeiten waren Planung und Koordination, Informationslogistik, Material und Gerätelegistik, sowie Übergabe zwischen Teilschritten. Diese Kategorien nicht wertschöpfender Tätigkeiten verbrauchten zwischen sieben und 25 Prozent der täglichen Gesamtarbeitszeit von Ärzten und Pflegekräften (**Tab. 2**).



Dr. med. Thomas Klöss
ehemals Ärztlicher Direktor
Universitätsklinik Halle (Saale)
Thomas.kloess@yahoo.de

Erstveröffentlicht in f&w 01/2022, mit freundlicher Genehmigung vom Verlag Bibliomed.

Tab. 2: Zeitaufwendungen befragter Teilnehmer zu den am schlechtesten bewerteten Kategorien nicht wertschöpfender Tätigkeiten in Prozent der täglichen Arbeitszeit. 1 OP-Koordination, 2 Arzt Anästhesiologie, 3 Arzt Operateure, 4 OP-Pflege, 5 Stations-Pflege, 6 Intensiv-Pflege, 7 Anästhesie-Pflege

Kategorien nicht-wertschöpfender Tätigkeiten	Zeitaufwendung für nicht wertschöpfende Tätigkeiten (in Prozent der täglichen Arbeitszeit)	Angaben zu nicht wertschöpfenden Tätigkeiten, bewertet mit den Schulnoten 4-6	Fachspezifische Rollen der befragten Teilnehmer
Planung, Koordination	25 %	- Unklare Planungshoheit und Zuständigkeit für Plandaten - Fehlende Planaktualität - Planung berücksichtigt nicht alle erforderlichen Ressourcen	2, 3, 5, 6 1, 3, 4, 5, 6 3, 4, 5, 6
Informationslogistik	13 %	- Unvollständige Informationslage - Informationslage nicht verlässlich - Information nur auf Papier verfügbar - Qualität der Information unzureichend oder irrelevant - Paralleler Informationstransfer - Vorhandene Informationen werden nicht genutzt - Mehrfacherfassung in medizinischen Anwendungssystemen - Fehlende mobile Verfügbarkeit von Daten - Suche nach papiergebundenen Dokumenten - OP, Inbetriebnahme Arbeitsplatz - OP, Nachbereitung Arbeitsplatz	1, 4 2 2, 3, 4 1, 2 3, 5 1, 3 3, 4 3 5 7 7
Material- und Gerätelegistik	12 %	- Verfügbarkeit und aktueller Standort von Instrumenten und med. Technik und Hilfsmittel nicht bekannt, Suchaufwand - Verlängerung OP-Dauer aufgrund fehlender Instrumente - Fehlende Barcodes auf Instrumenten zur Identifikation - Fehlende Informationen zum Lieferstatus von Instrumenten	3, 4 2 4 4, 6
Übergabepunkte zwischen Teilprozessen, Prozessen, Prozessdisziplin	7 %	- Viele wahrgenommene administrative Fremdtätigkeiten - Fehlende Einhaltung von Übergabepunkten zwischen Teilprozessen - Unterschiedliche Qualitätskonzepte auf Stationen	2, 3 1, 2 1

Die vier häufigsten Kategorien nicht wertschöpfender Tätigkeiten verteilten sich unterschiedlich häufig auf Ärzte und Pflegekräfte. Auf die Berufsgruppe Arzt entfiel ein Großteil der nicht wertschöpfenden Tätigkeiten aus den Kategorien Planung und Koordination, Informationslogistik sowie Übergabepunkte zwischen Teilprozessen, Prozessen und Prozessdisziplin.

Überwiegend auf die Berufsgruppe Pflege entfielen die nicht wertschöpfenden Tätigkeiten aus der Kategorie Material- und Gerätelegistik (**Abb. 1**). Den höchsten Häufigkeitsanteil aller durch Ärzte und Pflegekräfte erbrachten Kategorien nicht wertschöpfender Tätigkeiten (**Abb. 2**) machten administrative und organisatorische Kategorien aus (73 Prozent). Primär ärztliche und pflegerische

Kategorien nicht wertschöpfender Tätigkeiten zeigten deutlich niedrigere Häufigkeitsanteile (27 Prozent).

ZEITINTENSIVE, WICHTIGE TÄTIGKEITEN

Im Rahmen der Studie konnten erstmals vermeidbare, aber unter den bestehenden Bedingungen notwendige Aufwandsmehrungen

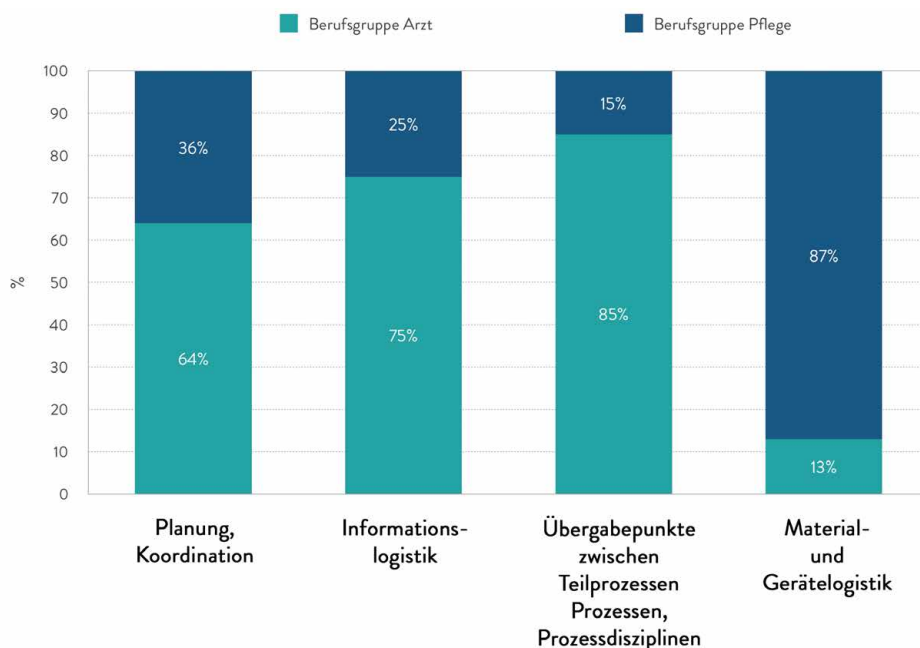


Abb. 1: Anteil und Zuordnung der vier häufigsten Kategorien nicht-wertschöpfender Tätigkeiten der jeweiligen Berufsgruppe

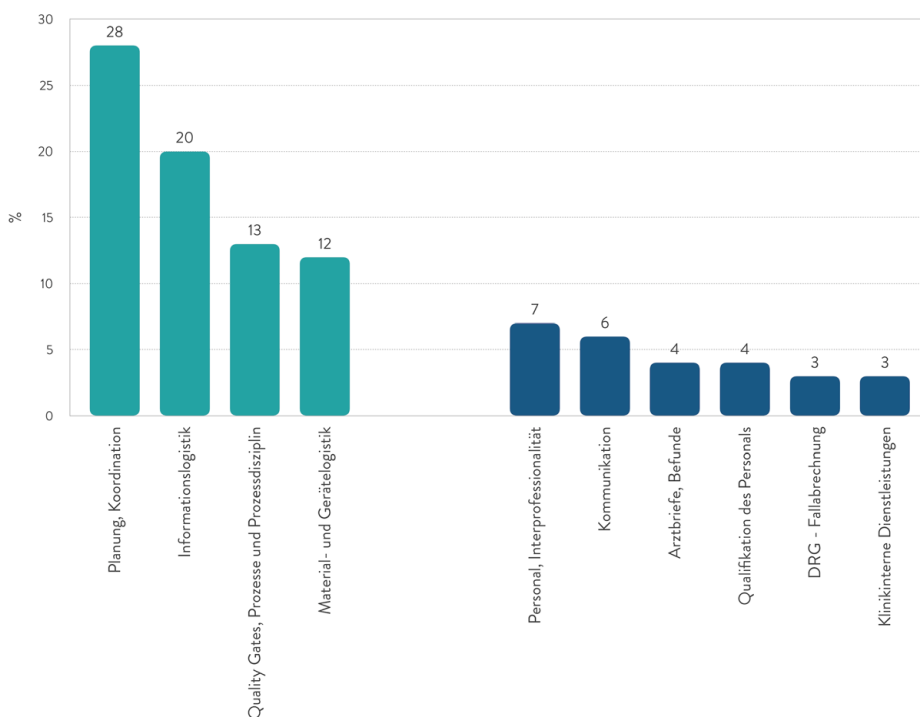


Abb. 2: Häufigkeitsverteilung primär administrativ/organisatorischer (Summe links/grün = 73 %) und primär ärztlich/pflegerischer Kategorien nicht-wertschöpfender Tätigkeiten (Summe rechts/blau = 27 %)

von Ärzten und Pflegekräften zur Aufrechterhaltung der Patientenbehandlung identifiziert und bezogen auf die Arbeitszeit quantifiziert werden. Diese nicht wertschöpfenden Tätigkeiten von Ärzten und Pflegekräften in der perioperativen Medizin einer Klinik der Maximalversorgung verbrauchen erhebliche Anteile der täglichen Arbeitszeit. Nicht wertschöpfende Tätigkeiten in den Kategorien Planung und Koordination, Informationslogistik, Materiallogistik sowie Übergabepunkte zwischen Teilprozessen, Prozessen und Prozessdisziplin sind prägend für den Arbeitsalltag von Ärzten und Pflegenden.

Die Ergebnisse der Studie belegen, dass bisherige Ansätze der Erfassung perioperativer Leistungserbringung dem tatsächlichen Leistungsgeschehen nur unzureichend gerecht werden. Insbesondere wird der durch die ärztlichen und pflegerischen Berufsgruppen zu erbringende administrative und organisatorische Aufwand bislang außer Acht gelassen.

Durch die Kategorisierung nicht wertschöpfender Tätigkeiten sowie der Verifizierung und Validierung der Angaben der Studienteilnehmer durch unabhängige Prozessbeobachter konnten Verbesserungspotenziale zur Aufwandsreduktion in der perioperativen Leistungserbringung identifiziert werden. Die hohe Teilnahmequote an der Studie unterstreicht das große Interesse an der Fragestellung. Damit kommt die hohe Erwartung der Teilnehmer gegenüber dem Klinikmanagement zum Ausdruck, Mitarbeiterinteressen angemessen wertzuschätzen und ineffiziente, weil nicht wertschöpfende Prozesse zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit neu auszurichten. Bei der Ermittlung aufwandsbestimmender Merkmale zur Identifikation nicht wertschöpfender Tätigkeiten traten eklatante Mängel in der übergeordneten Prozessgestaltung mit erheblichen Auswirkungen auf die Prozessqualität zutage. 73 Prozent aller von Ärzten und Pflegekräften identifizierten nicht wertschöpfenden Tätigkeiten in perioperativen Prozessen entfielen auf administrative und organisatorische Kategorien, die nicht primär mit ärztlichen und pflegerischen Behandlungsleistungen in Verbindung stehen.

Der hierdurch nicht unmittelbar der Patientenversorgung zugutekommende Zeitaufwand betrug je nach Berufsgruppe in einzelnen Kategorien bis zu 25 Prozent der täglichen Arbeitszeit. Als zeitaufwändigste Tätigkeiten ärztlicher und pflegerischer Berufsgruppen prägen tägliche telefonische Rückfragen aufgrund breiter Defizite bei der Untersuchungsplanung, der OP-Planerstellung wie spontane Änderung der OP-Reihenfolge, fehlende Angaben zu benötigtem Material sowie unklare Zuständigkeiten und unvollständige Informationen zu Behandler und Behandlung den wahrgenommenen Aufwand nicht wertschöpfender Tätigkeiten.

KOSTEN NICHT UNTERSCHÄTZEN

Bei einem unterstellten durchschnittlichen Vollkostenstundensatz von 50 Euro für Ärzte und 35 Euro für Pflegekräfte bedeutet dies für den perioperativen Bereich einer Klinik

mit 100 Ärzten und 200 Pflegekräften in der Spitze einen monetär bewerteten jährlichen nicht wertschöpfenden Aufwand von mehreren Millionen Euro, die der Patientenzuwendung durch ineffiziente Prozess- und Organisationsformen entzogen werden.

Vor dem Hintergrund des Ökonomiegedankens im SGB V muss die Eliminierung nicht wertschöpfender Tätigkeiten medizinischer Berufsgruppen neben üblichen Kosten- und Erlöskennzahlen ein wesentlicher zukünftiger Bewertungsfaktor für die Qualität von Krankenhausorganisation sein. Hierfür sind die Entwicklung und der Einsatz neuer Kennzahlen wie des LDF-OPF (siehe f&w 7/2020 und 12/2021) notwendig. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen eindeutige Indikatoren nicht wertschöpfender Tätigkeiten in den perioperativen Prozessen einer Klinik der Maximalversorgung, die in Kennzahlen überführbar sind. Die überall beschriebene Frustration, Überbelastung, Unzufriedenheit

und als Folge Austritte aus medizinischen und pflegerischen Berufen lassen zudem darauf schließen, dass die Ergebnisse auch auf andere Krankenhäuser und Versorgungsstufen übertragbar sind.

Die Studie ermittelt ein breites Feld an Verbesserungspotenzialen, insbesondere in administrativen und organisatorischen Tätigkeitsfeldern, zur Entlastung ärztlicher und pflegerischer Berufsgruppen. Die Reduzierung nicht wertschöpfender Tätigkeiten würde nicht nur das Patientenwohl verbessern, sondern auch die Reputation eines Krankenhauses positiv beeinflussen. Das Krankenhausmanagement ist deshalb gefordert, gemeinsam mit allen beteiligten Berufsgruppen durch nachhaltige Verbesserung von Prozessabläufen nicht wertschöpfende Tätigkeiten zu eliminieren.

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



LERNEN WIE NIE ZUVOR.

eRef

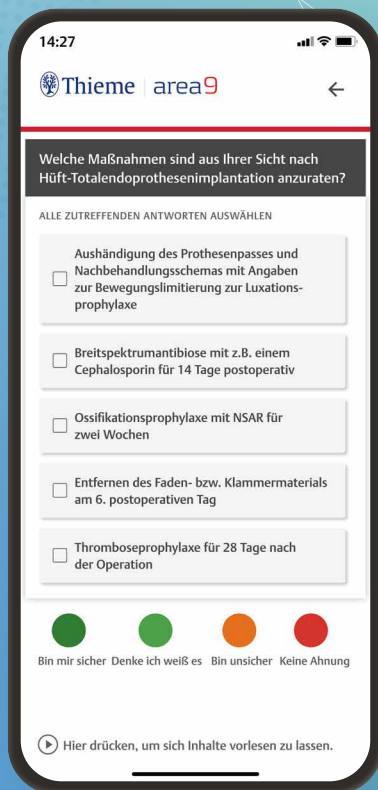
Adaptives Weiterbildungscurriculum Orthopädie und Unfallchirurgie

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

TachoSil

SEALANT
MATRIX

Keine Magie - sondern effektiv und verträglich!

TachoSil® zur Hämostase & Versiegelung



Besuchen Sie corza.com

 corzamedical

TachoSil Versiegelungsmatrix

Quantitative und qualitative Zusammensetzung: TachoSil enthält pro cm² Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,0 I.E.. Sonstige Bestandteile: Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E 101), Natriumchlorid, Natriumcitrat (E 331), L-Arginin-Hydrochlorid. Pharmakotherapeutische Gruppe: Lokales Hämostatikum, ATC-Code: B02BC30. **Anwendungsgebiete:** Bei Erwachsenen zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebeversiegelung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie zur unterstützenden Versiegelung der Dura mater, um postoperative Liquorleckagen nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** Intravaskuläre Anwendung, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen (Häufigkeit nicht bekannt):** Anaphylaktischer Schock, Überempfindlichkeit, Thrombose, Darmverschluss (in der Bauchchirurgie), Adhäsionen. **Weitere Warnhinweise:** Nach Öffnen der äußeren Folie sofort verwenden. Nicht resterilisieren. Chargendokumentationspflichtig. Inhaber der Zulassung: Corza Medical GmbH, Speditionstraße 21, 40221 Düsseldorf, Deutschland. Stand der Information: 09/2021. **DE: Verschreibungspflichtig. AT: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten.**

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Fachinformation von TachoSil Versiegelungsmatrix.